



Aspectos socioculturales de la lactancia materna en niños mayores

José Ignacio Perales Martínez^a, Beatriz Pina Marqués^b

Publicado en Internet:
25-octubre-2017

José Ignacio Perales Martínez:
josiperales@hotmail.com

^aPediatra. CS Calatayud Norte. Calatayud. Zaragoza. España • ^bMatrona. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

Resumen

Introducción y objetivos: la lactancia materna por encima del año o “prolongada” es una práctica habitual en muchas culturas, aunque en países occidentales es poco frecuente. Nuestro objetivo es analizar, desde un punto de vista social, las experiencias de estas madres.

Material y métodos: encuesta a 35 madres que han mantenido o mantienen lactancia materna por encima del año de vida. Se investigan aspectos básicos de la misma. En una segunda parte valoramos al apoyo de los profesionales de la salud, la perspectiva social de la lactancia materna prolongada, así como los obstáculos que han aparecido.

Resultados: el 60% de las madres estaba amamantando, siendo la media de edad del hijo de 32,5 meses. La mayoría querían mantenerla hasta la decisión del hijo. Todas tenían claro comenzarla y volverían a elegirla como primera opción. En caso de dudas, los principales soportes han resultado los profesionales de la salud (58%) y los grupos de apoyo (42%). Hasta el 65,7% refiere haber podido contar con ayuda de profesionales, siendo la matrona y el pediatra los mejor valorados. La mayoría refiere gran satisfacción con la lactancia materna prolongada, pero hasta el 50% indican algún grado de rechazo social. La familia, amigos y compañeros de trabajo han supuesto obstáculos en algún momento para actuar de forma espontánea.

Conclusiones: el grado de satisfacción y confianza de estas madres es elevado. Los profesionales de salud juegan un papel importante. La propia sociedad todavía mantiene algunos prejuicios que obstaculizan y limitan la generalización de esta opción.

Palabras clave:

- Lactancia materna

Sociocultural aspects of breastfeeding in toddlers

Abstract

Introduction and objectives: breastfeeding above the year or “prolonged” breastfeeding is a common practice in many cultures, although in our countries it is uncommon. Our objective is to analyze, from a social point of view, the experiences of these mothers.

Material and methods: we surveyed 35 mothers who breastfed or were breastfeeding for more than a year. We investigated basic aspects. In a second part, we value the support of health professionals, the social perspective of the prolonged breastfeeding, as well as the obstacles that have appeared.

Results: sixty percent of the mothers breastfed during a mean period of 32,5 months. Most of the mothers wanted to breastfed until the child decides. They all were clear to breastfed and would choose this option again as their first choice. In moments of doubt, the main support came from health professionals (58%) and support groups (42%). Up to 65,7% of respondents reported having been able to count on the help of professionals, being matron and pediatrician the best valued. Regarding prolonged breastfeeding, most refer great satisfaction, but up to 50% indicate some degree of social rejection. Family, friends and co-workers have been obstacles at some point to act spontaneously.

Conclusions: the degree of satisfaction and confidence of these mothers is high. Health professionals play an important role. The society itself still maintains some prejudices that hinder and limit the generalization of this option.

Key words:

- Breast feeding

INTRODUCCIÓN

Los beneficios de la leche materna, tanto para la madre como para el niño, son ampliamente reconocidos¹. En niños amamantados existe menor riesgo de otitis media, infecciones respiratorias, diarrea y atopias. En las madres favorece la pérdida de peso, disminuye el riesgo de anemia y a largo plazo disminuye el riesgo de osteoporosis y cánceres de mama y ovario. En conjunto, tiene un gran impacto psicológico —mediante el refuerzo del vínculo madre-hijo—, económico y social². La mayoría de los trabajos demuestran estas afirmaciones, pero se limitan a niños menores de un año, por lo que se podría llegar a pensar que únicamente es necesaria durante la primera infancia. Sin embargo, estos efectos beneficiosos permanecen en el tiempo y se adaptan a cada momento. En consecuencia, las principales asociaciones científicas, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Unicef, la Asociación Española de Pediatría (AEP) o American Academy of Pediatrics (AAP) entre otras, recomiendan que la lactancia materna (LM) sea el único aporte de alimento durante los primeros 6 meses de vida y complementarla posteriormente con otros, al menos hasta los 12-24 meses, pudiendo mantenerla tanto tiempo como madre e hijo deseen³⁻⁵.

La LM por encima del año de vida o LM prolongada (LMP) es una práctica habitual en muchas culturas, pese a que en los países occidentales es poco frecuente. En ocasiones, sobre todo en niños más mayores, no deja de llamar la atención e incluso provocar cierto rechazo en la sociedad⁶, los profesionales sanitarios o la propia familia⁷. Desde el Comité de LM de la AEP indican que el término LMP puede llevar a confusión al considerarse algo que está más allá de las recomendaciones. Por este motivo, algunos autores defienden hablar únicamente de LM, sin más apellidos, con el fin de normalizar esta situación.

Una cita bíblica del segundo libro de los Macabeos dice: “Hijo, ten compasión de mí, que te llevé en el seno por nueve meses, te amamanté por tres años y te crie y eduqué hasta la edad que tienes”⁸. Esta

referencia histórica sirve de ejemplo para contemplar cómo los niños han mantenido la LM por encima de los dos y los tres años de forma habitual desde tiempos inmemoriales.

Sin embargo, la modernización de la medicina en el siglo XX ha reflejado un progresivo descenso de las tasas de LM en todo el mundo desarrollado. Medidas como la adopción de métodos calorimétricos para la alimentación infantil o el desarrollo de la bacteriología para avanzar en una “campaña de leche limpia” no hicieron otra cosa que promocionar la alimentación con sucedáneos. En 1950, los pediatras recomendaron la introducción de vegetales en la dieta a los cuatro meses de edad, interfiriendo en la LM de forma inevitable. A todo este asesoramiento profesional moderno tenemos que añadir la llegada de intereses comerciales, que también han sido un importante impulso para la alimentación de “fórmula” o incorrectamente llamada “lactancia artificial”. En EE. UU., por ejemplo, se comenzaron a poner algunas contraindicaciones para las nodrizas, excluyendo a las drogadictas y a las que tenían evidencia de infección por viruela, y sugiriendo que debían tener “buenos pezones”. A veces se incluían algunos requisitos un tanto frívolos, como por ejemplo el color del cabello. Con este descenso de LM reaparecieron las deficiencias nutricionales con mayor morbilidad, como escorbuto y raquitismo. Asimismo, el censo estadounidense reveló que los niños amamantados tenían una tasa de mortalidad un 40% menor que sus compañeros alimentados con sucedáneos⁹.

Teniendo en cuenta estas referencias históricas y sabiendo cuál es la postura mayoritaria de la sociedad actual, nos hemos planteado el trabajo con un doble objetivo:

- Observar el papel que juegan los profesionales de la salud en la LM y cuál es su posición a la hora de ayudar y fomentar la LMP.
- Analizar la perspectiva sociocultural de las madres que siguen amamantando a los niños más mayores. Para ello evaluamos el grado de satisfacción personal y valoramos las dificultades que surgen en los distintos ámbitos de su vida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha encuestado a 35 mujeres que han realizado o están realizando una LM superior a los 12 meses. El cuestionario consta de tres apartados:

- Datos personales maternos: se han registrado únicamente la edad y el número de hijos.
- Experiencias sobre su LM: en primer lugar, se investiga si mantienen la LM actualmente y las experiencias previas con la misma. También hemos preguntado sobre la intención inicial respecto a la duración de la LM y hasta cuándo querían mantenerla en la actualidad. A continuación se valoran los antecedentes personales del hijo al que se refieren (sexo, peso de recién nacido, edad gestacional, tipo de parto, si existió sufrimiento fetal, la posibilidad de piel con piel tras el nacimiento y el tiempo transcurrido hasta el inicio de la LM). Otros aspectos reflejados son: LM exclusiva los primeros seis meses, el colecho o experiencias de LM en el embarazo o en tándem.
- Aspectos socioculturales sobre LM y LMP: experiencias de las madres en su entorno social. Lugar donde acuden en caso de dudas o problemas relacionados con la LM. Nivel de ayuda por parte de los profesionales de la salud, mediante puntuación numérica del 1 al 5. Por último, las experiencias sociales que han tenido estas madres respecto a la LMP en su propio ámbito. Para ello, se pregunta, entre otras cosas, por el grado de satisfacción (puntuación del 1 al 5), si han vivido algún tipo de rechazo u obstáculo, o si han tenido que ocultar la LMP en algún momento. A su vez, mediante puntuación numérica del 1 al 5, cómo interpretan las madres que se percibe su LMP en los diferentes ámbitos de su vida cotidiana.

