

Raza, etnia y lactancia materna

La lactancia materna es un arte antiguo cortejado por la ciencia moderna. Hasta mediados de la década de 1980, la investigación sobre la lactancia materna se hallaba en pañales, limitada por el bajo número de mujeres que criaba al pecho, especialmente de modo exclusivo, y sobre todo en las naciones activas en cuanto a su labor investigadora. Por lo tanto, debemos interpretar los datos a la luz de un legado de estudios más antiguos e irregulares, donde se medían las evoluciones sanitarias pero no se controlaban las variables básicas, como la cantidad de leche materna consumida. A medida que avanzamos y tenemos en cuenta estas cuestiones, por ejemplo al definir claramente la lactancia materna, deberíamos evitar nuevas generalizaciones en el área de la lactancia materna, la raza y la etnia.

Un mito emergente, que debe desbrozarse antes de que arraigue, es que las tasas de lactancia materna son más bajas en las mujeres de grupos minoritarios. De hecho, según los datos nacionales, las tasas anuales de inicio de la lactancia materna en Estados Unidos suelen ser más elevadas en las mujeres asiáticas e hispanas^{1,2}. Otros factores que complican el cuadro, de importancia primordial al considerar una conducta mediada culturalmente como la lactancia materna, son el lugar de nacimiento materno y nuestro diseño unívoco de la terminología referente a la raza/etnia. Términos como “hispano” y “negro” son, como mínimo, inútiles; y, en el peor de los casos, motivo de confusión al trabajar con los pacientes, al diseñar investigaciones y al destinar recursos.

En nuestro estudio observamos unas tasas de inicio de la lactancia materna más bajas en los niños prematuros que en los niños a término; además, las probabilidades de criar al pecho en las mujeres con seguros públicos eran sólo de un tercio en comparación con las mujeres con seguros privados. Tradicionalmente se atribuyen estos resultados a problemas de orden práctico y económico: el transporte a la UCIN y la necesidad de un sacaleches, por ejemplo, sin duda dificultan la lactancia materna de los prematuros, especialmente en las familias con escasos recursos. Sin embargo, las madres no nacidas en Estados Unidos, muchas de las cuales han de vencer tremendos obstáculos de índole práctica y económica, tienen unas probabilidades mucho mayores de criar al pecho, tanto en la UCIN como fuera de ella, que las mujeres nacidas en este país.

Si las mujeres no nacidas en Estados Unidos tienen más probabilidades de criar al pecho en difíciles circunstancias, podemos deducir, tristemente, que hay algo en la cultura estadounidense que disuade a las mujeres de alimentar al pecho a sus hijos. Incluso la recepción y asimilación de elementos culturales estadounidenses reducen las probabilidades de la lactancia materna^{3,4}. Según un estudio reciente de Gibson-Davis et al, “cada año adicional de residencia en Estados Unidos disminuye en un 4% las probabilidades de lactancia materna”⁵.

Según parece, nuestra sociedad no es simplemente indiferente, sino incluso perjudicial para las probabilidades de que el niño reciba la protección debida durante el proceso de evolución, el estándar de referencia para las investigaciones basadas en este parámetro.

¿Cómo podemos resolver este problema? Un mayor conocimiento de los factores determinantes, logrado mediante un examen más detenido de los datos de raza/etnia, debe guiarnos a recoger datos más sensibles y significativos sobre la lactancia materna, y a evitar las generalizaciones entre blancos y negros. Como mínimo, podemos registrar el lugar de nacimiento materno, controlar los factores importantes que motivan confusión y tratar de pulir o eliminar las clasificaciones genéricas banales, como “hispanos”, términos que traban nuestro propio estudio, al estar basado en los datos de raza/etnia que constan en la partida de nacimiento.

Otros conocimientos más sutiles sobre los patrones de lactancia materna ponen sobre el tapete la incómoda pregunta: ¿qué disuade de criar al pecho en Estados Unidos? Las sospechas no faltan: décadas de escaso inicio de la lactancia materna y pérdida de una “generación que cría al pecho”; marginación de la lactancia materna en medicina, con escasos fondos para la investigación y falta de conocimientos de los proveedores en este tema; influencia de la industria; falta de apoyo en el lugar de trabajo, y un enfoque vacilante de la promoción de la lactancia materna.

Al preguntar su opinión a una madre, recibí la siguiente respuesta: “En Camboya se alimenta al pecho. En el autobús, en el campo y en el mercado. Aquí, los niños son grandes y sanos con el biberón”. Si ése es el mensaje que envía la cultura estadounidense, debemos reemplazar el mito por una actitud científica adecuada y una política pública activa.

ANNE MEREWOOD, MPH, IBCLC
Division of General Pediatrics, Boston Medical Center, Boston,
MA, Estados Unidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control. Breastfeeding: data and statistics: breastfeeding practices – results from the 2005 National Immunization Survey [consultado 15/8/2006]. Disponible en: www.cdc.gov/breastfeeding/data/NIS_data/data_2005.htm
2. Ross Products Division. Ross mothers survey. Cleveland, OH: Abbot Laboratories; 2003.
3. Merewood A, Brooks D, Bauchner H, MacAuley L, Mehta SD. Maternal birthplace and breastfeeding initiation among term and preterm infants: a statewide assessment for Massachusetts. *Pediatrics*. 2006;118(4). Disponible en: www.pediatrics.org/cgi/content/full/118/4/e1048
4. Byrd TL, Balcazar H, Hummer RA. Acculturation and breastfeeding intention and practice in Hispanic women on the US-Mexico border. *Ethn Dis*. 2001;11:72-9.
5. Gibson-Davis CM, Brooks-Gunn J. Couples' immigration status and ethnicity as determinants of breastfeeding. *Am J Public Health*. 2006;96:641-6.