

Trabajo Fin de Grado

“Influencia de la cultura en el desarrollo de la lactancia
materna”

Autor/es

Sarai Ibáñez Vidal

Director/es

Pedro J. Pérez Soler

Escuela Universitaria de Enfermería de Huesca
Curso académico 2012/2013

INDICE

PORTADA

INDICE

RESUMEN.....1

INTRODUCCIÓN.....1

Objetivo general.....1

Objetivo específico.....2

METODOLOGÍA.....2

DESARROLLO.....3

Etnia gitana.....3

Europa del Este.....5

Hispanoamérica.....7

Población musulmana.....9

CONCLUSIONES.....11

BIBLIOGRAFÍA.....14

RESUMEN: La lactancia materna es un fenómeno aunque universal, presente en toda raza, etnia, colectivo y estrato social; pero a su vez condicionado por la cultura, que juega un papel relevante en su implantación y desarrollo. El objetivo de este Trabajo de Campo es determinar dicha relación, analizando las semejanzas y diferencias en los cuatro colectivos culturales y de inmigración más presentes en nuestra comunidad: etnia gitana, población suramericana, población africana y población de Europa del Este; realizar un acercamiento a dichas culturas, aumentar los conocimientos sobre sus hábitos en cuanto a lactancia materna y de este modo conseguir que tanto el plan de cuidados como la educación sanitaria que proporcionemos esté bien dirigida y resulte eficaz.

INTRODUCCIÓN:

“La lactancia materna es el fenómeno biocultural por excelencia. En los humanos, además de un proceso biológico, la lactancia es un comportamiento determinado por la cultura”. (1) Estas palabras de Patricia Stuart-Macadam resumen a la perfección la esencia de este trabajo. Y es ese aspecto cultural el que le confiere una especial vulnerabilidad: cambios en la sociedad, en las costumbres, en los roles familiares... que han hecho a lo largo de la historia que la lactancia materna sea un fenómeno aunque universal, pero a su vez con múltiples matices en función a la cultura. (2)(3)

Para los profesionales sanitarios este hecho debería ser muy relevante y digno de tener presente, ya que la leche materna, también llamada “oro blanco” es el mejor alimento que se le puede dar a un recién nacido y conocer cómo influye la cultura en la lactancia materna nos orientará a la hora de llevar a cabo los cuidados, como enfocar la educación sanitaria, etc. (4)

En este trabajo no pretendo generalizar por culturas ni mucho menos, ya que cada madre podrá tener su propia percepción de la lactancia y por ello cada caso debe de ser abordado de manera individual, pero es básico conocer algunas pautas de comportamiento culturales, ya que pueden tener gran influencia bien en la propia madre como en su entorno (consejos que le den familia, amigos, etc.) (5) (6)

Objetivo general:

Analizar como influye la cultura de la madre en la implantación y desarrollo de la lactancia materna.

Objetivo específico:

Estudio de los 4 colectivos culturales más presentes y más representativos en nuestra comunidad: etnia gitana, población suramericana, población africana y población de Europa del Este; para determinar hasta que grado es determinante la cultura en el inicio o no de lactancia materna, duración media de esta en cada colectivo, modo de enfrentarse a patologías asociadas (mastitis, grietas, etc.) y grado de confianza en los profesionales sanitarios cuando surgen, visión del calostro, percepción de la lactancia materna como anticonceptivo, etc. examinando también los cambios producidos a lo largo de 3 generaciones.

METODOLOGÍA

Mediante un Estudio de Campo, basado principalmente en entrevistas individuales, grupales, observación participante y convivencia con el grupo, he procurado sumergirme en cada grupo cultural creando un clima de cercanía y naturalidad; partiendo de un guión de preguntas abiertas y permitiendo que se expresen.

A la hora de introducirme en cada colectivo, conté con la colaboración de personas nativas e integradas en el mismo (vecinas, pacientes que atendí durante las prácticas en Centro de Salud, amigas, etc.) quienes tras explicarles el objetivo del trabajo, dieron su consentimiento y me pusieron en contacto a su vez con sus familiares, amigas, conocidas... con las que de nuevo tras explicar mi objetivo y recoger su consentimiento, realicé una entrevista inicial para elaborar la selección de la población de mi muestra. Tras la entrevista inicial, se sucedieron varias entrevistas, tanto a nivel individual como en grupos, la herramienta de la entrevista grupal fue muy útil para superar la barrera inicial de falta de confianza y posible timidez, ya que reunirme con 4-5 mujeres y que ellas aportaran su experiencia, permitió por un lado, crear un clima de mayor confianza y naturalidad al encontrarse entre amigas y familiares, junto con una mayor recogida de datos (un hecho que quizá una olvidó comentar al oírlo relatar a otra lo recuerda y comenta su experiencia).