La muestra se ha obtenido de madres con un nivel sociocultural similar y mayoritariamente relacionadas con el ambiente sanitario, lo que indica que el conocimiento y el grado de aceptación de la LM es elevado. El cuestionario se ha remitido por correo electrónico y ha sido realizado de forma individual y anónima.

Todas las variables han sido recogidas mediante el programa SPSS versión 15.0 y se ha realizado un estudio descriptivo.

RESULTADOS

Descripción de la muestra y características de los niños amamantados

Se ha realizado la encuesta a 35 madres con una edad media de $34,59 \pm 8,41$ años (rango: 27-48 años). El número de hijos medio ha resultado $1,8 \pm 0,93$. La mediana de edad del hijo sobre el que se refería la encuesta ha sido 32,5 meses, rango intercuar-til 14-72.

Los aspectos perinatales más relevantes son: el 65,7% son varones. La tasa de cesárea se sitúa en el 31,4%, con un 58,3% de partos eutócicos. El 85,7% resultaron gestaciones a término (> 37 semanas). Únicamente apareció sufrimiento fetal en el 8,5% de los casos y ninguno precisó reanimación avanzada. El inicio de LM ha sido del 80% en las primeras tres horas (el 54% en la primera hora de vida). También se valoran aspectos relevantes como el contacto piel con piel (CPP) al nacimiento, la alimentación con LM exclusiva durante los primeros seis meses, así como la práctica habitual del colecho en las primeras semanas de vida, obteniendo porcentajes del 91,4, 97,1 y 54,3% respectivamente (Tabla 1).

Aspectos iniciales de la lactancia materna

El 60% de las madres estaban amamantando en el momento del estudio, mientras que el 57,1% tenía experiencia previa con la LM.

Tabla 1. Aspectos perinatales más relevantes de nuestros niños amamantados

Sexo	Varón 65,7%, mujer 34,3%
Tipo de parto	Cesárea 31,4%, eutócico 58,3%, instrumental 10,3%
Inicio de la lactancia materna	80% primeras 3 horas, 54% primera hora, 5,7% más de 6 horas
Lactancia materna exclusiva 6 meses	97,1%
Colecho	54,3%
Contacto piel con piel	91,4%

Todas tenían claro comenzar con LM y volverían a elegirla como primera opción. En cuanto al momento de retirarla, el 85,7% quiere mantenerla hasta que el propio niño decida. Otros datos de interés son las experiencias de LM durante el embarazo y en tándem, cifradas en un 34,2% y 20% respectivamente.

Aspectos socioculturales de la lactancia materna y de lactancia materna prolongada

Los principales soportes para resolver las dudas en el curso de la LM, tanto en la instauración como en el mantenimiento, han resultado los profesionales de la salud (58%) y los grupos de apoyo (42%). Respecto al nivel de ayuda en los distintos profesionales de la salud, el 65,7% de las madres refieren haber podido contar con algún tipo de apoyo de este colectivo. Los mejor valorados resultan la matrona ($4,39 \pm 0,69$) y el pediatra ($3,28 \pm 1,44$) y los que menos el médico de familia ($1,27 \pm 1,15$) y el obstetra ($1,58 \pm 1,12$) (Fig. 1).

Para completar el estudio, se ha puesto especial interés en la LM a partir del año de vida, incorrectamente llamada LMP. Se evalúan aspectos relevantes a nivel social, con el objetivo de valorar los sentimientos y preocupaciones que tienen las madres en diferentes entornos. Es importante destacar que en el 50% de las madres encuestadas, el mantenimiento de la LM por encima de los 12 meses resulta habitual en su entorno. El nivel de satisfacción con esta experiencia es muy elevado ($4,37 \pm 0,51$ puntos, máximo 5), pero hasta el 48,6% indican algún grado de rechazo social. El 51,4% han tenido algún obstáculo, siendo familia y amigos los más frecuentes. Además, el 45,7% indica haberla tenido que ocultar en algún momento, sobre todo ante familiares o compañeros de trabajo.

En la Fig. 2 se expresa cómo interpretan las madres que se percibe su LMP en los diferentes ámbitos de su vida cotidiana. La pareja ($4,29 \pm 0,70$) y los otros hijos ($4,10 \pm 1,03$) son los mejor valorados y la familia ($2,29 \pm 1,16$), amigos ($2,42 \pm 1,17$) y compañeros de trabajo ($2,36 \pm 0,78$) reciben puntuaciones más bajas.

DISCUSIÓN

Duración de la lactancia materna, edad del destete

En las sociedades más tradicionales, que no tienen extendido el uso de fórmulas artificiales de leche, la duración media de LM es de tres a cuatro años, según los textos etnográficos¹⁰. En estos pueblos, con escasos contactos externos, la edad del destete es variable, oscilando desde los cuatro meses en los hotentotes africanos hasta los cinco años en tribus hawaianas y los siete o más en ciertas poblaciones esquimales¹¹. En el año 1989, de un total de 46 sociedades no industrializadas en el mundo, el destete se situaba entre los dos y los tres años en el 75%, siendo a los 18 meses en el resto; únicamente en un país la media era de seis meses¹⁰.

Las últimas recomendaciones indican mantener la lactancia tanto tiempo como madre e hijo deseen, al igual que el 85,7% de nuestras madres encuestadas. Cuando una mujer cree que ha llegado el momento de destetar, se aconseja no hacerlo bruscamente ni con engaños. La mejor estrategia es la del destete gradual, sin ofrecer ni negar el pecho, pudiendo negociar las condiciones con el niño (por ejemplo, solo pecho en ciertos lugares o situaciones, o con una duración limitada de la toma). Durante la etapa del destete es importante ofrecer alternativas a la necesidad de contacto del niño, ya que la relación que se establece a través de la lactancia es un vínculo muy estrecho que debe ir reorientándose paulatinamente¹².

