

# **Factores asociados con la lactancia materna en madres concurrentes a servicios de Atención Primaria en Salud en el NOA**

(Factors associated with breastfeeding in mothers who access primary health services in Northwest Argentina)

Madalena Femina Monteban\*

## **Resumen**

La lactancia materna exclusiva (LME) hasta los 6 meses, y complementada hasta el segundo año (LMC) han sido identificadas como intervenciones de prevención altamente eficaces para reducir la mortalidad infantil. Si bien la práctica de la lactancia materna (LM) está en aumento en Latinoamérica, diversos factores, como la educación y el acceso a servicios de salud están relacionados con menores signos de mejora en prácticas de lactancia. En este estudio examinamos la relación entre factores sociodemográficos y la práctica de la LM en una población de madres participantes de programas de salud materno-infantil en cuatro provincias del noroeste argentino. Se utilizó un diseño transversal retrospectivo aplicando un cuestionario para medir características demográficas, presencia de síntomas de depresión y ansiedad, y prácticas de LM. En análisis multivariado el ser ama de casa o estudiante estuvo positivamente relacionado con el inicio de la LM, mientras que el reportar síntomas de ansiedad estuvo relacionado negativamente. Los síntomas depresivos incrementaban la probabilidad de practicar la LM por menos de 6 meses. Las madres de menos de 30 años y quienes se identificaron como Indígena o Indígena y europea mostraron mayor probabilidad de continuar la LM hasta los 12 meses ó más. La probabilidad de practicar la LME fue menor en madres con síntomas depresivos. Conocer la adherencia o no a las recomendaciones sobre la práctica de la LM, puede guiar las intervenciones destinadas a la promoción de estas prácticas. En nuestra población la etnicidad y el rol de la sintomatología de problemas de salud mental en las prácticas de lactancia materna surgen como factores que ameritan ser estudiados en mayor profundidad. Los resultados ponen de relieve la

Recibido el 15/03/18  
Aceptado el 16/05/18

1

\*ICTER, Instituto de Ciencia y Tecnología Regional, S.S. de Jujuy, Jujuy, Argentina/ Unidad Ejecutora en Ciencias Sociales Regionales y Humanidades (UE CISOR)  
CONICET-UNJu/ Correo Electrónico: madamonteban@gmail.com

importancia del desarrollo de abordajes integrales en los que se trabajen no solo aspectos informativos o educativos, sino también mecanismos de apoyo social para las mujeres que afrontan limitaciones particulares.

**Palabras Clave:** Ansiedad, Depresión, etnicidad, factores sociodemográficos maternos, lactancia materna, Noroeste Argentino.

### **Abstract**

Exclusive breastfeeding until 6 months, and complementary breastfeeding through the second year of life have been identified as highly effective prevention interventions to reduce infant mortality. While breastfeeding is increasing in Latin America, diverse factors, such as education and access to health care services are associated with lower signs of improvement in breastfeeding practices. In this study we examined the relationship between sociodemographic factors and breastfeeding practices in a population of mothers who participate in maternal and infant health programs of the public health system in four provinces of northwest Argentina. A transversal retrospective design was utilized applying a questionnaire to measure demographic characteristics, the presence of symptoms of depression and anxiety, and breastfeeding practices. In multivariate analyses being a stay-at-home mom or a student was positively associated with breastfeeding initiation, while reporting symptoms of anxiety had a negative association. Symptoms of depression increased the probability of breastfeeding for the first 6 months of an infant's life. Mothers younger than 30 years of age and who identified as Indigenous or Indigenous and European showed higher probability of continuing breastfeeding up until 12 months or more. The probability of exclusively breastfeeding was lower in mothers with symptoms of depression. Examining adherence or deviation from breastfeeding recommendations can guide interventions that promote optimal breastfeeding practices. In our sample, ethnicity and the role of problematic mental health symptomology in breastfeeding practices emerge as factors that merit further study. The results highlight the importance of the development of holistic inquiries in which not only informative or educational aspects are considered but also social support mechanisms for women that confront particular limitations.

**Keywords:** Breastfeeding, ethnicity, maternal-infant health, mental health, Northwest Argentina, primary health care.

## Introducción

La práctica de la lactancia materna (LM) provee innumerables beneficios para el niño y para la madre. Su contribución al óptimo desarrollo, nutrición, salud y crecimiento de los niños y a la protección de la salud de las mujeres la convierten en una estrategia de salud pública importantísima (Ministerio de Salud de la Nación 2010; Eidelman 2012; WHO y UNICEF, 1990). La lactancia materna exclusiva (LME) hasta los 6 meses, y complementada hasta el segundo año (LMC) han sido identificadas como intervenciones de prevención altamente eficaces para reducir la mortalidad infantil. Se estima que a nivel mundial la implementación de esta estrategia con una cobertura del 90% podría prevenir el 13% de la mortalidad de los menores de 5 años (Jones et al. 2015). Los niños que no han sido alimentados mediante lactancia materna, tienen mayor riesgo de desarrollar otitis, gastroenteritis, enterocolitis, infecciones respiratorias, síndrome de muerte súbita, obesidad y diabetes. Por otro lado, las madres que no han amamantado a sus hijos, tienen mayor riesgo de tener diabetes tipo 2, cáncer de mama y de ovarios e infarto de miocardio (Ladomenou et al., 2010; McNeil et al., 2010; Castillo et al., 1996; Victora et al., 1987; Popkin et al., 1990; Brown et al., 1989; Feachem y Koblinsky, 1984; Long et al., 1994). Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se podrían salvar más de 1 millón de vidas infantiles al año en el mundo, si las madres alimentaran exclusivamente con leche materna a sus hijos durante los primeros 6 meses de vida. Sin embargo, en la mayoría de los países la práctica de la LME está por debajo de lo recomendado (Dimond y Ashworth, 1987; Perez-Escamilla, 1994).

En Argentina, los resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (Ministerio de Salud de la Nación, 2010) indican que el 95% de los niños inician la LM. Este dato se confirma en todas las regiones del país, como así también en los diferentes niveles socioeconómicos. Sin embargo, en base a estimaciones de datos de la ENNyS se calcula que menos del 31% de los niños recibieron LME hasta los 6 meses de edad y el Informe sobre Situación de la Lactancia (Abeyá Gilardon et al., 2011) reporta que solo el 54% de los niños en el país reciben LME hasta los 6 meses de vida. En un estudio de recién nacidos de la ciudad de Córdoba, Sabulsky y colaboradores (1995) encontraron que el 98% de los niños habían iniciado el amamantamiento en la primera semana de vida, con mayor prevalencia de LME en los estratos sociales muy bajos y uso de leche artificial en los estratos altos y medios. Sin embargo, al mes de vida solo el 26% de la muestra recibía LME. Hubo también un cambio en la

distribución de lactancia por estrato social, con 38% de LME en el nivel social más alto, contra 16% y 17% en los dos estratos sociales más bajos. Los autores también indican que el abandono de la LME se produciría a una edad del niño en que los riesgos de morbilidad y mortalidad son de 10 a 15 veces mayores que después de los 3 o 4 meses de edad, especialmente entre las poblaciones pobres. Otro estudio en la ciudad de Córdoba (Berra et al., 2007) determinó que el 60,4% de los niños nacidos en instituciones públicas recibieron LME. El riesgo de no tener lactancia materna durante el postparto inmediato en instituciones públicas fue significativamente mayor cuando los niños habían recibido un primer alimento diferente de leche materna, el primer contacto se había retrasado más de 45 minutos, y la intención de la madre era amamantar durante menos de 6 meses. Gigena (2008) reportó que entre mujeres residentes en Villa del Rosario, provincia de Córdoba, solo el 11.3% de las madres sostenían la LME hasta los 6 meses de edad.