Para que la información obtenida resulte práctica y aplicable a nuestro entorno, he decidido realizar este estudio de los cuatro colectivos (etnia gitana, población suramericana, población africana y población de Europa del Este) más numerosos en nuestro entorno. Las entrevistas han sido realizadas a poblaciones de dichos grupos culturales tanto en Huesca como en Calatayud (Zaragoza).

Debido a que dentro de los cuatro colectivos existe una gran variedad y diversidad, he seleccionado a participantes de diversas zonas geográficas dentro de cada colectivo, y para plasmar los posibles cambios a lo largo de diferentes generaciones he establecido 3 perfiles:

Grupo 1: madres de al menos un niño menor 24 meses -> 10 mujeres

Grupo 2: madres de al menos un hijo entre 24 meses y 30 años (un grupo más amplio y heterogéneo, que pueda reflejar los cambios más paulatinamente) -> 10 mujeres

Grupo 3: madres de al menos un hijo mayor de 30 años y abuela o incluso bisabuela (aportan no solo su experiencia propia de décadas atrás sino también los cambios que perciben respecto a sus hijas, nietas, etc.) -> 10 mujeres

El peso del trabajo y gran parte del desarrollo lo centro principalmente en el grupo 1, pues es el que refleja la tendencia actual en cuanto a lactancia materna ya que lo componen madres actualmente en período de lactancia, mientras que el 2 ayuda a completar y ampliar dicha información (también hay madres con hijos mayores de 12 meses aún en lactancia) y junto con el 3, ver las posibles variaciones con el paso de los años.

Con el fin de no ir tan a ciegas y conocer algunas nociones básicas de cómo se vive la lactancia en función a la cultura, previamente a iniciar las entrevistas y recolección de datos, me entrevisté con la Matrona del Centro de Salud de Calatayud, para que me aportara su experiencia y su trabajo día a día sobre la lactancia materna en dichos colectivos. Además me proporcionó material, protocolos y guías que me fueron de gran ayuda a la hora de elaborar posteriormente las preguntas base de mis entrevistas. (7) (8) (9)

DESARROLLO

ETNIA GITANA

Para el estudio del colectivo gitano he seleccionado una muestra de 30 mujeres de etnia gitana, todas ellas madres, con edades comprendidas entre los 18 y los 82 años.

GRUPO 1:

Este grupo tiene de media 4,1 hijos, suman en total 41 hijos.

El 82,9% (34 de 41 partos) fueron por vía vaginal.

De los 41 hijos, 37 (90%) fueron alimentados con lactancia materna exclusiva hasta al menos los 3 meses y 30 (73%) hasta los 6 meses (edad recomendada por la OMS). En los 4 casos que no se decidió iniciar la lactancia fue por deseo expreso de la madre: dolor y mastitis en hijos previos, incomodidad, etc.

Cuando pregunto los motivos por los que abandonaron la lactancia antes de 6 meses, las causas fundamentales son: grietas en las mamas y la percepción de tener una cantidad insuficiente de leche. En 5 de los 7 casos se lo comentaron a

Pediatra o Matrona, pero acabaron interrumpiendo la lactancia. Se observa un mayor porcentaje de abandono precoz de la lactancia materna en primíparas y edades más jóvenes (todas ellas son menores de 23 años).

La duración media de la lactancia materna es de 7 meses.

En los 37 casos de lactancia materna desde el primer día en todos ellos se proporcionó también el calostro, lo perciben como muy beneficioso para el bebé; y comienzan a incorporar alimentos a partir de los 3-6 meses.

Cuando los pregunto quienes solventan sus dudas, la gran mayoría coincide en los profesionales sanitarios junto con familia y amigas, por ejemplo: ofrecen el pecho a demanda siguiendo las recomendaciones de los profesionales sanitarios pero también siguen algunas recomendaciones de su familia en cuanto a la alimentación: tomar caldos y otros líquidos para aumentar la cantidad de leche, evitar la naranja por su acidez, comidas picantes, el alcohol, etc.

El acto de dar de amamantar en público no está mal visto por ejemplo, en bodas u otras celebraciones donde suelen reunirse las mujeres.