Inicio y mantenimiento de la lactancia materna en España

Pese a los conocidos beneficios y a los esfuerzos en su promoción, los porcentajes de LM en nuestro medio han sido bajos durante las últimas décadas. Los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) del Ministerio de Sanidad y Consumo exponen una tasa de LM exclusiva muy pobre a los seis meses, con un 15 y 21% en los años 1995 y 1997 respectivamente¹³. Uno de los estudios más amplios sobre prevalencia de LM realizados en España fue el impulsado por el Comité de LM de la AEP en 1997, en

Figura 1. Nivel de ayuda de los profesionales de la salud

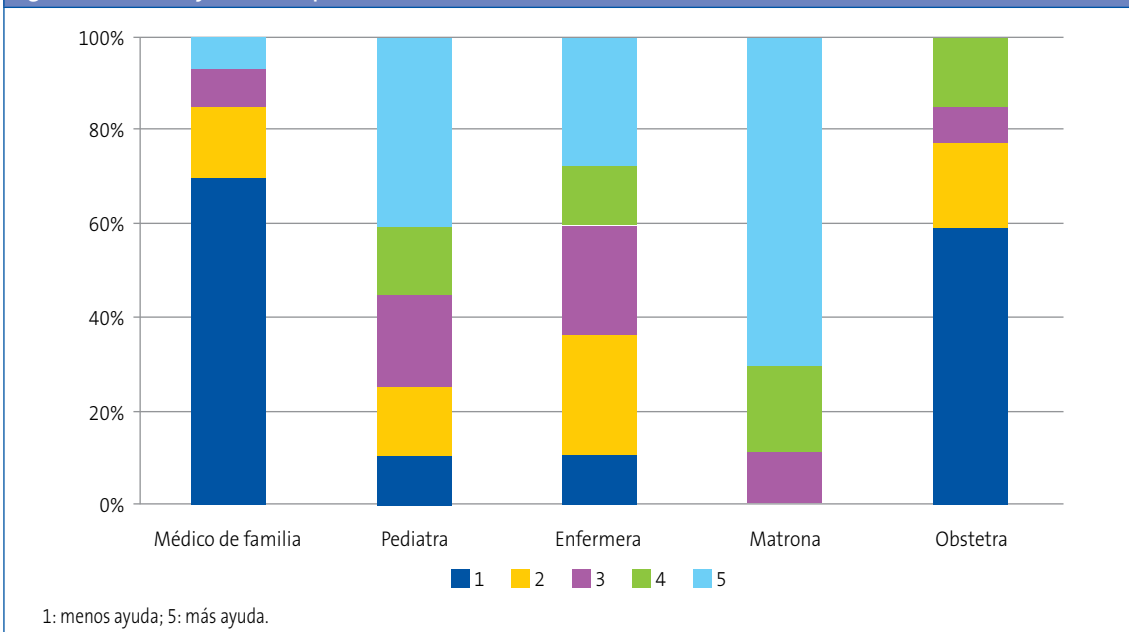
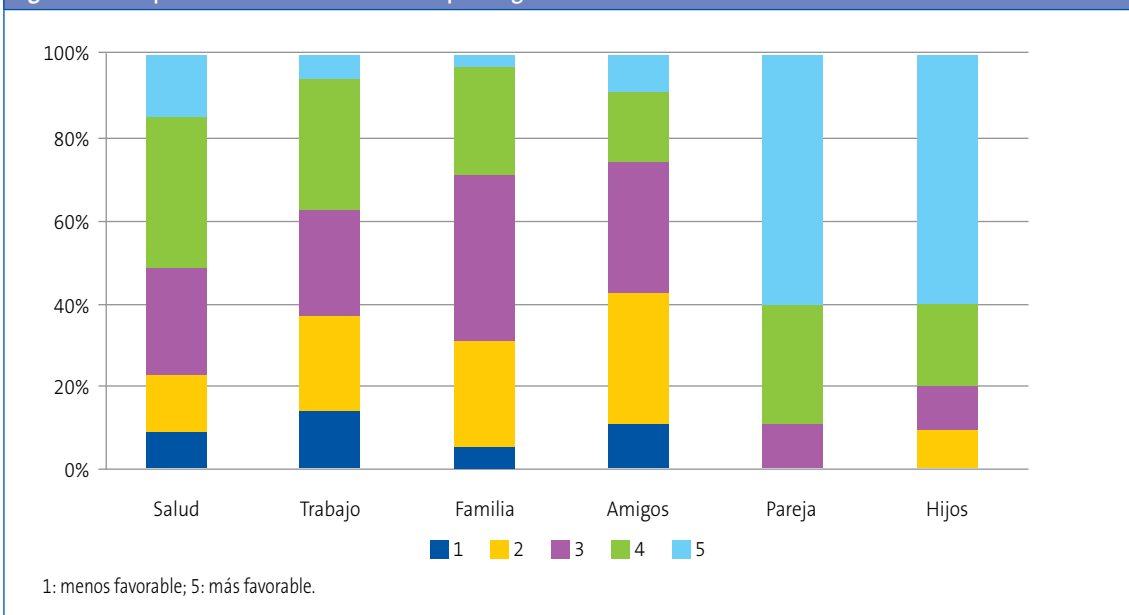


Figura 2. Percepción de la lactancia materna prolongada en los distintos ámbitos de la vida



el que se realizó una encuesta transversal en 18 provincias. La mediana de duración de LM en los más de 10 000 cuestionarios registrados fue de 3,0 meses (intervalo de confianza del 95% [IC 95]: 2,93 a 3,07). La tasa de LM (exclusiva más mixta) fue del 77,6% al primer mes de vida, el 54,6% a los tres meses, el 25% a los seis meses y el 7% al año de vida.

Quizá lo más llamativo fue que únicamente el 55% de las madres superaron los tres meses dando alguna toma de pecho¹⁴. Otros estudios en distintas comunidades autónomas revelan porcentajes muy similares^{15,16}. Según los últimos datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística en la ENS de 2011, la prevalencia de LM exclusiva en España

es de 63% a las seis semanas y 26% a los seis meses¹⁷. Parece observarse una discreta mejoría, sobre todo en el mantenimiento de la LM, en los últimos 15 años en el territorio español. Esta mejoría se representa todavía mejor en Aragón, donde las cifras superan la media nacional, tras la puesta en marcha del programa IHAN en el Hospital de Alcañiz, perdurando la LM en un 41,8% a los seis meses y en un 12,2% al año de vida, prácticamente el doble que en estudios más antiguos¹⁸. El estudio CALINA intentó evaluar la prevalencia de LM mediante el seguimiento longitudinal durante 12 meses a 1602 lactantes nacidos entre marzo de 2009 y marzo de 2010. Los autores indicaron que el mantenimiento de la LM en conjunto (exclusiva más mixta) fue del 82,5% al mes de vida, el 71,8% al tercero, el 54,3% al sexto y el 27,8% al año¹⁹. En Zaragoza, en una revisión retrospectiva de 550 madres e hijos nacidos entre 2010-2012 y controlados durante 12 meses, la duración media de la LM exclusiva y total fue de 2,5 y 5,1 meses respectivamente. Las tasas de LM se mantuvieron elevadas, aunque algo inferiores al estudio CALINA: el 74% al mes de vida, el 40,7% al sexto y el 14,2% al año. Los factores que más influyeron en el descenso de las tasas de LM fueron: las dificultades en su instauración en el primer mes y la incorporación de la madre al mundo laboral entre el cuarto y sexto mes²⁰.

Beneficios y riesgos de la LM en niños mayores

La leche materna no pierde sus propiedades con el paso del tiempo²¹. A partir del primer año de lactancia, la cantidad de grasa en la leche aumenta con respecto a los primeros meses²², resultando un alimento completo y nutritivo, que cubre aproximadamente un tercio de las necesidades calóricas y proteicas diarias (a veces más, sobre todo durante periodos de enfermedad), proporcionando además una cantidad muy importante de vitaminas y minerales. A su vez, los beneficios inmunológicos de la leche materna se siguen manteniendo, con una menor incidencia de infecciones para su edad respecto a los que no son amamantados. Estos beneficios no solo se observan a corto plazo, sino años después del destete, ya que se ha observado una menor incidencia de

ciertos tipos de cáncer (leucemia), enfermedades metabólicas y autoinmunes (como la diabetes tipo 1)^{23,24}. Otro estudio ha constatado un mayor desarrollo intelectual a mayor tiempo y exclusividad de la LM, efecto que permanece durante años y que incluso puede llevar a alcanzar un mayor nivel de estudios y de ingresos económicos en la vida adulta²⁵. Numerosos trabajos relacionan la duración de la LM con un mejor desarrollo emocional y psicosocial del niño²⁶. Por último, se han descrito múltiples ventajas para la madre que amamanta, como menor riesgo de diabetes tipo 2, cáncer de mama, cáncer de ovario, hipertensión e infarto de miocardio cuanto mayor sea el tiempo total de lactancia.