Estudios recientes indican que si bien la práctica de la LM está en aumento en Latinoamérica, los subgrupos de población cuyos niños tienen mayor riesgo de mortalidad y morbilidad como consecuencia de deficiencias en los patrones de lactancia, como las mujeres de bajo nivel educativo, aquellas que viven en zonas rurales y las que tienen limitado acceso a los servicios de salud, son los que muestran menores signos de mejora en la duración de la lactancia (Lutter et al., 2011). El Ministerio de Salud de la Nación, en consonancia con la Organización Panamericana de la Salud y con la Sociedad Argentina de Pediatría recomienda la LME hasta los 6 meses de edad y la LMC desde los 6 meses hasta por lo menos los 2 años de vida, con el agregado de alimentos adecuados para la edad del niño (Ministerio de Salud de la Nación, 2010). Las estrategias propuestas por la OMS para eliminar los obstáculos que dificultan la lactancia materna exclusiva incluyen entre otras, ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la primera hora después del parto, no darle a los recién nacidos ningún alimento ni bebida que no sea leche materna, y dejar que los bebés y sus madres estén juntos las 24 horas del día (Margen y Nestlé Infant Formula Audit Commission, 1991; WHO y UNICEF, 1990). Sin embargo, las razones subyacentes que pueden limitar la práctica de la LM, aspectos socioeconómicos y transformaciones sociales, como la incorporación de la mujer a los mercados laborales, no han sido suficientemente abordadas en las estrategias de salud pública. Otros factores de nivel macroeconómico, como la producción y marketing de leches artificiales, se originaron en las élites urbanas de los países industrializados y de allí

se difundieron hacia amplias zonas del tercer mundo (Mardones Santander, 1982; Hirschman y Butler, 1981; Cusminsky et al., 1988).

Diversos factores sociodemográficos podrían estar relacionados con la práctica de la LM, incluidos los bajos ingresos (Nishioka et al., 2011), el bajo nivel educativo (Flores et al., 2017; Woolhouse et al., 2016), el empleo materno (Valdes et al., 2000) , así como la falta de apoyo social (Inoue et al., 2012) y los trastornos del estado de ánimo como la depresión y la ansiedad (Machado et al., 2014). Sin embargo, los resultados de los estudios realizados no son conclusivos. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud de Brasil, la prevalencia de LME era más elevada entre familias con mayor nivel educativo y mayores recursos económicos (Flores et al., 2017). Franca Araujo de et al. (2007) y Venancio et al. (2002) también en Brasil, encontraron que un bajo nivel educativo era un factor de riesgo para no practicar la LME hasta los 4 meses de edad. En el estudio prospectivo de Woolhouse et al. (2016) en Australia, de 1507 mujeres que dieron a luz en hospitales públicos el tener menor edad y menor nivel educativo estuvo asociado con falta de lactancia a los 6 meses. En la India, se determinó que la edad materna por debajo de los 20 años constituía un factor de riesgo para cesación temprana de la lactancia (Chudasama et al., 2009), mientras que en Nueva Zelanda (Castro et al., 2017) encontraron que las madres de entre 20 y 29 años de edad tenían mayor probabilidad de amamantar más allá de los 6 meses.

La relación entre la etnicidad y las prácticas de lactancia materna fueron analizadas mayormente en investigaciones de países de altos ingresos. Mckinney et al. (2016) reportaron que en Estados Unidos las mujeres hispanas que hablaban español tenían mayor probabilidad de iniciar y mantener la lactancia materna, seguidas por las madres hispanas que hablaban inglés, mientras que la menor probabilidad de amamantar la presentaban las madres afroamericanas. Contrariamente, Lee et al. (2009) encontraron que en Filadelfia, USA, las madres afroamericanas que habían nacido fuera de Estados Unidos y las madres Hispanas, que en su mayoría eran también inmigrantes, tenían mayor probabilidad de amamantar, en comparación a las madres de raza blanca no hispanas. En el norte de Brasil, las mujeres de descendencia africana y de menor nivel socioeconómico tienen mayores niveles de amamantamiento (Flores et al., 2017). Jones et al. (2015) en base a una revisión bibliográfica reportaron que en Estados Unidos las mujeres de minorías étnicas presentan menor probabilidad de amamantar.

Otro aspecto que ha sido considerado en relación a la lactancia materna son los problemas de trastorno del estado de ánimo como la depresión y la ansiedad que son comunes en el período postnatal. En el estudio prospectivo de Woolhouse et al. (2016), en Australia, las mujeres que reportaron síntomas depresivos a los tres meses del parto, tuvieron menores tasas de LM a los 6 meses. Silva et al. (2017) en el noreste de Brasil, encontraron que la falta de LME estaba asociada a la depresión postparto. Dias y Figueiredo (2015) realizaron una revisión de la literatura, encontrando que la depresión durante el embarazo y luego del parto estaba asociada a una menor duración de la lactancia. Sin embargo Haga et al. (2017) en Noruega, no encontraron que los síntomas depresivos en el período prenatal y a los 4 y 6 meses postparto, no predijeron la práctica de la lactancia a los 4, 6 y 12 meses. En un estudio prospectivo realizado en Finlandia, los síntomas depresivos no estuvieron asociados al inicio de la LM pero los síntomas depresivos en el período prenatal predecían síntomas en el período postnatal y estos a su vez estaban asociados a una duración más corta de la lactancia (Ahlqvist-Björkroth et al., 2016). Los síntomas depresivos pueden producir dificultades en la vinculación madre-hijo/a por lo que éste podría ser un mecanismo que influye sobre la LM (Kerstis et al., 2016). Field (2017) realizó una revisión de literatura sobre la ansiedad prenatal, reportando que la prevalencia de la ansiedad prenatal es también importante estimándose en entre el 21% y el 25% y está asociada a una disminución de la práctica de la LM. La evidencia sobre la relación entre la lactancia materna y factores demográficos y psicosociales no es concluyente y pareciera que esta relación está influenciada por rasgos propios, económicos, sociales y culturales de cada grupo, que pueden jugar un rol importante tanto en proporcionar apoyo social, como potencialmente presentar barreras.

En este estudio se examina la relación entre las características demográficas maternas y la presencia de síntomas depresivos y de ansiedad, con la práctica de la lactancia en madres participantes de programas de salud materno-infantil en el NOA.