En cuanto a la percepción de la lactancia como método anticonceptivo, son conscientes de que aunque las posibilidades de nuevo embarazo durante la lactancia son menores existe cierto riesgo, por lo que el 80% de las entrevistadas usan algún método anticonceptivo alternativo.

GRUPO 2:

Este grupo tiene de media 5,2 hijos, suman en total 52 hijos.

El 84,6% (44 de 52 partos) fueron por vía vaginal.

De los 52 hijos, 49 (94%) fueron alimentados con lactancia materna exclusiva hasta al menos los 3 meses y 33 (63%) hasta los 6 meses. Los motivos tanto de no inicio de lactancia materna como de abandono antes de los 6 meses son similares al grupo 1, con la diferencia de que de los 19 casos de no lactancia o inferior a 6 meses en tan sólo 4 casos se comentó o pidió la ayuda de algún profesional sanitario. La duración media de la lactancia materna fue de 8 meses.

Al igual que en el grupo 1, consideran el calostro beneficioso y no lo desechan.

Las principales figuras de información en caso de duda son los profesionales sanitarios pero con un mayor peso del entorno: madres, amigas, vecinas, etc.

Hay una mayor tendencia a confiar en la lactancia materna exclusivamente como medio de prevención de un nuevo embarazo, 4 de ellas no usaron ningún otro método durante la lactancia, curiosamente las 4 de mayor rango de edad (mayores de 40 años).

GRUPO 3:

Este grupo tiene de media 6,7 hijos, suman en total 67 hijos.

El 91% (61 de 67 partos) fueron por vía vaginal. A modo de dato complementario: en este grupo han sufrido un gran número de abortos espontáneos, el 60% de las encuestadas al menos uno.

De los 67 hijos, 65 (97%) fueron alimentados con lactancia materna exclusiva hasta al menos los 3 meses y 55 (82%) hasta los 6 meses. A los motivos para el abandono de la lactancia materna ya comentados en los grupos 1 y 2 se añade un nuevo factor: una alimentación incompleta en la madre por falta de recursos económicos, con la consiguiente peor calidad de leche e incluso ausencia de la misma. La duración media de duración de lactancia materna experimenta un aumento respecto a los grupos 1 y 2 en este colectivo, pues es de 11 meses.

Al igual que en los grupos 1 y 2, no estaba mal visto amamantar en público, en este grupo el papel del padre adquiere un carácter más pasivo, tanto la alimentación del bebé como la anticoncepción están consideradas como un asunto de mujeres del que deben ocuparse las mujeres, y solo en 6 casos (9%) se usó un método anticonceptivo junto con la lactancia materna.

EUROPA DEL ESTE

Para el estudio de la población de Europa del Este he seleccionado una muestra de 30 mujeres, todas ellas madres, con edades comprendidas entre los 19 y los 79 años, de nacionalidades rumana (40%), rusa (20%), ucraniana (20%), moldava (10%) y húngara (10%). He elegido dichos porcentajes pues son un reflejo de la presencia de población en nuestra comunidad (predominantemente de nacionalidad rumana), y las he agrupado a todas ellas bajo el colectivo "Europa del Este" pues a pesar de sus distintas nacionalidades he observado una similitud cultural, pues no hay diferencias notables respecto a costumbres de lactancia materna en las diferentes nacionalidades, sino que en ocasiones son más relevantes las diferencias de mujeres entre entorno rural y urbano, más que entre nacionalidades.

GRUPO 1:

Este grupo tiene de media 2,1 hijos.

El 66% (14 de 21 partos) fueron por vía vaginal.

De los 21 hijos, 17 (81%) fueron alimentados con lactancia materna exclusiva hasta al menos los 3 meses y 11 (52%) hasta los 6 meses. En los casos que no se decidió iniciar la lactancia los motivos se resumen en los siguientes: preocupación estética por supuesto deterioro de las mamas con la lactancia, dolor y/o mastitis en hijos previos e incapacidad de conciliar la lactancia con la pronta reincorporación

laboral. Los motivos de abandono antes de los 6 meses más frecuentes son: sensación de que el bebé queda con hambre, dolor al amamantar y de nuevo la incapacidad de conciliar la lactancia con la vida laboral.

Cuando pregunto si algún profesional sanitario les dio algún consejo referente a solventar dichos inconvenientes, el 70% reconoce que sí pero acabaron descontinuuando la lactancia.

La duración media de la lactancia materna es de 6 meses.