En cuanto a los **riesgos**, no se han publicado riesgos físicos ni psicológicos en niños que toman pecho por encima de los 2-3 años de edad. Tampoco se ha encontrado relación entre LMP y malnutrición en países en desarrollo²⁷ o con la caries infantil.

La **LM en el embarazo** (el 34,2% en nuestro estudio), si es el deseo de la madre, no conlleva ningún riesgo demostrado, aunque hay que individualizar y valorar el destete en caso de amenaza de aborto o parto prematuro, así como en otras situaciones especiales²⁸. La **LM en tándem** (el 20% en nuestro estudio) es posible, ya que la producción de leche se adapta según la demanda. El principal problema puede ser la sobrecarga materna ante las demandas de ambos niños y los sentimientos encontrados que le puede producir amamantar al mayor²⁹.

Sin duda, el mayor problema de la LM más allá del año de edad es el **rechazo social y profesional** por prejuicios o desconocimiento de la evidencia científica actual. Este hecho queda completamente reflejado en esta encuesta. Inicialmente, hay que destacar un dato relevante: el 58% de las madres encuestadas acuden a los profesionales de la salud para pedir ayuda/consejo. De esta manera, debemos tomar conciencia del papel fundamental que jugamos como profesionales de la salud y por ello, es nuestro deber y obligación actualizarnos en LM para que cada familia y cada madre tome decisiones informadas. Si su deseo es mantener la LM, nuestro deber es apoyarlas en su decisión y aportar

herramientas para superar las dificultades que puedan surgir. Resumiendo, los profesionales de la salud debemos aportar información y respeto. En los datos presentados, únicamente la matrona y el pediatra han obtenido buenas puntuaciones a la hora de prestar ayuda a las madres, por lo que hay que seguir mejorando en este sentido. Además, el otro 42% acudieron a los grupos de apoyo a la LM, estrategia que también se ha demostrado útil para apoyar y fortalecer la decisión de amamantar por encima de los 12-24 meses³⁰.

Resulta muy importante aclarar este tipo de dudas, porque al final el grado de satisfacción de las encuestadas respecto a la LMP ha sido muy elevado y relatan la experiencia como muy positiva. Además, todas las madres volverían a elegir la LM como primera opción.

Hay que destacar cifras demasiado elevadas respecto a diversos conflictos sociales, ya que aproximadamente la mitad de las madres encuestadas refieren algún grado de rechazo social, haber tenido obstáculos para la práctica de LMP o incluso tener que ocultarla en algún momento. Los entornos más hostiles en este sentido siguen siendo los clásicos, como familiares, amigos o compañeros de trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2007;153:1-186.
2. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ, et al. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2005;115:496-506.
3. Nutrición del lactante y del niño pequeño. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Informe de la Secretaría. 55.^a Asamblea Mundial de la Salud. En: Organización Mundial de la Salud [en línea] [consultado el 24/10/2017]. Disponible en <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/81907/1/sa5515.pdf>

CONCLUSIONES

La LM sigue siendo el mejor y más completo alimento para el recién nacido, pero también es altamente beneficioso a partir del año de vida, sin conllevar ningún riesgo. El destete debería producirse cuando madre e hijo deseen. Las madres se sienten altamente satisfechas manteniendo la LM a sus hijos mayores. Los profesionales de la salud somos una de las principales fuentes de apoyo y nuestra obligación es informar y respetar. Todavía aparecen numerosos prejuicios respecto a las madres que amamantan a sus hijos más mayores, que les impiden llevarla a cabo con mayor naturalidad.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

AAP: American Academy of Pediatrics • **AEP:** Asociación Española de Pediatría • **CPP:** contacto piel con piel • **IC 95:** intervalo de confianza del 95% • **LM:** lactancia materna • **LMP:** lactancia materna prolongada • **OMS:** Organización Mundial de la Salud.

4. Unicef. Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding. En: Unicef [en línea] [consultado el 24/10/2017]. Disponible en www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm
5. Comité de Lactancia Materna de la AEP. Recomendaciones sobre lactancia materna. En: Asociación Española de Pediatría [en línea] [consultado el 24/10/2017]. Disponible en www.aeped.es/sites/default/files/recomendaciones_lm_26-1-2012.pdf
6. Dowling S, Brown A. An exploration of the experiences of mothers who breastfeed long-term: what are the issues and why does it matter? *Breastfeed Med*. 2013;8:45-52.
7. Cockerham-Colas L, Geer L, Benker K, Joseph MA. Exploring and influencing the knowledge and attitudes

- of health professionals towards extended breastfeeding. *Breastfeed Med*. 2012;7:143-50.
8. Paricio JM. Lactancia prolongada... ¿Hasta cuándo es normal? Perspectiva histórico-antropológica. VII Congreso español de Lactancia Materna. Madrid; 2014.
 9. Piovanetti Y. Breastfeeding beyond 12 months: an historical perspective. *Pediatr Clin North Am*. 2001; 48:199-206.
 10. Stuart-Macadm P, Dettwyker KA. Breastfeeding. Biocultural perspectives. Nueva York: Ed. Aldine de Gruyter; 1995.
 11. Wickes IG. A history of infant feeding. I. Primitive peoples; ancient works; Renaissance writers. *Arch Dis Child*. 1953;28:151-8.
 12. Gribble KD. "As good as chocolate" and "better than ice cream": how toddler, and older, breastfeeders experience breastfeeding. *Early Child Dev Care*. 2009; 179:1067-82.
 13. Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999. En: Instituto Nacional de Estadística [en línea] [consultado el 24/10/2017]. Disponible en www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=resultados&idp=1254735573175
 14. García Vera C, Martín Calama J. Lactancia materna en España. Resultado de una encuesta de ámbito estatal. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2000;2:373-87.
 15. Ortega JA, Pastor E, Martínez I, Bosch V, Quesada J, Hernández F, et al. Proyecto Malama: medio ambiente y lactancia materna. *An Pediatr (Barc)*. 2008;68:447-53.
 16. González M, Toledano J. La lactancia materna en nuestro medio: análisis de la situación. *Acta Pediatr Esp*. 2007;65:123-5.
 17. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud 2011. En: Instituto Nacional de Estadística [en línea] [consultado el 24/10/2017]. Disponible en www.ine.es/prensa/np770.pdf
 18. Guerrero C, Garafulla J, Lozano D, García C, Bielsa A. Estudio lactancia en Área Hospital de Alcañiz. ¿Merece la pena poner en práctica los diez pasos de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños en un hospital comarcal? *Bol Pediatr Arag Ríoj Sor*. 2006;36:20-6.
 19. Oves B, Escartín L, Samper MP, Cuadrón L, Álvarez ML, Lasarte JJ, et al. Inmigración y factores asociados con la lactancia materna. Estudio CALINA. *An Pediatr (Barc)*. 2014;81:32-8.
 20. Giménez V, Jimeno B, Valles MD, Sanz E. Prevalencia de la lactancia materna en un centro de salud de Zaragoza (España). Factores sociosanitarios que la condicionan. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2015;17:17-26.
 21. Boediman D, Ismail D, Iman S, Ismangoen, Ismadi SD. Composition of breast milk beyond one year. *J Trop Pediatr Environ Child Health*. 1979;25:107-10.
 22. Mandel D, Lubetzky R, Dollberg S, Barak S, Mimouni FB. Fat and energy contents of expressed human breast milk in prolonged lactation. *Pediatrics*. 2005; 116:e432-5.
 23. Amitay EL, Keinan-Boker L. Breastfeeding and childhood leukemia incidence: a meta-analysis and systematic review. *JAMA Pediatr*. 2015;169:e151025.
 24. Patelarou E, Girvalaki C, Brokalaki H, Patelarou A, Androulaki Z, Vardavas C. Current evidence on the associations of breastfeeding, infant formula, and cow's milk introduction with type 1 diabetes mellitus: a systematic review. *Nutr Rev*. 2012;70:509-19.
 25. Belfort MB, Rifas-Shiman SL, Kleinman KP, Guthrie LB, Bellinger DC, Taveras EM, et al. Infant feeding and childhood cognition at ages 3 and 7 years: effects of breastfeeding duration and exclusivity. *JAMA Pediatr*. 2013;167:836-44.
 26. Lawrence RA. Supporting breastfeeding/early childhood social and emotion development. En: *Encyclopedia on Early Childhood Development* [en línea] [consultado el 24/10/2017]. Disponible en www.child-encyclopedia.com/breastfeeding/according-experts/supporting-breastfeedingearly-childhood-social-and-emotion
 27. Cousens S, Nacro B, Curtis V, Kanki B, Tall F, Traore E, et al. Prolonged breast-feeding: no association with increased risk of clinical malnutrition in young children in Burkina Faso. *Bull World Health Organ*. 1993; 71:713-22.
 28. Cetin I, Assandro P, Massari M, Sagone A, Gennaretti R, Donzelli G, et al. Breastfeeding during pregnancy: position paper of the Italian Society of Perinatal Medicine and the Task Force on Breastfeeding, Ministry of Health, Italy. *J Hum Lact*. 2014;30:20-7.
 29. Bryant T. Tandem nursing: a review and guidelines. *Int J Childbirth Educ*. 2012;27:84-8.
 30. Thomson G, Crossland N, Dykes F. Giving me hope: women's reflections on a breastfeeding peer support service. *Matern Child Nutr*. 2012;8:340-53.