### **Ubicación del estudio**

El estudio se aplicó en Centros de Atención Primaria de Salud efectores de programas de atención materno-infantil de las ciudades capitales en las provincias de Santiago del Estero, Catamarca, Tucumán y Jujuy. Estas provincias están ubicadas periféricamente con respecto a Buenos Aires, la ciudad capital. Esto se ve reflejado

en los índices de necesidades básicas insatisfechas que son elevados en comparación a regiones centrales del país: Catamarca 14,6; Jujuy 18,1; Salta 23,7; Santiago del Estero 22,7 comparado con un 0,7 para la ciudad de Buenos Aires y un 11,2 para la provincia de Buenos Aires. La población de 0 a 5 años se estimaba en 39270 para Catamarca, 73351 para Jujuy, 24505 para Tucumán, 145352 para Salta y 103294 para Santiago del Estero (INDEC Censo 2010).

### **Materiales y Métodos**

Se utilizó un diseño transversal retrospectivo. El estudio se llevó a cabo en el año 2014, en Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) de las ciudades capitales en las provincias de Santiago del Estero, Catamarca, Tucumán y Jujuy. Se seleccionaron aleatoriamente 16 CAPS en forma proporcional al total existente en cada ciudad, 75, 51, 35 y 24 respectivamente. Se incluyó a todas las madres concurrentes a los CAPS desde un día de inicio designado, hasta completar la cuota de 300 para cada provincia. Las entrevistadoras explicaron el contenido de la hoja de consentimiento informado y solicitaron el consentimiento de las participantes. Se aplicó un cuestionario de aproximadamente 30 minutos de duración, en la clínica o en el hogar. El protocolo de este estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy. El cuestionario se desarrolló en base a instrumentos existentes y a ítems elaborados por nuestro equipo de investigación.

### **Variables de exposición**

Se trabajó con las características demográficas y la presencia de síntomas depresivos y de ansiedad en la madre como variables de exposición. La edad de la madre se clasificó en las categorías de 14 a 20, de 21 a 29, y 30 a 47. El estado civil se categorizó en soltera, separada, divorciada o viuda, y en casada o viviendo en pareja. Para el nivel educativo se utilizaron tres categorías, hasta primaria completa o incompleta, secundaria completa o incompleta, y terciario o universitario completo o incompleto. La autoidentificación étnica se definió como Indígena o mezcla de Indígena y Europea, o Europea. Se clasificó la situación ocupacional como trabajo formal, ama de casa o estudiante, y trabajo informal o desocupada. La depresión y la ansiedad son los problemas de salud mental que más comúnmente se observan en el ámbito hospitalario y de la atención primaria de salud. Sin embargo, del nivel de detección es bajo debido a la poca practicidad de las herramientas de diagnóstico.

En las últimas décadas se han desarrollado cuestionarios ultra cortos que incluyen de una a tres preguntas, con resultados satisfactorios (Konstantakopoulos et al., 2013). En este estudio aplicamos una pregunta tomada del screener para depresión del ICD10 *Major Depression Inventory* (Bech et al. 2001), ¿En los últimos 12 meses (un año) se sintió triste por lo menos durante dos semanas, y no pudo hacer sus actividades normales o hacer las cosas que tenía que hacer? Utilizamos también como screener una pregunta de ansiedad percibida, ¿En el último año se sintió más nerviosa o ansiosa que las personas de su edad? El reporte sobre síntomas de depresión y ansiedad se categorizaron como sí versus no.

#### Variables de resultado

Se preguntó a las madres si comenzaron a amamantar el día del nacimiento de su hijo/a, durante cuánto tiempo amamantaron, si utilizaron solamente leche materna, solamente fórmula o ambos tipos de leche. El uso de leche materna exclusiva se categorizó en forma binaria como leche materna solamente, y como leche materna y fórmula o fórmula solamente. El inicio de la lactancia se categorizó como durante el día del nacimiento o después. Se construyeron dos variables para categorizar la duración de la lactancia, hasta los 6 meses versus 6 meses o más, y hasta los 12 meses versus más de 12 meses.

#### Covariables

Se categorizó el sexo de los niños/as como varón o mujer y la edad en meses, en menos de 12, y de 13 a 36. Se consideró el tiempo de gestación como a término, y como antes o después de término. El tipo de parto se categorizó como normal o como cesárea.

#### Análisis de datos

El análisis de datos se realizó con el programa computarizado STATA 14.0. Se realizaron tabulaciones con tablas de doble entrada, del sexo del niño/a por variables demográficas y psicosociales de la madre, prácticas de lactancia materna, variables demográficas y factores perinatales del niño. Se construyeron tablas de doble entrada con las variables de prácticas de lactancia materna por variables demográficas, psicosociales y perinatales. Se calculó el test de Chi cuadrado y el

valor de  $p$ . Se construyeron modelos de regresión logística multivariada cada uno con una de las variables de exposición, inicio de la lactancia, duración de la lactancia y LME. Se incluyeron como variables de exposición las características demográficas de la madre (edad, etnicidad, estado civil, nivel educativo, situación ocupacional) y presencia de síntomas depresivos o de ansiedad. Se incluyeron como covariables el sexo y la edad del hijo/a, el tiempo de gestación y el tipo de parto. Se calcularon odds ratios e intervalos de confianza del 95%.

## Resultados

### Descripción de la muestra

La Tabla 1 muestra las características demográficas de madres y niños/as. Aproximadamente el 50% de los niños era menor de 12 meses de edad. Más de dos tercios de las madres era mayor de 20 años, algo más del 10% tenía nivel educativo primario completo o incompleto y cerca del 20% tenía trabajo informal. Si bien algo más del 80% de los niños/as había iniciado la lactancia durante el día del nacimiento, el porcentaje de niños que había recibido LM durante 12 meses o más, y el porcentaje que había recibido LME rondaba el 40% (Tabla 1).

### Análisis bivariado

La Tabla 2 muestra los resultados del análisis bivariado. El porcentaje de niños/as varones que iniciaron la lactancia durante el día de nacimiento fue significativamente menor que el de las mujeres. El porcentaje de madres que inició la lactancia durante el día del nacimiento fue mayor entre las mujeres casadas o viviendo en pareja y entre quienes eran amas de casa o estudiantes, y fue menor entre quienes tenían nivel educativo terciario o superior. En cuanto a los factores perinatales, encontramos una asociación positiva del inicio de la lactancia materna con la gestación a término y con el parto normal.

El tiempo de duración de la lactancia materna estuvo asociado significativamente con la etnicidad, los síntomas depresivos y el tiempo de gestación. Encontramos una relación positiva entre tener una edad menor a 30 años y la LME, y una asociación negativa con los síntomas de depresión y de ansiedad.

En cuanto a los factores perinatales, una mayor proporción de niños/as nacidos/as a término y mediante parto normal, iniciaron la lactancia durante el día de

**Tabla 1.**

Características demográficas, factores perinatales y prácticas de lactancia por sexo del hijo/a.