Todas las entrevistadas siguiendo las recomendaciones hospitalarias proporcionaron el calostro al bebé desde el inicio y dan el pecho a demanda. Comienzan a introducir alimentos sobre los 3-4 meses, especialmente sémolas que en ocasiones incluso traen de su país, también purés, frutas con galletas, etc.

Solventan sus dudas principalmente con profesionales sanitarios (pediatras, matronas, etc.).

El 90% de las entrevistadas tiene presente el aunque inferior pero posible riesgo de nuevo embarazo, por lo que usan un método anticonceptivo alternativo.

GRUPO 2:

Este grupo tiene de media 3,2 hijos, el 78% de los partos (25) por vía vaginal.

De los 32 hijos, 27 (84%) fueron alimentados con lactancia materna exclusiva hasta al menos los 3 meses y 13 (40%) hasta los 6 meses. Los motivos de abandono de la lactancia materna se limitan a cantidad insuficiente de leche y dolor.

La duración media de la lactancia materna fue de 4 meses.

El calostro también se proporciona, la lactancia es a demanda, la edad media de introducción de otros alimentos es similar al grupo 1 y la principal figura de referencia ante dudas deja de ser el profesional sanitario, confiando más en madres, amigas, etc. sobre todo en entrevistadas con hijos mayores de 20 años.

En este grupo, 2 de las entrevistadas de más edad quedaron embarazadas durante la lactancia, ya que consideraban la lactancia como un anticonceptivo infalible.

GRUPO 3:

Este grupo tiene de media 4,6 hijos.

El 85% (39 partos de 46) fueron por vía vaginal.

Al 76% (35 casos) se les proporcionó lactancia materna exclusiva hasta al menos los 3 meses y al 52% (24 casos) hasta más de los 6 meses. En este grupo resulta curioso resaltar que el 24% que no recibió lactancia materna desde el inicio corresponde a madres que vivían en zona urbana y de una posición más acomodada: maestras, ingenieras e incluso una médica, y comentan que en su

época la lactancia era más propia de clases bajas e incluso en 3 casos se usó una nodriza.

Los motivos de abandono de la lactancia son similares al grupo 2, con la salvedad de que la producción insuficiente parece motivarse por desnutrición, ya que la refieren mujeres que vivían en entorno rural y de estrato social pobre. La duración media de duración de lactancia materna es de 6 meses.

En este grupo, los conocimientos referentes a la lactancia se basan en la tradición y la cultura popular: evitaban en su alimentación alubias, col, etc. por miedo a transmitir flatulencias al bebé, bebían gran cantidad de sopas, caldos e incluso un tipo de cerveza sin alcohol casera para aumentar la producción de leche, el calostro lo consideran un precursor de la "leche de calidad" pero lo proporcionaban igualmente.

La lactancia se considera método anticonceptivo y también 3 de ellas quedaron embarazadas durante este período.

HISPANOAMÉRICA

Al igual que en el caso de Europa del Este, he agrupado bajo el enunciado "Hispanoamérica" a un grupo de mujeres de diferentes nacionalidades (10% Honduras, 10% Cuba, 10% Colombia, 10% Venezuela, 20% Ecuador, 20% Perú, 10% Bolivia, 10% Argentina) ya que al realizar las entrevistas he comprobado que comparten similitud de hábitos en cuanto a lactancia, solo observándose ligeras diferencias geográficas en cuanto a alimentación materna (en ocasiones simplemente se debe a que se refieren al mismo alimento pero con distinto nombre). Las diferencias en cuanto a proporción de mujeres (20% Ecuador y Perú frente a 10% el resto de nacionalidades) se deben a que según el censo de inmigración son las nacionalidades hispanas más presentes en nuestra zona, (10) por lo que he considerado oportuno darles mayor peso.

GRUPO 1:

Este grupo tiene de media 2,3 hijos.

El 74% (17 de 23 partos) fueron por vía vaginal.

El 87% (20 de 23) de los bebés se alimentaron con lactancia materna hasta al menos los 3 meses y 15 de ellos, 65% hasta los 6 meses. Los motivos tanto de no inicio como de abandono precoz son: mastitis y sensación de insuficiente cantidad de leche, junto con incapacidad de conciliar con vida laboral a partir de los 3 meses.