Socio-cultural aspects of breastfeeding older children

José Ignacio Perales Martínez^a, Beatriz Pina Marqués^b

^aPediatra. CS Calatayud Norte. Calatayud. Zaragoza. España • ^bMatrona. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

Published online:
25-october-2017

José Ignacio Perales Martínez:
josiperales@hotmail.com

Abstract

Introduction and objectives: breastfeeding beyond 1 year or “extended” breastfeeding is a common practice in many cultures, although rare in Western countries. Our objective was to analyse the experiences of mothers that practice extended breastfeeding from a social perspective.

Materials and methods: survey of 35 mothers that had breastfed or were currently breastfeeding children aged more than 1 year. We explored basic aspects related to this practice. In a second part, we assessed the support received from healthcare professionals, the social perception of extended breastfeeding and the obstacles faced by these mothers.

Results: 60% of mothers were currently breastfeeding, and the mean age of their children was 32.5 months. Most wished to maintain breastfeeding until the child chose to stop. They had all known from the outset that they wanted to breastfeed and would choose this feeding modality again as their preferred option. When concerns arose, their main sources of support were healthcare professionals (58%) and support groups (42%). Up to 65.7% reported getting help from health professionals, with midwives and paediatricians rated as being most supportive. Most mothers reported a high level of satisfaction with extended breastfeeding, but up to 50% had experienced some type of social rejection. Relatives, friends and co-workers had posed barriers at some point that prevented mothers from breastfeeding spontaneously.

Conclusions: these mothers expressed a high degree of satisfaction and confidence. Healthcare professionals play an important role. There are still prejudices in society that pose barriers to this option and limit its widespread practice.

Key words:

- Breast feeding

Aspectos socioculturales de la lactancia materna en niños mayores

Resumen

Introducción y objetivos: la lactancia materna por encima del año o “prolongada” es una práctica habitual en muchas culturas, aunque en países occidentales es poco frecuente. Nuestro objetivo es analizar, desde un punto de vista social, las experiencias de estas madres.

Material y métodos: encuesta a 35 madres que han mantenido o mantienen lactancia materna por encima del año de vida. Se investigan aspectos básicos de la misma. En una segunda parte valoramos al apoyo de los profesionales de la salud, la perspectiva social de la lactancia materna prolongada, así como los obstáculos que han aparecido.

Resultados: el 60% de las madres estaba amamantando, siendo la media de edad del hijo de 32,5 meses. La mayoría querían mantenerla hasta la decisión del hijo. Todas tenían claro comenzarla y volverían a elegirla como primera opción. En caso de dudas, los principales soportes han resultado los profesionales de la salud (58%) y los grupos de apoyo (42%). Hasta el 65,7% refiere haber podido contar con ayuda de profesionales, siendo la matrona y el pediatra los mejor valorados. La mayoría refiere gran satisfacción con la lactancia materna prolongada, pero hasta el 50% indican algún grado de rechazo social. La familia, amigos y compañeros de trabajo han supuesto obstáculos en algún momento para actuar de forma espontánea.

Conclusiones: el grado de satisfacción y confianza de estas madres es elevado. Los profesionales de salud juegan un papel importante. La propia sociedad todavía mantiene algunos prejuicios que obstaculizan y limitan la generalización de esta opción.

Palabras clave:

- Lactancia materna

How to cite this article: Perales Martínez JI, Pina Marqués B. Aspectos socioculturales de la lactancia materna en niños mayores. Rev Pediatr Aten Primaria. 2017;19:337-44.

INTRODUCTION

The benefits of breastfeeding for the mother and child are well known.¹ Breastfed children are at lower risk of developing otitis media, respiratory infections, diarrhoea and hypersensitivity reactions. In mothers, breastfeeding helps lose weight, reduces the risk of anaemia and reduces the long-term risk of osteoporosis and breast and ovarian cancers. Overall, it has a significant psychological (reinforcing the mother-child bond), economic and social impact.² Most studies corroborate these findings, but are limited to infants aged less than 1 year, which could be interpreted as suggesting that breastfeeding is only necessary in early infancy. However, its beneficial effects persist through time and adapt at each stage. Consequently, the leading scientific societies, such as the World Health Organization (WHO), UNICEF, the Asociación Española de Pediatría (Spanish Association of Pediatrics [AEP]) or the American Academy of Pediatrics (AAP), among others, recommend human milk, or breastfeeding (BF), as the sole nutrition in the first 6 months of life, to be continued supplemented with other foods until at least age 12-24 months, and thereafter for as long as the mother and child desire.³⁻⁵

Breastfeeding beyond age 12 months or extended breastfeeding (EBF) is a common practice in many cultures, despite it being rare in Western countries. At times, and especially in older children, it attracts attention or is even rejected by society,⁶ health professionals or even the family.⁷ The Committee on BF of the AEP has highlighted that the use of the term EBF may lead to confusion, as it may suggest that it involves BF beyond the recommended period. For this reason, some authors choose to use the term BF only, without qualification, with the aim of normalising this practice.

A passage in the 2 Maccabees book of the Bible reads: "My son, have pity on me. Remember that I carried you in my womb for nine months and nursed you for three years. I have taken care of you and looked after all your needs up to the present day."⁸ This historical reference serves to illustrate that

children have habitually continued to breastfeed past 2 and 3 years of age since the dawn of humanity.

However, the modernization of medicine in the XX century has been associated with a progressive decline in the rates of BF throughout the developed world. Approaches such as the calorimetric method to assess infant nutrition or the development of bacteriological techniques to advance a "clean milk" campaign did nothing but promote feeding with artificial milk substitutes. In 1950, paediatricians recommended the introduction of vegetables in the diet at 4 months of age, which inevitably interfered with BF. To this body of modern medical advice we need to add the emergence of corporate interests, which have also been a strong force in the promotion of "formula" feeding or what in Spain is erroneously referred to as "artificial lactation." In the United States, for example, contraindications were established for BF, excluding drug users and mothers with evidence of smallpox infection, with the suggestion that wet nursing required "adequate nipples." These guidelines sometimes included frivolous criteria, such as hair colour. This decline in BF led to the re-emergence of nutritional deficiencies with an associated increase in morbidity, such as scurvy and rickets. Furthermore, the United States census revealed that the mortality rate in breastfed children was 40% lower than that of their formula-fed peers.⁹

In light of these historical references and aware of the attitude of the majority in today's society, we set out to carry this study with two main objectives:

- To explore the role of healthcare professionals in BF and their attitude toward supporting and promoting EBF.
- To analyse the socio-cultural perspective of mothers that continue to breastfeed children past infancy. To do so, we assessed the level of personal satisfaction and the difficulties they encountered in different settings of their everyday lives.