(Fuente: Elaboración propia)

	<b>Sexo (N=606)</b>			<b>Chi cuadrado p</b>
	<b>Varón N (%)</b>	<b>Mujer N (%)</b>	<b>Total N (%)</b>	
<b>Características del hijo/a</b>				
<b>Edad en meses</b>				0,725
< 12	50,3	53,6	52,0	
12 a 24	26,2	23,9	25,1	
25 a 36	23,3	22,5	22,9	
<b>Características de la madre</b>				
<b>Edad en años</b>				0,,713
14-20	25,3	23,0	24,2	
21-29	51,9	51,9	51,9	
30-47	22,7	25,1	23,9	
<b>Etnicidad</b>				0,491
Indígena ó Indígena y Europeo	23,3	23,7	23,5	
Europeo/otros	76,7	76,3	76,5	
<b>Estado civil</b>				0,511
Casada/unión de hecho	61,6	65,9	63,7	
Soltera	35,5	45,2	33,3	
Separada/viuda	2,9	3,1	3,0	
<b>Nivel Educativo</b>				0,226
Primaria completa o incompleta	11,3	14,9	13,0	
Secundaria completa o incompleta	72,0	72,3	72,2	
Terciario/universitario completos o incompletos	11,7	12,8	14,8	
<b>Situación ocupacional</b>				0,408
Trabajo formal	59 (19,2)	52 (17,8)	111 (18,5)	
Ama de casa/estudiante	202 (65,6)	205 (70,2)	407 (67,8)	
Trabajo informal/desocupada	47 (7,8)	35 (5,8)	82 (13,7)	
<b>Síntomas depresivos</b>				0,037
Sí	111 (36,3)	82 (28,3)	193 (32,4)	
No	195 (63,7)	208 (71,7)	403 (67,6)	
<b>Síntomas de ansiedad</b>				0,582
Sí	136 (44,3)	122 (42,1)	258 (43,2)	
No	171 (55,7)	168 (57,9)	339 (56,8)	
<b>Características perinatales</b>				
<b>Tiempo de gestación</b>				0,258
A término	71,7	77,5	74,5	
Antes de término	20,3	15,7	18,0	
Después de término	8,0	6,8	7,5	
<b>Parto</b>				0,007*
Normal	47,1	57,3	52,1	
Cesárea	52,9	42,7	47,9	
<b>Lactancia</b>				
<b>Inicio</b>				0,010*
En el día de nacer	80,0	87,8	83,8	
Después del día de nacer	20,0	12,2	16,2	
<b>Duración</b>				0,669
< 6 meses	10 (9,8)	6 (7,2)	16 (8,6)	
6-11 meses	48 (47,1)	44 (53,0)	92 (49,7)	
≥12 meses	44 (43,1)	33 (39,8)	77 (41,6)	
<b>Leche materna exclusiva</b>				0,036*
Sí	39,3	45,5	42,3	
No	60,7	51,5	57,7	

su nacimiento. También encontramos una asociación positiva del nacimiento a término, con la duración de la lactancia y la LME.

### Análisis multivariado

En los modelos de regresión logística multivariada la probabilidad de iniciar la lactancia durante el día de nacer fue menor entre las mujeres solteras separadas o viudas en comparación a las que tenían pareja y entre quienes reportaron síntomas de ansiedad (Tabla 3). Mientras que la probabilidad fue mayor entre quienes eran amas de casa o estudiantes en comparación con quienes tenían trabajo formal. La probabilidad de amamantar solamente hasta los 6 meses fue mayor entre quienes reportaron síntomas de depresión. Mientras que la probabilidad de amamantar durante 12 meses o más fue mayor entre las madres de hasta 30 años de edad y entre quienes se identificaron como Indígena o como Indígena y europea. La probabilidad de practicar LME fue menor entre quienes reportaron síntomas de depresión. Los niños nacidos a término presentaron mayor probabilidad de iniciar la lactancia durante el día de nacer y de recibir LME.

### Discusión

De los resultados del análisis multivariado surge que para la LME, la edad entre 21 y 29 años es un factor positivo. Nuestros resultados coinciden con lo reportado por Castro et al. (2017) respecto a la edad, mientras que Chudasama et al. (2009) reportaron lo contrario. En concordancia con Hamada et al. (2017) encontramos una menor duración del amamantamiento entre madres con empleo. Sin embargo Zielinska y Hamulka (2017) no encontraron relación entre LME y trabajo materno en análisis multivariado.

En esta muestra no encontramos una relación entre las prácticas de lactancia materna y el nivel educativo, como ha sido reportado en otros estudios (Hamada et al., 2017; França et al., 2007; Flores et al., 2017; Venancio et al., 2002). Estudios realizados mayormente en Estados Unidos han mostrado que existen diferencias significativas en la práctica de la lactancia materna entre mujeres de distintos grupos étnicos (Lee et al., 2009; McKinney et al., 2016). Nuestros resultados son concordantes en cuanto encontramos que la etnicidad Indígena era un factor asociado a la prolongación de la lactancia.

**Tabla 2.**

Características demográficas, factores perinatales y prácticas de lactancia

(Fuente: Elaboración propia).

	Inicio de la Lactancia (N=592)			Chi cuadrado <i>p</i>
	Al día de nacer	Después del día de nacer	Total	
<b>Características demográficas del hijo/a</b>				
<b>Sexo</b>				
Varón	244 (49,2)	61 (63,5)	305 (51,5)	0,007*
Mujer	252 (50,8)	35 (36,5)	287 (48,5)	
<b>Edad en meses</b>				
0 a <12	383 (77,2)	73 (76,0)	456 (77,0)	0,447
12 a 36	113 (22,8)	23 (24,0)	136 (23,0)	
<b>Características sociodemográficas de la madre</b>				
<b>Edad en años</b>				
14-20	125 (25,5)	19 (20,2)	144 (24,6)	0,182
21-29	256 (52,1)	46 (48,9)	302 (51,0)	
30-47	110 (22,4)	29 (30,9)	139 (23,8)	
<b>Etnicidad</b>				
Indígena ó Indígena y europeo	111 (23,5)	23 (26,1)	134 (23,9)	0,339
Europeo/otros	362 (76,5)	65 (73,9)	427 (76,1)	
<b>Estado civil</b>				
Soltera/separada/viuda	165 (33,7)	43 (45,3)	208 (35,6)	0,022*
Casada/unión de hecho	324 (66,3)	52 (54,7)	376 (64,4)	
<b>Nivel educativo</b>				
Hasta primaria completa	62 (13,1)	10 (11,4)	72 (12,8)	0,044*
Secundaria incompleta/incompleta	349 (73,5)	57 (64,8)	406 (72,1)	
Terciario/universitario completos o incompletos	64 (13,5)	21 (23,9)	85 (15,1)	
<b>Ocupación</b>				
Trabajo formal	84 (17,1)	23 (24,2)	107 (18,3)	0,028*
Ama de casa/estudia	347 (70,7)	54 (56,8)	401 (68,4)	
Trabajo informal/desocupado	60 (12,2)	18 (18,9)	78 (13,3)	
<b>Síntomas de Depresión</b>				
Sí	144 (29,3)	45 (48,9)	189 (32,4)	0,000*
No	347 (70,7)	47 (51,5)	394 (67,6)	
<b>Síntomas de Ansiedad</b>				
Sí	188 (38,3)	63 (67,7)	251 (43,0)	0,000*
No	303 (61,7)	30 (32,3)	333 (57,0)	
<b>Factores perinatales</b>				
<b>Tiempo de gestación</b>				
A término	391 (79,1)	46 (47,9)	437 (74,1)	0,000*
Antes o después de término	103 (20,9)	50 (52,1)	153 (25,9)	
<b>Parto</b>				
Normal	271 (54,7)	38 (39,6)	309 (52,3)	0,004*
Cesárea	224 (45,3)	58 (60,4)	282 (47,7)	