El 80% de ellas consulta sus dudas principalmente con profesionales sanitarios, es de destacar las diferencias en cuanto a atención hospitalaria de Cuba respecto al

resto de los países, las madres cubanas poseen gran información sobre los beneficios de la lactancia, reciben un amplio seguimiento durante ella y múltiples de las patologías o problemas asociados los resuelve el médico pero con el uso de infusiones y remedios naturales: anís estrellado, infusiones de hierbabuena, cebada y agua de arroz frente a diarreas del lactante, verbena para la ictericia, saliva del propio bebé para cicatrizar las grietas, evitar judías, frijoles, boniato, etc. para evitar transmitir gases, consumir agua de azúcar y malta dulce con leche condensada para favorecer la producción de leche.

La duración media de la lactancia materna es de 10 meses.

El calostro es considerado muy beneficioso, lo consideran depurativo y que regula el tránsito, la lactancia es a demanda.

Los alimentos son introducidos a partir de los 2 meses en forma de purés de frutas, a los 6 meses carnes y arroz, y la yema de huevo progresivamente en cantidades cada vez mayores para comprobar su tolerancia

El 70% de las madres usan un anticonceptivo alternativo, aunque se observa que en los países de más al sur y menor poder adquisitivo (Bolivia, Perú) queda más difusa la conciencia de la posibilidad de nuevo embarazo durante la lactancia.

GRUPO 2:

Este grupo tiene de media 3,4 hijos, 28 de ellos (82%) por vía vaginal.

El 88% (30) alimentados con lactancia materna exclusiva hasta al menos 3 meses y 76% (26) hasta los 6 meses. Los motivos de abandono son similares al grupo 1.

La duración media de la lactancia materna fue de 11 meses.

La visión del calostro es similar al grupo 1, la lactancia también es a demanda.

Las dudas respecto a la lactancia hay diferencias en cuanto a como solventarlas en función del país: en Cuba y Argentina la atención está más medicalizada y es la principal figura de referencia el profesional sanitario, mientras que en el resto toma más protagonismo la figura de familiares, amigas y vecinas, especialmente en la población rural.

La lactancia es considerada método anticonceptivo, un 7 de cada 10 no usó otro método alternativo.

GRUPO 3:

Este grupo tiene de media 4,9 hijos.

46 de 49 (94%) por vía vaginal.

El 92% (45 casos) dieron lactancia materna exclusiva hasta los 3 meses y 80% (39) hasta los 6 meses.

El único motivo de abandono de la lactancia materna es la falta de leche exclusivamente, en al menos 4 casos posiblemente relacionada con una nutrición deficiente.

La duración media de duración de lactancia materna es de 12 meses.

Me comentan que el calostro lo consideran beneficioso, de hecho la cultura inca lo consideraba un don de los dioses (11) y la lactancia también es a demanda.

Este colectivo se guiaba fundamentalmente por la tradición y la experiencia de madres, amigas, vecinas, etc. pues el 70% no tenía acceso libre a servicios sanitarios.

Ninguna de las entrevistadas usó un método anticonceptivo alternativo durante la lactancia.

POBLACIÓN MUSULMANA

En este grupo he agrupado de nuevo a población de diferentes países del Magreb (Marruecos y Argelia) y subsaharianos (Senegal, Guinea y Rep. Congo) pues he observado que todos ellos comparten ciertas pautas culturales similares al compartir una religión: la musulmana.

GRUPO 1:

Este grupo tiene de media 1,9 hijos.

El 68% (13 de 19) por vía vaginal.

El 95% (18 de 19 hijos) se alimentaron con lactancia materna exclusiva hasta al menos los 3 meses y 84% (16 casos) hasta al menos los 6 meses.

En este grupo son mínimos los casos de abandono de lactancia y se deben exclusivamente a una insuficiente producción de leche.

Ante dudas sobre la lactancia y patologías mamarias acuden principalmente a la matrona del Centro de Salud, figura que me comentan que les transmite confianza si es mujer, frente al Médico de Cabecera, Pediatra, etc. (la proporción de profesionales hombres es mayor y no se sienten tan cómodas).

La duración media de la lactancia materna es de 14 meses.

El calostro es percibido positivamente como parte de la lactancia y todas las encuestadas lo proporcionan. El pecho se proporciona a demanda con una salvedad, durante el período de Ramadán, en el cual aunque está permitido que la mujer no lo lleve a cabo, pero 7 de cada 10 lo realizan (ya que en caso contrario deben recuperar los días en el siguiente Ramadán) (12) , y como consecuencia, ellas mismas me comentan que durante esos días perciben una disminución del volumen de leche y las tomas no se llevan a cabo tan a demanda. Para favorecer el aumento de producción de leche consumen infusiones de hinojo y fenogreco, junto

con dátiles y frutos secos para recuperar el desgaste que produce el ayuno junto con el amamantar.