MATERIALS AND METHODS

We surveyed 35 women that had breastfed or were currently breastfeeding children aged more than 12 months. The questionnaire consisted of 3 sections:

- Demographic data of the mother: we only collected the age and number of children.
- BF experience: first of all, we explored whether the mothers were still BF as well as past experience with BF. We also asked about how long they had initially planned to breastfeed and how long they intended to maintain BF at present. We then proceeded to explore the personal history of the child the mother was referring to (sex, birth weight, gestational age, type of delivery and history of foetal distress, possibility of skin-to-skin contact after birth and time elapsed until BF was initiated). Other aspects analysed were exclusive BF in the first 6 months of life, co-sleeping, experience with BF during pregnancy or tandem BF.
- Socio-cultural aspects in BF and EBF: experiences of the mothers in their social environment. Where they sought help for questions and/or problems related to BF. Rating of support received from healthcare professionals scored on a scale of 1 to 5. Lastly, social experiences of the mothers associated with EBF in their personal environment. To do so, we asked, among other things, about their level of satisfaction (scale from 1 to 5), whether they had experienced any form of rejection or barrier, or whether they needed to conceal their EBF at some point. Mothers were also asked to rate on a scale of 1 to 5 how they believed their EBF was perceived in different settings in their everyday life.

We obtained a sample of mothers with a similar socio-cultural background, a majority of who were involved in the healthcare field, where there is a high degree of knowledge and acceptance of BF. We submitted the questionnaire by electronic mail and the mothers filled it out individually and anonymously.

We used the software SPSS version 15.0 to collect data and perform a descriptive analysis.

RESULTS

Description of sample and characteristics of the breastfed children

The questionnaire was completed by 35 mothers with a mean age of 34.59 ± 8.41 years (range: 27-48 years). They had a mean number of 1.8 ± 0.93 children. The median age of the children that mothers were referring to in the survey was 32.5 months, with an interquartile range of 14-72.

The most relevant perinatal findings were the following: 65.7% of the children were male. The percentage delivered by caesarean section was 31.4%, while the percentage of uncomplicated births was 58.3%. Of all children, 85.7% were born at term (> 37 weeks). Only 8.5% had a history of foetal distress, and none required advanced cardiopulmonary resuscitation at birth. Breastfeeding was established within 3 hours of birth in 80% (within 1 hour in 54%). We also assessed relevant factors such as skin-to-skin (SSC) contact at birth, exclusive BF in the first 6 months of life and the routine practice of co-sleeping in the first weeks after birth, which were reported by 91.4%, 97.1% and 54.3% of mothers, respectively (Table 1).

Variables related to breastfeeding initiation

Sixty percent of mothers were breastfeeding at the time of the survey, while 57.1% reported their previous experience with BF.

Table 1. Most relevant perinatal aspects in our sample of breastfed children

Sex	Male 65.7%; female 34.3%
Type of delivery	Caesarean 31.4%, normal 58.3%, instrumental 10.3%
Initiation of breastfeeding	80% in first 3 hours, 54% in first hour, 5.7% after more than 6 hours
Exclusive breastfeeding at 6 months	97.1%
Co-sleeping	54.3%
Skin-to-skin contact	91.4%

All mothers reported intending to BF from the outset, and would choose it again as their first feeding option. As for the timing of weaning, 85.7% reported wanting to continue BF until the child weaned him or herself off. Other relevant findings involved the rate of BF during pregnancy and of tandem BF, which were reported by 34.2% and 20% of mothers, respectively.

Socio-cultural aspects in breastfeeding and extended breastfeeding

The main sources of BF support, both in establishing and maintaining it, were healthcare professionals (58%) and support groups (42%).

When it came to the degree of helpfulness of healthcare professionals, 65.7% of mothers reported receiving some type of support from this collective. The professionals rated as being most supportive were midwives (4.39 ± 0.69) and paediatricians (3.28 ± 1.44), and those rated as least supportive were family physicians (1.27 ± 1.15) and obstetricians (1.58 ± 1.12) (Figure 1).

To complete our analysis, we placed particular emphasis on BF beyond age 12 months, which is misleadingly referred to as EBF. We explored social aspects to assess the feelings and concerns that mothers experience in different environments. We ought to highlight that 50% of surveyed mothers reported that BF beyond 12 months was common in their social environment. The level of satisfaction with this experience was very high (4.37 ± 0.51 points out of a possible 5), but up to 48.6% of mothers reported experiencing some form of social rejection. Barriers were reported by 51.4%, most frequently involving family or friends. Furthermore, 45.7% of mothers reported having to hide that they breastfed at some point, mainly from relatives or co-workers. Figure 2 represents how mothers believe their EBF is perceived in different settings of their everyday life. The partner (4.29 ± 0.70) and other children of the mother (4.10 ± 1.03) received the highest scores, while relatives (2.29 ± 1.16), friends (2.42 ± 1.17) and co-workers (2.36 ± 0.78) received the lowest scores.

DISCUSSION

Duration of breastfeeding, weaning age

In more traditional societies where the use of formula is not widespread, the mean duration of BF is 3 to 4 years, according to ethnographic sources.¹⁰ In these ethnic groups, which have little contact with outside influences, the weaning age varies, ranging from 4 months in the Khoikhoi of Africa to 5 years in Hawaiian tribes and 7 or more in some Eskimo populations.¹¹ In year 1989, out of a total of 46 non-industrialised societies in the world, weaning occurred between ages 2 and 3 years in 75%, and by 18 months in the rest; the mean age was 6 months in only one country.¹⁰

The latest guidelines recommend maintaining BF for as long as the mother and child desire, as 85.7% of our respondents intended to do. It is recommended that once a woman feels it is time to wean the child, she does not do so abruptly or use ploys to deceive the child. The best strategy is gradual weaning, without offering or withholding the breast, and possibly negotiating conditions with the child (for instance, BF only in certain places or situations, or for a limited amount of time). During weaning, it is important to offer the child alternatives to satisfy the need for closeness, as the attachment that develops through BF is very deep and needs to be reoriented in a gradual fashion.¹²

Establishment and maintenance of breastfeeding in Spain

Despite the known benefits of BF and the efforts made to promote it, BF rates in Spain have been low in recent decades. Data from the Encuesta Nacional de Salud (National Health Survey [ENS]) of the Ministry of Health and Consumer Affairs revealed a very low rate of exclusive BF at 6 months, of 15% in year 1995 and 21% in 1997.¹³ One of the largest studies on the prevalence of BF conducted in Spain was promoted by the Committee on BF of the AEP in 1997, and consisted of a cross-sectional survey of mothers in 18 provinces. The median duration of BF reported in the more than 10 000