	Duración de la lactancia (N=185)			Chi cuadrado <i>p</i>
	≤ 6 meses	> 6 meses	Total	
<b>Características demográficas del hijo/a</b>				
<b>Sexo</b>				
Varón	24 (51,1)	78 (56,5)	102 (55,1)	0,315
Mujer	23 (48,9)	60 (43,5)	83 (44,9)	
<b>Edad en meses</b>				
0 a <12	26 (55,3)	53 (38,4)	79 (42,7)	0,032*
12 a 36	21 (44,7)	85 (61,6)	106 (57,3)	
<b>Características sociodemográficas de la madre</b>				
<b>Edad en años</b>				
14-20	7 (14,9)	19 (13,9)	26 (14,1)	0,205
21-29	22 (46,8)	83 (60,6)	105 (57,1)	
30-47	18 (38,3)	35 (25,5)	53 (28,8)	
<b>Etnicidad</b>				
Indígena ó Indígena y europeo	2 (4,3)	28 (22,0)	30 (17,3)	0,004*
Europeo/otros	44 (95,7)	99 (78,0)	143 (82,7)	
<b>Estado civil</b>				
Soltera/separada/viuda	13 (27,7)	39 (28,5)	52 (28,3)	0,538
Casada/unión de hecho	34 (72,3)	98 (71,5)	132 (71,7)	
<b>Nivel educativo</b>				
Hasta primaria completa	8 (17,4)	15 (11,3)	23 (12,8)	0,487
Secundaria incompleta/incompleta	29 (63,0)	95 (71,4)	124 (69,3)	
terciario/universitario completos o incompletos	9 (19,6)	23 (17,3)	32 (17,9)	
<b>Ocupación</b>				
Trabajo formal	12 (25,5)	22 (16,1)	34 (18,5)	0,297
Ama de casa/estudia	26 (55,3)	91 (66,4)	117 (63,6)	
Trabajo informal/desocupado	9 (19,1)	24 (17,5)	33 (17,9)	
<b>Síntomas de Depresión</b>				
Sí	19 (42,2)	34 (25,2)	53 (29,4)	0,025*
No	26 (57,8)	101 (74,8)	127 (70,6)	
<b>Síntomas de Ansiedad</b>				
Sí	24 (53,3)	59 (32,8)	83 (46,1)	0,171
No	21 (46,7)	76 (56,3)	97 (53,9)	
<b>Factores perinatales</b>				
<b>Tiempo de gestación</b>				
A término	31 (67,4)	27 (19,6)	42 (22,8)	0,055
Antes o después de término	15 (32,6)	27 (19,6)	42 (22,8)	
<b>Parto</b>				
Normal	27 (57,4)	(56,5)	105 (56,8)	0,525
Cesárea	20 (42,6)	60 (43,5)	80 (43,2)	

<b>Duración de la lactancia (N=185)</b>				<b>Chi cuadrado p</b>
	<b>≤ 12 meses</b>	<b>&gt; 12 meses</b>	<b>Total</b>	
<b>Características demográficas del hijo/a</b>				
<b>Sexo</b>				0,377
Varón	58 (53,7)	44 (57,1)	102 (55,1)	
Mujer	50 (46,3)	33 (42,9)	83 (44,9)	
<b>Edad en meses</b>				0,000*
0 a <12	61 (56,5)	18 (23,4)	79 (42,7)	
12 a 36	47 (43,5)	59 (76,6)	106 (57,30)	
<b>Características sociodemográficas de la madre</b>				
<b>Edad en años</b>				0,075
14-20	14 (13,0)	12 (15,8)	26 (14,1)	
21-29	56 (51,9)	49 (64,5)	105 (57,1)	
30-47	38 (35,2)	15 (19,7)	53 (28,8)	
<b>Etnicidad</b>				0,000*
Indígena/Indígena y europeo	7 (6,9)	23 (32,4)	30 (17,6)	
Europeo/otros	95 (93,1)	48 (67,6)	143 (82,7)	
<b>Estado civil</b>				0,366
Soltera/separada/viuda	29 (26,9)	23 (30,3)	52 (28,3)	
Casada/unión de hecho	79 (73,1)	53 (69,7)	132 (71,7)	
<b>Nivel educativo</b>				0,197
Hasta primaria completa	17 (15,9)	6 (8,3)	23 (12,8)	
Secundaria incompleta/incompleta	69 (64,5)	55 (76,4)	124 (69,3)	
Terciario/universitario completo o incompleto	21 (19,6)	11 (15,3)	32 (17,9)	
<b>Ocupación</b>				0,921
Trabajo formal	21 (19,4)	13 (17,1)	34 (18,5)	
Ama de casa/estudia	68 (63,0)	49 (64,5)	117 (63,6)	
Trabajo informal/desocupado	19 (17,6)	14 (18,4)	33 (17,9)	
<b>Síntomas de Depresión</b>				0,518
Sí	31 (29,8)	22 (28,8)	53 (29,4)	
No	73 (70,2)	54 (71,1)	127 (70,6)	
<b>Síntomas de Ansiedad</b>				0,221
Sí	51 (49,0)	32 (42,1)	83 (46,1)	
No	53 (51,0)	44 (57,9)	97 (53,9)	
<b>Factores perinatales</b>				
<b>Tiempo de gestación</b>				0,014*
A término	76 (71,0)	66 (85,7)	142 (77,2)	
Antes o después de término	31 (29,0)	11 (14,3)	42 (22,8)	
<b>Parto</b>				0,525
Normal	61 (56,5)	44 (57,1)	105 (56,8)	
Cesárea	47 (43,5)	33 (42,9)	80 (43,2)	