Los alimentos son introducidos a edades muy tempranas, a partir de los 2 meses en su totalidad, triturados y en pequeñas cantidades, me comentan que el proporcionarlos tan pronto facilita que el niño se acostumbre a todo tipo de sabores y no los rechace de más mayor.

Todas ellas usaron un anticonceptivo alternativo durante la lactancia, son conscientes del riesgo y acuden enseguida a por la que denominan "pastilla de la lactancia"

GRUPO 2:

Este grupo tiene de media 2,6 hijos.

El 61% (16 de 26 hijos) por vía vaginal.

El 96% (25 casos) fueron alimentados con lactancia materna exclusiva hasta al menos 3 meses y 89% (23 casos) hasta al menos los 6 meses. Al igual que en el grupo 1, son escasos los casos de abandono precoz de la lactancia, se proporciona el calostro y a demanda salvo en período de Ramadán.

La duración media de la lactancia materna fue de 16 meses.

La figura de referencia frente a problemas relacionados con la lactancia se comparte entre el profesional sanitario (siempre y cuando sea mujer) y la experiencia de madres, amigas, etc.; ya que a diferencia de la menstruación, el cual es un tema tabú y del cual no se debe hablar, las mujeres si que hablan sobre la lactancia, son muy valorados consejos de madres y abuelas como por ejemplo, aplicar una mezcla de aceites caseros para paliar las grietas en el pezón.

Se tiene percepción de los riesgos de embarazo durante la lactancia, el 60% uso en método anticonceptivo alternativo, las entrevistadas más jóvenes (menores de 40 años).

GRUPO 3:

Este grupo tiene de media 3,8 hijos.

36 de los 38 partos, el 95%, por vía vaginal.

El 97% (37 casos) dieron lactancia materna exclusiva hasta los 3 meses y 92% (35 casos) hasta al menos los 6 meses.

Al igual que en los grupos 1 y 2, en los escasos casos en los que se abandonó precozmente la lactancia fue por falta de leche, y tras intentarlo exhaustivamente, el calostro también se proporciona y la lactancia es a demanda salvo en período de Ramadán.

La duración media de lactancia materna fue de 25 meses, me comentan que según el Corán, para que la lactancia sea completa "las madres amamantarán a sus hijos dos años enteros." (Corán 2:233) y este colectivo dada su mayor edad, están más arraigadas al cumplimiento de la tradición. (13)

Los consejos y dudas sobre la lactancia eran proporcionados por mujeres de la familia, ya que la gran mayoría de ellas no tenía acceso a servicios sanitarios.

Me comentan que el mensajero de Allah "considero el embarazo de la mujer que amamanta como una traición, ya que un nuevo embarazo truncaría la lactancia del bebe, exponiéndolo a posibles enfermedades por falta de defensas que solamente la leche materna provee," por lo que son partidarias de usar algún método anticonceptivo alternativo. (14)

CONCLUSIONES

El desarrollo de este trabajo junto con el gran número de entrevistas que he tenido que realizar me ha aportado nuevos matices en lo referente a la relación entre la cultura y un hecho tan universal como es la lactancia materna, no solo a nivel profesional sino también a nivel personal, ha sido una experiencia enriquecedora poder acercarme un poquito más a otras culturas y comprender que los diferentes hábitos pueden no tener porque ser mejores ni peores que los de otra cultura, simplemente diferentes, por lo que todo profesional sanitario debemos tener amplitud de miras y cuidar al paciente desde el respeto.

En cuanto a lo más puramente profesional, el reconocer la diversidad de hábitos de lactancia materna entre culturas puede resultar de gran utilidad a la hora de establecer el plan de cuidados, ya que como planteó Madeleine Leininger, exponente de la enfermería transcultural, no se puede separar al paciente de su procedencia cultural, su estructura social, su concepción del mundo, su trayectoria vital y el contexto de su entorno. (15) Plantea que la salud tiene semejanzas y diferencias de acuerdo con el contexto cultural, universalidad y a su vez diversidad en los cuidados, y la lactancia materna no es una excepción, encontramos pautas de comportamiento universales pero también diferentes.