Figure 1. Level of support offered by healthcare professionals

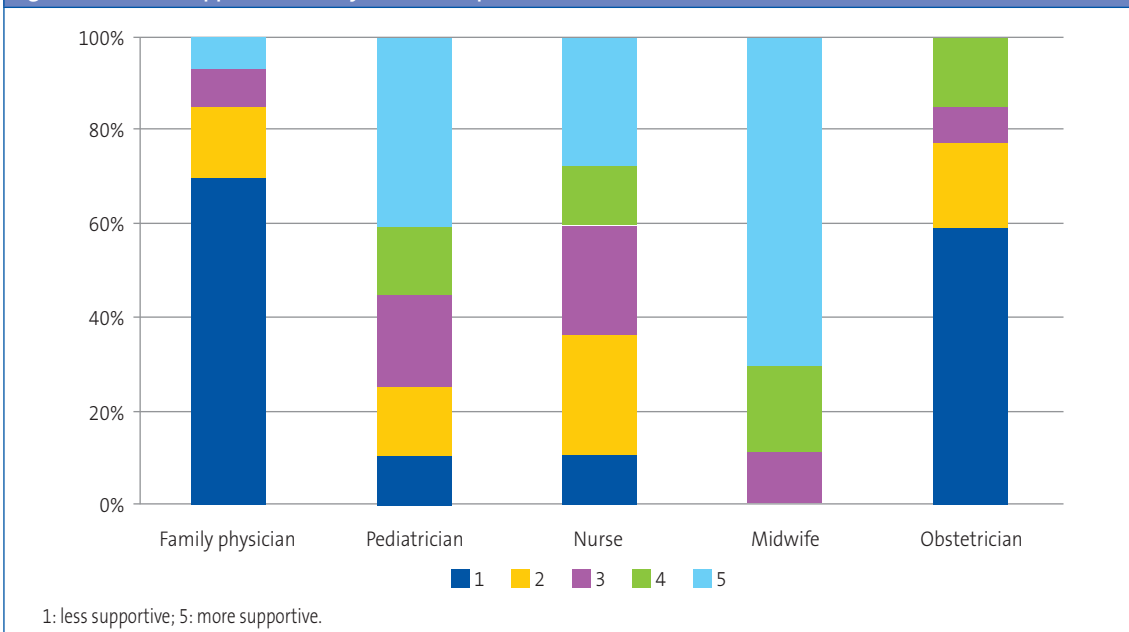
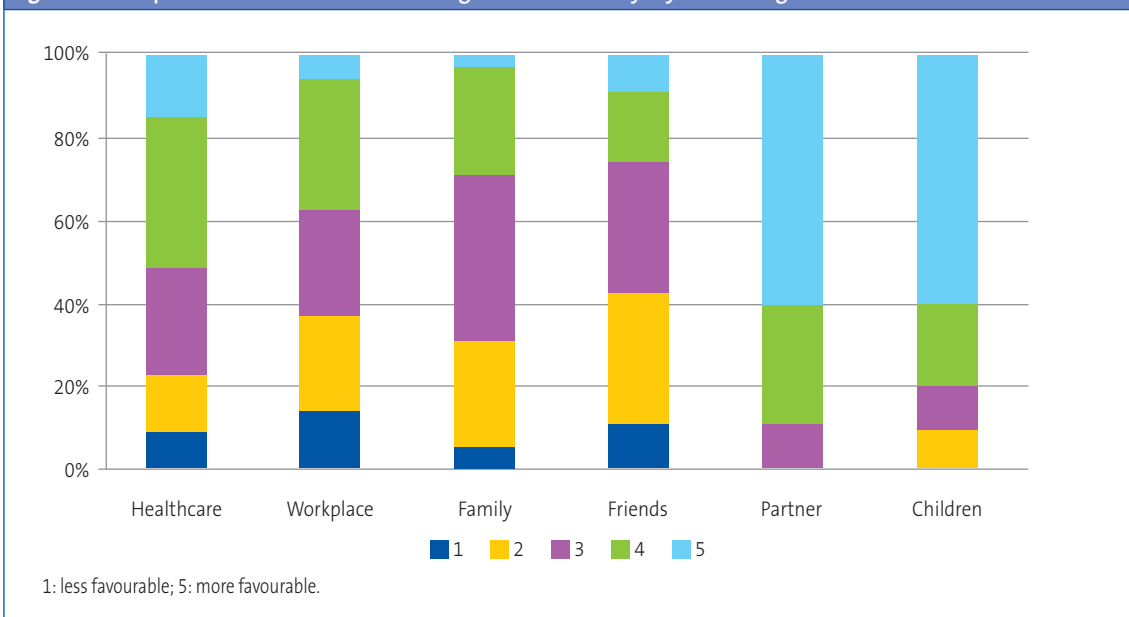


Figure 2. Perception of extended breastfeeding in different everyday life settings



completed questionnaires was 3.0 months (95% confidence interval [95 CI]: 2.93 to 3.07). The rate of BF (exclusive and mixed) was 77.6% in the first month of life, 54.6% at 3 months, 25% at 6 months and 7% at 1 year of age. The most salient finding may be that only 55% of mothers breastfed their children, exclusively or otherwise, for more than

3 months.¹⁴ Other studies in different autonomous communities found similar percentages.^{15,16} Based on the data of the last ENS survey published by the Instituto Nacional de Estadística in 2011, the prevalence of exclusive BF in Spain is of 63% at 6 weeks and 26% at 6 months.¹⁷ There seems to have been a slight improvement in Spain in the

past 15 years, especially in the duration of BF. This improvement is more manifest in Aragon, where the prevalence exceeds the national average, after the IHAN programme was launched in the Hospital de Alcañiz, with maintenance of BF in 41.8% of mothers at 6 months and 12.2% at 1 year, practically doubling the percentages found in previous studies.¹⁸ The CALINA longitudinal study aimed to determine the prevalence of BF through the 12-month followup of 1602 infants born between March 2009 and March 2010. The authors reported that overall BF (exclusive and mixed) was maintained in 82.5% at 1 month of life, 71.8% at 3 months, 54.3% at 6 months and 27.8% at 1 year.¹⁹ In Zaragoza, a retrospective review of 550 mothers and children born between 2010-2012 and followed up over 12 months found a mean duration of exclusive BF of 2.5 months and of overall BF of 5.1 months. Breastfeeding rates remained high, although they were slightly lower than those found in the CALINA study: 74% at 1 month of life, 40.7% at 6 months and 14.2% at 1 year. The factors most strongly associated with BF rates were: difficulty establishing BF in the first month and the return of the mother to the workplace between the fourth and sixth month.²⁰

Benefits and risks of BF in older children

Breast milk does not lose its properties with the passage of time.²¹ After one year of lactation, the fat content of the milk increases compared to the first months,²² yielding a balanced and nutritious food that covers one third of the daily energy and protein requirements (sometimes more, especially during illness), while also providing significant amounts of vitamins and minerals. In addition, the immunological benefits of breast milk persist, with a lower incidence of infection in breastfed children compared to children of the same age who are not breastfed. These benefits are not only observed in the short term, but also years after weaning, as there is evidence of a lower incidence of certain types of cancer (leukaemia), metabolic disorders and autoimmune diseases (such as type 1 diabetes).^{23,24} Another study found that cognitive

development improved with increased duration and exclusiveness of BF, an effect that persists for years and may even be associated with higher educational attainment and income in adulthood.²⁵ Several studies have found a positive correlation between BF duration and improved social and emotional development in children.²⁶ Lastly, the literature describes several benefits for mothers who breastfeed, such as a decreasing risk of type 2 diabetes, breast cancer, ovarian cancer, high blood pressure and heart attack with increasing overall duration of breastfeeding.

As for the **risks**, there is no evidence in the literature of any physical or psychological risks in children that breastfeed beyond 2 or 3 years of age. There is also no evidence of an association of EBF with malnutrition in developing countries²⁷ or with tooth decay in children.