Características demográficas del hijo/a	LME (N=606)			Chi cuadrado <i>p</i>
	Sí	No	Total	
<b>Sexo</b>				0,129
Varón	131 (48,9)	182 (53,8)	313 (51,7)	
Mujer	137 (51,1)	156 (46,2)	293 (48,3)	
<b>Edad en meses</b>				0,167
<12	212 (79,1)	255 (75,4)	467 (77,1)	
12 a 36	56 (20,9)	83 (24,6)	139 (22,9)	
<b>Características sociodemográficas de la madre</b>				
<b>Edad en años</b>				0,024*
14-20	78 (29,4)	67 (20,1)	145 (24,2)	
21-29	131 (49,4)	180 (57,9)	311 (51,9)	
30-47	56 (21,1)	87 (26,0)	143 (23,9)	
<b>Etnicidad</b>				0,242
Indígena/Indígena y europeo	64 (25,1)	71 (22,3)	135 (23,5)	
Europeo/otros	191 (74,9)	248 (77,7)	438 (76,5)	
<b>Estado civil</b>				0,293
Soltera/separada/viuda	100 (37,7)	117 (35,2)	217 (36,3)	
Casada/unión de hecho	165 (62,3)	215 (64,8)	380 (63,7)	
<b>Nivel educativo</b>				0,072
Hasta primaria completa	31 (12,1)	44 (13,8)	75 (13,0)	
Secundaria incompleta/incompleta	196 (76,6)	219 (68,7)	415 (72,2)	
Terciano/universitario completo o incompleto	29 (11,3)	56 (17,6)	85 (14,8)	
<b>Ocupación</b>				0,107
Trabajo formal	40 (15,1)	71 (21,2)	111 (18,5)	
Ama de casa/estudia	191 (72,1)	216 (64,5)	407 (67,8)	
Trabajo informal/desocupado	34 (12,8)	48 (14,3)	82 (13,7)	
<b>Síntomas de Depresión</b>				0,001*
Sí	67 (25,3)	126 (38,1)	193 (32,4)	
No	198 (74,7)	205 (61,9)	403 (67,6)	
<b>Síntomas de Ansiedad</b>				0,002*
Sí	297 (36,6)	161 (48,5)	258 (43,2)	
No	168 (63,4)	171 (51,5)	339 (6,8)	
<b>Factores perinatales</b>				
<b>Tiempo de gestación</b>				0,003*
A término	215 (80,2)	235 (69,9)	450 (74,5)	
Antes o después de término	53 (19,8)	101 (30,1)	154 (25,5)	
<b>Parto</b>				0,017*
Normal	153 (57,1)	162 (48,1)	315 (52,1)	
Cesárea	115 (42,9)	175 (51,9)	290 (47,9)	

**Tabla 3.**

Regresión logística multivariada de características demográficas y prácticas de lactancia materna (Fuente: Elaboración propia).

	<b>Inicio de lactancia</b> Día de nacimiento vs. más de un día de nacimiento	<b>Duración de la lactancia</b> Hasta 6 meses vs. > de 6 meses	<b>Duración de la lactancia</b> <12 meses vs. ≥12 meses	<b>LME</b> Sí vs. No
	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
<b>Características sociodemográficas de la madre</b>				
<b>Edad en años</b>				
14-20	1,4 (0,7-2,8)	1,4 (0,5-4,6)	4,2 (1,1-16,3)*	0,8 (0,6-1,1)
21-29	1,6 (0,7-3,6)	0,5 (0,2-1,9)	3,1 (1,2-8,2)*	1,0 (0,7-1,5)
30-47	1	1	1	1
<b>Etnicidad</b>				
Indígena ó Ind. y europeo	1,2 (0,6-2,2)	0,2 (0,04-2,5)	5,8 (2,0-16,8)*	1,3 (0,8-1,9)
Europeo/otro	1	1	1	1
<b>Estado Civil</b>				
Soltera, separada ó viuda	0,5 (0,3-0,9)*	0,8 (0,3-2,0)	1,0 (0,5-2,3)	1,0 (0,7-1,5)
En pareja	1	1	1	1
<b>Nivel educativo</b>				
Hasta primaria completa o incompleta	1,2 (0,5-2,8)	1,6 (0,5-5,1)	0,7 (0,2-3,2)	1,1 (0,6-2,3)
Hasta secundaria completa o incompleta	1,6 (0,6-4,3)	1,3 (0,3-5,1)	1,4 (0,5-7,0)	1,3 (0,8-2,2)
Terciario o secundario completo o incompleto	1	1	1	1
<b>Situación Ocupacional</b>				
Trabajo formal	0,9 (0,5-1,9)	1,6 (0,5-5,1)	1,7 (0,4-7,0)	1,0 (0,5-2,0)
Ama de casa/estudia	2,7 (1,1-6,7)*	0,6 (0,2-2,5)	2,2 (0,8-6,2)	1,5 (0,9-2,5)
Trabajo informal o desocupada	1	1	1	1
<b>Síntomas de depresión</b>				
Sí	0,7 (0,4-1,3)	3,2 (1,1-9,3)*	0,8 (0,3-2,4)	0,6 (0,4-0,9)*
No	1	1	1	1
<b>Síntomas de ansiedad</b>				
Sí	0,3 (0,2-0,6)*	0,9 (0,3-2,5)	0,9 (0,3-2,2)	0,8 (0,5-1,2)
No	1	1	1	1
<b>Características demográficas del hijo/a</b>				
<b>Sexo</b>				
Varón	0,7 (0,4-1,3)	0,7 (0,3-1,7)	1,1 (0,5-2,3)	0,8 (0,6-1,1)
Mujer	1	1	1	1
<b>Edad en meses</b>				
Hasta 12	1,2 (0,7-2,1)	0,6 (0,3-1,2)	0,2 (0,3-1,7)	1,2 (0,8-1,7)
13 a 36	1	1	1	1
<b>Factores perinatales</b>				
<b>Nacimiento</b>				
A término	3,7 (2,1-6,4)*	0,4 (0,2-1,1)	2,4 (0,9-6,5)	1,6 (1,0-2,5)*
Antes o después de término	1	1	1	1
<b>Parto</b>				
Normal	1,2 (0,7-2,1)	0,6 (0,2-1,3)	0,7 (0,3-1,7)	1,2 (0,8-1,7)
Cesárea	1	1	1	1

Según nuestro estudio la percepción de ser ansiosa estuvo inversamente relacionada con el inicio de la lactancia en el día del nacimiento, mientras que la sintomatología depresiva estuvo inversamente relacionada con la práctica de la LME. Según Field (2017) La ansiedad postparto es un fenómeno común durante la hospitalización por maternidad y está asociada una reducción de la duración de la lactancia. Woolhouse et al. (2016) reportaron una relación inversa entre la depresión y la continuación de la lactancia materna, mientras que Haga et al. (2017) y Ahlqvist-Björkroth et al. (2016) no encontraron una relación significativa. En una revisión bibliográfica Dias y Figueredo (2015) concluyeron que los síntomas depresivos predicen la duración de la LME pero no el inicio.

La bibliografía sobre factores demográficos y psicosociales relacionados con la lactancia materna, a la que se suman nuestros resultados, muestra que los resultados no son totalmente conclusivos y que los factores de riesgo y protectores pueden variar en distintas poblaciones. La relevancia de conocer sobre por qué se produce la adherencia o no a las recomendaciones sobre la práctica de la LME, radica en que este conocimiento puede guiar las intervenciones destinadas a la promoción de estas prácticas. Las características de la evidencia disponible indican que los programas de promoción de la LME deben tener un diseño adaptado a poblaciones particulares. En nuestra población con características multiétnicas, la etnicidad surge como un factor que amerita ser estudiado en mayor profundidad, para comprender los mecanismos a través de los cuales se relaciona con la lactancia materna, incluyendo aspectos culturales y socioeconómicos. El rol de la sintomatología de problemas de salud mental en las prácticas de lactancia materna pone de relieve la importancia del desarrollo de abordajes integrales en los que se trabajen no solo aspectos informativos o educativos, sino también mecanismos de apoyo social para las mujeres que afrontan limitaciones particulares.