Conocer algunas pautas básicas de los hábitos en función a la cultura nos permitirá orientar hacia dónde dirigir los cuidados y la educación sanitaria, en qué aspectos es necesario que trabajemos e incidamos en mayor medida pues suelen tener conocimientos deficientes o errados y en qué otros sus conocimientos y cuidados resultan adecuados. (17)

En vista de los resultados obtenidos en este estudio, los aspectos más sobresalientes a destacar y sobre los que incidir serían los siguientes:

En la etnia gitana se observa en rasgos generales una buena implantación de la lactancia y una duración media adecuada, aunque se debería trabajar especialmente sobre las primíparas y la población más joven, quienes tienen mayores tasas de abandono precoz de la lactancia materna.

En cuanto a la población de Europa del Este, gran parte del fracaso de la lactancia materna se debe a conocimientos deficientes en lo referente a prevención y tratamiento de grietas, mastitis, creer que se producirá un gran deterioro estético de las mamas, etc. que llevan a que ante la aparición de algún problema o patología se abandone la lactancia, con lo cual deberíamos incidir especialmente en ellas en aclarar sus dudas y proporcionarles los conocimientos adecuados para evitar y tratar eficazmente dichos inconvenientes (enseñar la postura para una succión correcta que evite la aparición de grietas, higiene adecuada, aplicar unas gotas de la propia leche materna sobre ellas, evitar el uso de chupete hasta que el bebé realice una buena succión, etc.).

En lo referente a la población hispanoamericana, suelen tener una lactancia materna adecuada en cuanto a duración media y numerosos remedios caseros frente a patologías asociadas, pero se debería recalcar el concienciarlas de la posibilidad de un nuevo embarazo durante la lactancia materna, hecho que algunas de ellas incluso de edades jóvenes desconocen, especialmente las pertenecientes a países con menor poder adquisitivo y estratos bajos en nivel educativo.

La población musulmana es la que refiere una mayor implantación y duración media de la lactancia materna, en gran medida motivadas por los preceptos del Corán, por lo que su motivación para iniciar y mantener la lactancia materna suele ser alta, mientras que deberíamos trabajar en lograr una mayor confianza con los profesionales sanitarios, que nos perciban como una figura cercana en quién pueden confiar a la hora de aclarar dudas o patologías (ya que en muchas ocasiones la principal figura de referencia no es un profesional sanitario) tratándolas desde el respeto, con amplitud de miras, sin estigmatizar ni juzgar sus costumbres (por ejemplo, en lo referente al ayuno del Ramadán).

En todos los colectivos se observa un descenso de la media del número de hijos del grupo 1 (generación de madres actual) en comparación con el grupo 3 (abuelas), hecho no sorprendente y de sobras conocido, el descenso de la natalidad en todos los colectivos; aunque bien es cierto que en cierto modo si ejerce cierta influencia el colectivo o cultura al que se pertenezca al número de hijos, ya que se encuentran diferencias en la media de hijos entre los diferentes grupos 1, a pesar de ser mujeres que pertenecen a la misma generación (mayor media de hijos en mujeres de etnia gitana). (18)

Pese a que la bibliografía que busqué previamente a realizar este estudio indicaba que en ciertas culturas el calostro era considerado de menor calidad y se desechaba (19)(20), en la actualidad mayoría de las mujeres incluidas en mi estudio lo proporcionan, al igual que se percibe cambio en la visión de la lactancia como método anticonceptivo, se observa un aumento de la concienciación respecto a generaciones anteriores de que hay posibilidad de nuevo embarazo, ambos hechos en parte pueden considerarse un triunfo de la educación sanitaria frente a los mitos, aunque se debe continuar trabajando en este tema pues aún hay un pequeño porcentaje que no usa ningún método anticonceptivo alternativo.

Pero por otro lado y como aspecto negativo, de este estudio también se desprende que debemos seguir trabajando en que los consejos que transmitimos a los pacientes les lleguen de manera más efectiva, ya que aunque si que es cierto que se observa que las generaciones más jóvenes confían más en los profesionales sanitarios y en muchos casos son la principal figura de referencia ante dudas y patologías, pero incluso entre las generaciones más jóvenes en algunos casos aunque se recurre al profesional sanitario no se logra solventar el problema ni adherencia terapéutica, pues gran parte de las mujeres que abandonó la lactancia precozmente si que consultaron sus dudas o problemas pero a pesar de ello, finalmente la abandonaron.