Breastfeeding during pregnancy (in 34.2% of our sample), when wanted by the mother, does not carry any known risks, although the possibility of discontinuing it should be considered and assessed on a case-to-case basis if there is risk of miscarriage or preterm labour, or in other special situations.²⁸ **Tandem BF** (20% in our sample) is possible, as milk production is adjusted to meet demand. The main risks are that the mother may feel overwhelmed by the demands of both children and the contradictory feelings she may have regarding breastfeeding the older child.²⁹

Beyond doubt, the main problem in BF beyond 1 year of age is the **rejection by society and health professionals** rooted in prejudice and ignorance of the current scientific evidence. We found ample evidence of this fact in our survey. We should start by underscoring a relevant finding: 58% of mothers sought support or guidance from healthcare professionals. Therefore, we must be aware of the key role we play as healthcare professionals, and it is our duty and responsibility to update our knowledge on BF so that each family and each mother can make informed decisions. If their wish is to continue BF, our duty is to support this decision and provide tools for them to overcome the difficulties they may encounter. In short, as healthcare professionals

we must offer information and respect. In our survey, only midwives and paediatricians received good ratings in relation to providing support to mothers, so we need to continue improving on this front. Furthermore, the remaining 42% of mothers attended BF support groups, a strategy that has also proven useful in supporting and reinforcing the decision to breastfeed beyond 12-24 months of age.³⁰

It is very important that these concerns are resolved, as ultimately the degree of satisfaction reported by respondents in relation to EBF was very high, and they described the experience as very positive. Furthermore, all mothers would choose to breastfeed again as their first option.

We ought to highlight the considerably high proportions we found of various types of social conflict, as approximately half of the surveyed mothers reported experiencing some degree of social rejection, having encountered barriers to EBF or even having had to conceal its practice at some point. The spheres that are most hostile in this regard continue to be the traditional social networks, such as family, friends and co-workers.

REFERENCES

1. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)*. 2007;153:1-186.
2. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ, et al. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2005;115:496-506.
3. Nutrición del lactante y del niño pequeño. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Report by the Secretariat. 55th World Health Assembly. In: World Health Organization [online] [accessed 24/10/2017]. Available at <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/81907/1/sa5515.pdf>

CONCLUSIONS

Human milk continues to be the best and most complete food for infants, but is also highly beneficial after 1 year of life, with no risk associated with continued BF. Weaning should happen when the mother and child desire. Mothers report a high level of satisfaction in continuing to breastfeed their older children. As healthcare professionals, we are one of their main sources of support, and our duty is to provide information and be respectful. There is still considerable prejudice against mothers that continue to breastfeed older children, which prevents them from carrying it out naturally.

CONFLICTS OF INTEREST

The authors have no conflicts of interest to declare in relation to the preparation and publication of this article.

ABBREVIATIONS

AAP: American Academy of Pediatrics • **AEP:** Asociación Española de Pediatría • **CI:** confidence interval • **BF:** breastfeeding • **EBF:** extended breastfeeding • **SSC:** skin-to-skin contact • **WHO:** World Health Organization.

4. Unicef. Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding. In: UNICEF [online] [accessed 24/10/2017]. Available at www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm
5. Comité de Lactancia Materna de la AEP. Recomendaciones sobre lactancia materna. In: Asociación Española de Pediatría [online] [accessed 24/10/2017]. Available at www.aeped.es/sites/default/files/recomendaciones_lm_26-1-2012.pdf
6. Dowling S, Brown A. An exploration of the experiences of mothers who breastfeed long-term: what are the issues and why does it matter? *Breastfeed Med*. 2013;8:45-52.
7. Cockerham-Colas L, Geer L, Benker K, Joseph MA. Exploring and influencing the knowledge and attitudes

- of health professionals towards extended breastfeeding. *Breastfeed Med.* 2012;7:143-50.
8. Paricio JM. Lactancia prolongada... ¿Hasta cuándo es normal? Perspectiva histórico-antropológica. VII Congreso español de Lactancia Materna. Madrid; 2014.
 9. Piovanetti Y. Breastfeeding beyond 12 months: an historical perspective. *Pediatr Clin North Am.* 2001; 48:199-206.
 10. Stuart-Macadm P, Dettwyker KA. Breastfeeding. Biocultural perspectives. Nueva York: Ed. Aldine de Gruyter; 1995.
 11. Wickes IG. A history of infant feeding. I. Primitive peoples; ancient works; Renaissance writers. *Arch Dis Child.* 1953;28:151-8.
 12. Gribble KD. "As good as chocolate" and "better than ice cream": how toddler, and older, breastfeeders experience breastfeeding. *Early Child Dev Care.* 2009; 179:1067-82.
 13. Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999. In: Instituto Nacional de Estadística [online] [accessed 24/10/2017]. Available at www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=resultados&idp=1254735573175
 14. García Vera C, Martín Calama J. Lactancia materna en España. Resultado de una encuesta de ámbito estatal. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2000;2:373-87.
 15. Ortega JA, Pastor E, Martínez I, Bosch V, Quesada J, Hernández F, et al. Proyecto Malama: medio ambiente y lactancia materna. *An Pediatr (Barc).* 2008;68: 447-53.
 16. González M, Toledano J. La lactancia materna en nuestro medio: análisis de la situación. *Acta Pediatr Esp.* 2007;65:123-5.
 17. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud 2011. In: Instituto Nacional de Estadística [online] [accessed 24/10/2017]. Available at www.ine.es/prensa/np770.pdf
 18. Guerrero C, Garafulla J, Lozano D, García C, Bielsa A. Estudio lactancia en Área Hospital de Alcañiz. ¿Merece la pena poner en práctica los diez pasos de la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños en un hospital comarcal? *Bol Pediatr Arag Rioj Sor.* 2006;36:20-6.
 19. Oves B, Escartín L, Samper MP, Cuadrón L, Álvarez ML, Lasarte JJ, et al. Inmigración y factores asociados con la lactancia materna. Estudio CALINA. *An Pediatr (Barc).* 2014;81:32-8.
 20. Giménez V, Jimeno B, Valles MD, Sanz E. Prevalencia de la lactancia materna en un centro de salud de Zaragoza (España). Factores sociosanitarios que la condicionan. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2015;17:17-26.
 21. Boediman D, Ismail D, Iman S, Ismangoen, Ismadi SD. Composition of breast milk beyond one year. *J Trop Pediatr Environ Child Health.* 1979; 25:107-10.
 22. Mandel D, Lubetzky R, Dollberg S, Barak S, Mimouni FB. Fat and energy contents of expressed human breast milk in prolonged lactation. *Pediatrics.* 2005;116:e432-5.
 23. Amitay EL, Keinan-Boker L. Breastfeeding and childhood leukemia incidence: a meta-analysis and systematic review. *JAMA Pediatr.* 2015;169:e151025.
 24. Patelarou E, Girvalaki C, Brokalaki H, Patelarou A, Androulaki Z, Vardavas C. Current evidence on the associations of breastfeeding, infant formula, and cow's milk introduction with type 1 diabetes mellitus: a systematic review. *Nutr Rev.* 2012;70:509-19.
 25. Belfort MB, Rifas-Shiman SL, Kleinman KP, Guthrie LB, Bellinger DC, Taveras EM, et al. Infant feeding and childhood cognition at ages 3 and 7 years: effects of breastfeeding duration and exclusivity. *JAMA Pediatr.* 2013;167:836-44.
 26. Lawrence RA. Supporting breastfeeding/early childhood social and emotion development. In: *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online] [accessed 24/10/2017]. Available at www.child-encyclopedia.com/breastfeeding/according-experts/supporting-breastfeedingearly-childhood-social-and-emotion
 27. Cousens S, Nacro B, Curtis V, Kanki B, Tall F, Traore E, et al. Prolonged breast-feeding: no association with increased risk of clinical malnutrition in young children in Burkina Faso. *Bull World Health Organ.* 1993;71:713-22.
 28. Cetin I, Assandro P, Massari M, Sagone A, Gennaretti R, Donzelli G, et al. Breastfeeding during pregnancy: position paper of the Italian Society of Perinatal Medicine and the Task Force on Breastfeeding, Ministry of Health, Italy. *J Hum Lact.* 2014;30:20-7.
 29. Bryant T. Tandem nursing: a review and guidelines. *Int J Childbirth Educ.* 2012;27:84-8.
 30. Thomson G, Crossland N, Dykes F. Giving me hope: women's reflections on a breastfeeding peer support service. *Matern Child Nutr.* 2012;8:340-53.