#### Limitaciones del estudio

El diseño de este estudio transversal no permite evaluar relaciones de causa efecto. Se presentan también limitaciones en cuanto a la información relevada dado que la información proviene de reportes de las participantes. No contamos con información sobre el consumo de agua, té u otros líquidos durante el periodo de lactancia. Tampoco podemos determinar si la sintomatología de salud mental se inició antes o después del parto.

## Conclusión

En este estudio examinamos la relación entre factores sociodemográficos y la práctica de la LM en una población de madres participantes de programas de salud materno-infantil en cuatro provincias del noroeste argentino. El ser ama de casa o estudiante estuvo positivamente relacionado con el inicio de la LM, mientras que el reportar síntomas de ansiedad estuvo relacionado negativamente. Los síntomas depresivos incrementaban la probabilidad de practicar la LM por menos de 6 meses. Las madres de menos de 30 años y quienes se identificaron como Indígena o Indígena y europea mostraron mayor probabilidad de continuar la LM hasta los 12 meses o más. La probabilidad de practicar la LME fue menor en madres con síntomas depresivos. Conocer la adherencia o no a las recomendaciones sobre la práctica de la LM, puede guiar las intervenciones destinadas a la promoción de estas prácticas.

## Bibliografía

- Abeyá Gilardon, E.; Albaizeta, D.; Calvo, E.; Mangialavori, G. y Tenisi, M. (2011) Situación de la lactancia materna en Argentina año 2011. Buenos Aires. Recuperado el 2 de marzo de 2018, de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000215cnt-a11a-Situacion-de-la-lactancia-materna-2011.pdf>.
- Ahlqvist-Björkroth, S.; Vaarno, J.; Junntila, N.; Pajulo, M.; Räihä, H.; Niinikoski, H. y Lagström, H. (2016) Initiation and exclusivity of breastfeeding: association with mothers' and fathers' prenatal and postnatal depression and marital distress. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 95 (4), 396-404.
- Bech, P.; Rasmussen, NA.; Raabaek Olsen, L.; Noerholm, V. y Abildgaard, W. (2001) The Sensitivity and specificity of the major depression inventory, using the present state examination as the index of diagnostic validity. *Journal of Affective Disorders*, 66, 159-64.
- Berra, S.; Sabulsky, J.; Rajmil, L.; Passamonte, R.; Pronsato, J. y Butinof, M. (2007) Correlates of breastfeeding duration in an urban cohort from Argentina. *Acta Paediatrica*, 92 (8), 952-57 Blackwell Publishing Ltd.
- Brown, KH.; Black, R.E.; Lopez de Romaña, G. y Creed de Kanashiro, H. (1989) Infant-feeding practices and their relationship with diarrheal and other diseases in Huascar (Lima), Peru. *Pediatrics*, 83 (1). Recuperado el 2 de marzo de 2018, de <http://pediatrics.aappublications.org/content/83/1/31.short>.
- Castillo, C.; Atalah, E.; Riumallo, J. y Castro, R. (1996) Breast-feeding and the nutritional

- status of nursing children in Chile. Recuperado el 2 de marzo de 2018, de <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/27615>.
- Castro, T.; Grant, C.; Wall, C.; Welch, M.; Marks, E.; Fleming, C.; Teixeira, J.; Bandara, D.; Berry, S. y Morton, S. (2017) Breastfeeding indicators among a nationally representative multi-ethnic sample of New Zealand children. *The New Zealand Medical Journal*, 130 (1466), 34–44.
- Chudasama, R.K.; Patel, PC. y Kavishwar, A.B. (2009) Determinants of exclusive breastfeeding in south Gujarat region of India. *Journal of Clinical Medicine Research*, 1 (2), 102–8.
- Cusminsky, M.; Moreno, E.M. y Suarez Ojeda, E.N. (1988) Crecimiento y desarrollo: hechos y tendencias. OPS. Publicación Científica, 510. Recuperado el 2 de marzo de 2018, de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=86212&indexSearch=ID>.
- Dias Castro, C. y Figueiredo, B. (2015) Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 171, 142–54.
- Dimond, H.J. y Ashworth, A. (1987) Infant feeding practices in Kenya, Mexico and Malaysia. the rarity of the exclusively breast-fed infant. *Human Nutrition. Applied Nutrition*, 41 (1), 51–64.
- Eidelman, A.I. (2012) Breastfeeding and the use of human milk: an analysis of the American Academy of Pediatrics 2012 breastfeeding policy statement. *Breastfeeding Medicine*, 7 (5).
- Feachem, R.G. y Koblinsky, M.A. (1984) Interventions for the control of diarrheal diseases among young children: promotion of breast-feeding. *Bulletin of the World Health Organization* 62 (2), 271–91.
- Field, T. (2017) Prenatal anxiety effects: a review. *Infant Behavior and Development*, 49, 120–28.
- Flores Ramos, T.; Pereira Nunes, B.; Garcia Neves, R.; Wendt, AT.; Dos Santos Costa, C.; Wehrmeister, F.C. y Dâmaso Bertoldi, A. (2017) Maternal breastfeeding and associated factors in children under two years: the brazilian national health survey, 2013. *Cadernos de Saude Publica*, 33 (11), e00068816.
- França Araujo de, G.V.; Soares Brunken, G.; Da Silva, SM.; Escuder, M.M. y Isoyama Venancio, S. (2007) Determinantes da amamentação no primeiro ano de vida em Cuiabá, Mato Grosso. *Revista de Saúde Pública*, 41 (5), 711–18.
- Gigena, P.C. (2008) Abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los seis meses de edad, en mujeres de Villa Del Rosario, Córdoba, Argentina. *Claves Odontol* 15 (62): 41–46.
- Haga, SM.; Lisøy, C.; Drozd, F.; Valla, L. y Slinning, K. (2017) A Population-based study of