Y por último y como conclusión final, que gran parte del éxito de la lactancia materna corresponde a una buena motivación de la madre más que a causas puramente fisiológicas (ya que por ejemplo, se observa una mayor duración de la lactancia en madres musulmanas, en gran medida motivadas por los consejos del Corán de prolongar la lactancia), lo cual nos confiere un apartado de responsabilidad a los profesionales sanitarios y un campo en el que trabajar: en caso de que decidan amamantar, esforzarnos por mantener su motivación (mediante educación sanitaria, explicar los beneficios de la lactancia materna, resolver dudas, proporcionar medidas para evitar y paliar patologías como grietas, mastitis, etc.) ya que una mujer motivada tendrá mayores probabilidades de llevar a cabo una lactancia materna exitosa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stuart Macadam P, Dettwyler KA. Breastfeeding. Biocultural perspectives. New York: Aldine Transaction; 1995
2. Cattaneo A, Quintero S. Epidemiología de la lactancia materna en Europa. Situación general y problemas metodológicos. En: Aguajo J. La lactancia materna. Universidad de Sevilla, 2001;329-340.
3. Cuesta Benjumea C. Trabajo de salud: una visión cualitativa sobre el cuidado de la propia salud. Enferm Clínica. 1996 may-jun; 6(3):95-101.
4. OMS – UNICEF/ NUT/93.2. Edición revisada en 1998 Breastfeeding counselling: A training course. Trainer´s Guide.
5. Collière MF. Utilización de la antropología para abordar las situaciones de cuidados. Rev ROL Enferm. 1993 jul-ago; 179-180:71-80.
6. Juanas Baragaño JJ, Martínez Pérez E, Bachiller Ramón C. Revisión antropológica de la maternidad. Matronas Hoy. 1998 oct-dic; 11:39-53.
7. Asociación Española de Matronas. Los consejos de tu matrona. Madrid: Editorial Present Service; 1995.
8. Gobierno de Aragón. Guía de lactancia materna. Zaragoza: Gobierno de Aragón, Departamento de Salud y Consumo; 2007.
9. Both D, Müller-Aregger C, Newbold J, Schubert E. Dar el pecho. Baar: Editorial Medela;2007.
10. Población de extranjeros en Aragón, Instituto aragonés de estadística [sede Web]. Zaragoza: Gobierno de Aragón;2012 [acceso 3 de diciembre de 2012]. Disponible en: ww.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/Organismos/InstitutoAragonesEstadistica/AreasTematicas/Demografia/OtraInformacionDemografica/ci.13_Extranjeros_Aragon.detalleDepartamento?channelSelected=448c2135fc5fa210VgnVCM100000450a15acRCRD

11. Historia del calostro. Laboratorios GutsKnecht GmbH. München: GutsKnecht; 2013 [acceso 21 enero de 2013]. Disponible en: http://gutsknecht.de/geschichte_und_historie/language=8/%5BswitchLanguage,language=11%5D
12. Consejos para embarazadas y madres que están amamantando, islamweb [sede Web]. [actualizado 1 de julio de 2011; acceso 5 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.islamweb.net/ramadanS/index.php?page=articles&id=153804>
13. La importancia de la lactancia materna en el islam, vidahalal [sede Web]. [actualizado 14 de mayo de 2012; acceso 6 de febrero de 2013]. Disponible en: http://www.vidahalal.com/pub/crianza_infancia/1377-la_importancia_de_la_lactancia_materna_en_el_islam.html
14. La mujer en el islam, nurelislam [sede Web]. [actualizado 8 de febrero de 2013; acceso 8 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.nurelislam.com/Mujer/aspectos.html>
15. Leininger M. Transcultural Nursing Concepts, Theories, Research & Practices. 2th ed. New York: McGraw-Hill.
16. Leininger M. Teoría de los cuidados culturales. En: Marriner-Tomey. Modelos y Teorías de Enfermería. Madrid: Mosby Doyma, 1994.
17. Mercer R. Adopción del rol materno. En: Marriner A, Raile M, editores. Modelos y teorías en enfermería. Madrid: Editorial Elsevier Science, 2003:468-470.
18. Roca i Capara N. Inmigración y salud (II). La salud de las personas inmigradas. Rev. ROL Enfer 2001; 24(11): 792-798
19. Bardales, alejandro, et. al. 2009. Estudio sobre dimensión cuantitativa y concepciones y cuidados comunitarios de la salud del recién nacido, en un área rural andina y amazónica del Perú. Informe final de Estudio de salud del recién nacido. Consultoría realizada para uNICEF. Brown, Michael. 1986. Power, Gender, and the social Meaning of aguaruna suicide. Man (New series), 21 (2) 311-328.

20. Medina, armando y Mayca, Julio. 2006. Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas awajun y Wampis. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 23 (1): 22-32.