- the relationship between perinatal depressive symptoms and breastfeeding: a cross-lagged panel study. *Archives of Women's Mental Health*, 1–8.
- Hamada, H.; Chala, S.; Barkat, A. y Lakhdar, A. (2017) Assessment of employment's impact on breastfeeding practices. *Archives de Pediatrie: Organe Officiel de La Societe Francaise de Pediatrie*, 24 (8), 720–27.
- Hirschman, C. y Butler, M. (1981) Trends and differentials in breast feeding: an update. *Demography*, 18 (1), 39–54.
- INDEC Censo 2010. Recuperado el 5 de marzo de 2018, de [https://www.indec.gov.ar/nivel4\\_default.asp?id\\_tema\\_1=2&id\\_tema\\_2=41&id\\_tema\\_3=135](https://www.indec.gov.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=2&id_tema_2=41&id_tema_3=135).
- Inoue, M.; Binns, CW.; Otsuka, K.; Jimba, M. y Matsubara, M. (2012) Infant feeding practices and breastfeeding duration in Japan: a review. *International Breastfeeding Journal*, 7 (1), 15.
- Jones, K.M.; Power, M.L.; Queenan, J.T. y Schulkin, J. (2015) Racial and ethnic disparities in breastfeeding. *Breastfeeding Medicine*, 10 (4), 186–96.
- Kerstis, B.; Aarts, C.; Tillman, C.; Persson, H.; Engström, G.; Edlund, B.; Öhrvik, J.; Sylvén, S. y Skalkidou, A. (2016) Association between parental depressive symptoms and impaired bonding with the infant. *Archives of Women's Mental Health*, 19 (1), 87–94.
- Konstantakopoulos, G.; Sofianopoulou, E.; Touloumi, G. y Ploumpidis, D. (2013) Ultra-short questionnaires for the detection of depression and anxiety. *Psychiatrike = Psychiatriki*, 24 (4), 288–97.
- Ladomenou, F.; Moschandreas, J.; Kafatos, A.; Tselentis, Y. y Galanakis, E. (2010) Protective effect of exclusive breastfeeding against infections during infancy: a prospective study. *Archives of Disease in Childhood*, 95 (12), 1004–8.
- Lee, HJ.; Elo, I.T.; Mccollum, K.F. y Culhane, J.F. (2009) Racial/ethnic differences in breastfeeding initiation and duration among low-income inner-city mothers. *Social Science Quarterly*, 90 (5), 1251–71.
- Long, K.Z., Wood, J.W., Vasquez Gariby, E., Weiss, K.M., Mathewson, J.J., De la Cabada, F.J., Dupont, HL, y Wilson, RA (1994) Proportional hazards analysis of diarrhea due to enterotoxigenic escherichia coli and breast feeding in a cohort of urban mexican children. *American Journal of Epidemiology*, 139 (2), 193–205.
- Lutter, CK.; Chaparro, C.M. y Grummer-Strawn, L.M. (2011) Increases in breastfeeding in latin america and the caribbean: an analysis of equity. *Health Policy and Planning*, 26 (3), 257–65.
- Machado, M.C.M., Franklin Assis, K.; De Cássia Carvalho Oliveira, F.; Queiroz Ribeiro, A.; Amaral Araújo, R.M.; Faisal Cury, A.; Priore, S.E. y Do Carmo Castro Franceschini, S. (2014) Determinants of the exclusive breastfeeding abandonment: psychosocial

Madalena Femina Monteban | *Factores asociados con la lactancia materna en madres concurrentes (...)*

- factors. *Revista de Saúde Pública*, 48 (6), 985–94.
- Mardones Santander, F. (1982) Marco histórico para el análisis de las causas del descenso en la práctica de la lactancia materna. *Revista Chilena de Pediatría*, 53 (6), 607–14.
- Margen, S. y Nestlé Infant Formula Audit Commission (1991) Infant feeding in Mexico: a study of health facility and mothers' practices in three regions. Nestlé Infant Formula Audit Commission. Recuperado el 2 de marzo de 2018, de <http://agris.fao.org/agris-search/search.do?recordID=US9524470>.
- Mckinney, C.O.; Hahn-Holbrook, J.; Chase-Lansdale, P.L.; Ramey, S.L.; Krohn, J.; Reed-Vance, M.; Raju, T.N.K.; Shalowitz, M.U. y Community Child Health Research Community Child Health Research Network (2016) Racial and ethnic differences in breastfeeding. *Pediatrics*, 138 (2), e20152388.
- Mcniel, M.E.; Labbok, M.H. y Abrahams, S.W. (2010) What are the risks associated with formula feeding? a re-analysis and review. *Birth*, 37 (1), 50–58.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2010) Guías alimentarias para la población infantil. Buenos Aires. Recuperado el 2 de marzo de 2018, de <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000319cnt-A04-guias-alimentarias-pob-inf-equipos.pdf>.
- Nishioka, E.; Haruna, M.; Ota, E.; Matsuzaki, M.; Murayama, R.; Yoshimura, K. y Murashima, S. (2011) A prospective study of the relationship between breastfeeding and postpartum depressive symptoms appearing at 1-5 months after delivery. *Journal of Affective Disorders*, 133 (3), 553–59.
- Perez-Escamilla, R. (1994) Breastfeeding in Africa and the Latin American and Caribbean Region: the potential role of urbanization. *Journal of Tropical Pediatrics*, 40 (3), 137–43.
- Popkin, B.M.; Adair, L.; Akin, J.S.; Black, R.; Briscoe, J. y Flieger, W. (1990) Breast-feeding and diarrheal morbidity. *Pediatrics*, 86 (6). Recuperado el 2 de marzo de 2018, de <http://pediatrics.aappublications.org/content/86/6/874.short>.
- Sabulsky, J.; Batrouni, L.; Carballo, R.; Reyna, S.; Quiroga, D.; De Roitter, D.; Brizuela, H. y Gorostiaga, H. (1995) Alimentación en el primer mes de vida, por estratos sociales, Córdoba, Argentina. *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana*, 119 (1), 15–27.
- Silva, C.S., Lima, M.C.; Sequeira-De-Andrade, L.A.S.; Oliveira, J.S.; Monteiro, J.S.; Lima, N.M.S.; Santos, R.M.A.B. y Lira, P.I.C. (2017) Association between postpartum depression and the practice of exclusive breastfeeding in the first three months of life. *Jornal de Pediatria (Versão Em Português)*, 93 (4), 356–64.
- Valdes, V.; Pugin, E.; Schooley, J.; Catalán, S. y Aravena, R. (2000) Clinical support can make the difference in exclusive breastfeeding success among working women. *Journal of Tropical Pediatrics*, 46 (3), 149–54.

**Cuadernos** de la Facultad de Humanidades y Cs. Sociales | UNJu, N° 54: 13-37, 2018, ISSN: 0327-1471

Venancio, S.I.; Loureiro Escuder, M.M.; Kitoko, P.; Ferreira Rea, M. y Monteiro, C.A. (2002) Freqüência e determinantes do aleitamento materno em municípios do estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 36 (3), 313–18.

Victora, C.; Vaughan, J.P.; Lombardi, C.; Fuchs, S.M.C.; Gigante, L.; Smith, P.; Nobre, L.; Teixeira, A.; Moreira, L. y Barros, F. (1987) Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *The Lancet*, 330 (8554), 319–22.

WHO y UNICEF (1990) On the Protection, Promotion and Support of Brestfeeding. Declaration Document Adopted at the WHO/UNICEF Policy Makers' Meeting on Breastfeeding in the 1990s: Global Initiative. Held at Spedale Degli Innocenti, Italy. (Vol. 10017). Recuperado el 2 de marzo de 2018, de <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm>.

Woolhouse, H.; James, J.; Gartland, D.; Mcdonald, E. y Brown, S.J. (2016) Maternal depressive symptoms at three months postpartum and breastfeeding rates at six months postpartum: implications for primary care in a prospective cohort study of primiparous women in Australia. *Women and Birth*, 29 (4), 381–87.

Zielinska, M.A. y Hamulka, J. (2017) Reasons for non-exclusive breast-feeding in the first 6 months. *Pediatrics International*.