

## Lactancia materna en España. Resultado de una encuesta de ámbito estatal

C. García Vera\*

J. Martín Calama\*\*

\*Pediatra, Centro de Salud "Teruel".

\*\*Pediatra, Hospital Obispo Polanco y Coordinador del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Teruel.

---

### Resumen

**Objetivo:** Realizar una encuesta de prevalencia de lactancia materna (LM) en el Estado español, con objeto de conocer su frecuencia, y su relación con algunas variables que pueden influir sobre ella.

**Diseño:** Estudio transversal, mediante encuesta practicada por personal sanitario a padres de niños menores de 1 año.

**Ubicación:** Centros de Atención Primaria pediátrica de todo el territorio nacional, que voluntariamente hayan colaborado.

**Pacientes:** Todos los niños menores de un año que durante una quincena preestablecida, acuden a dichos centros para consulta programada o vacunación.

**Intervenciones:** Recogida de datos relativos a duración de LM, y otras variables maternas, prenatales y del recién nacido que presuntamente se relacionan con ella. Medidas de frecuencias, análisis de supervivencia y comparación de proporciones.

**Resultados:** Se recogieron 12.165 encuestas de 18 provincias. La duración media de la LM (exclusiva o suplementada) fue de 3,2 meses (IC 95%, 3,13-3,27 meses). Inician LM un 84,2% de niños, a los 3 meses la reciben un 54,9%, a los 6 meses un 24,8%, y sólo llega al año un 7,2%. Menor porcentaje de LM en los niños varones, pretérminos, con pesos de nacimiento menor de 2.500 grs, procedentes de cesárea, hijos de madres más jóvenes y con menor nivel de estudios.

**Conclusiones:** La frecuencia de LM en España ofrece datos muy mejorables sobre todo en cuanto a su mantenimiento por encima de los 3 y los 6 meses. Las tareas de promoción se deberían centrar sobre los grupos de riesgo revelados por la encuesta.

**Palabras clave:** Lactancia materna, prevalencia, encuesta.

### Abstract

**Objective:** To make an inquiry about the prevalence of breastfeeding (BF) in Spain, which purpose is to know its frequency, and its relationship with some variables that can influence it.

**Design:** Transversal study, through the inquiries made by sanitary staff to the parents whose children were under one year old.

**Setting:** Paediatric primary care centres of Spain that have collaborated voluntarily.

**Patients:** Every child, under 1 year, that went to these centres to healthy examination, or vaccination for one predetermined fortnight.

**Measurements:** Information about the duration of BF, and other maternal, prenatal, and new born's variables that are supposedly connected with it, was taken. Measures about frequency, survival analysis, and comparison of proportions.

**Results:** 12,165 polls were taken in 18 provinces. The average duration of the BF (sole right or supplemented) was of 3.2 months (IC 95%, 3.13-3.27 months). The 84.2% of the children began the BF, the 54.9% of the children went on after three months, the 24.8% continued after six months, and was only kept the 7.2 % of the children at the end of the first year. A less percentage of BF was observed in male children, premie, whose weigh was under 2,500 grams at birth, coming from caesarean operation, and children whose mothers were younger and whit less academic level.

**Conclusions:** The frequency of BF in Spain shows very improbable facts, specially in the keeping over 3 and 6 months. Promotion tasks should be concentrate on risk groups that the inquiry reveals.

**Key words:** breastfeeding, prevalence, inquiry.

## Introducción

La importancia de la lactancia materna (LM) en los niños menores de un año de edad continúa siendo refrendada por las sucesivas investigaciones nutricionales. Hoy por hoy, las ventajas de lactar al pecho siguen siendo irrefutables para el binomio madre/hijo.

No obstante, el número de madres lactadoras, y el tiempo que dan leche materna a sus niños, ha sufrido muchas fluctuaciones durante los últimos años debido a "modas", presiones publicitarias, errores y falta de uniformidad en el quehacer de los profesionales sanitarios, etc.

En nuestro Estado, son pocos los estudios que sobre duración y frecuencia de LM, se han emprendido a nivel global. Sí que se han publicado bastantes estudios relativos a zonas muy concretas<sup>1</sup>, pero hasta la fecha sólo ha habido

tres trabajos editados con intención de ámbito nacional<sup>2,3,4</sup>.

Bastantes países desarrollados tienen establecidos sistemas de registro o encuestas, encaminados a conocer la evolución de la prevalencia de LM en sus niños. Conocer estos datos, y poder estudiar su relación con algunos factores que pueden condicionar su duración, son el objetivo principal de este tipo de investigaciones. En buen número de ellos, son las Instituciones públicas las que dan soporte (fundamentalmente técnico y financiero), a este tipo de estudios.

Recientemente, y a propuesta del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (AEP), se ha llevado a cabo un intento de encuesta nacional, cuyo desarrollo y resultados se exponen a continuación en este artículo. El objetivo fue obtener datos na-

cionales y por provincias, de la prevalencia de LM, así como la relación de ésta con algunos factores que potencialmente pueden condicionarla.

### Material y métodos

Se proyectó practicar un estudio transversal de ámbito provincial y estatal, mediante encuesta practicada por personal sanitario (pediatras, médicos generales desempeñando plaza de pediatras, y personal de enfermería de pediatría), para obtener datos por provincias y globales, y a la vez poder establecer relaciones con factores potencialmente influyentes en la decisión de lactar al pecho y en su duración. Se elaboró una encuesta que recogía las variables que se detallan en la Tabla I. La encuesta se distribuyó por los miembros del Comité de Lactancia de la AEP, que consiguieron la

colaboración de algunos organismos sanitarios autonómicos (Diputación General de Aragón, Junta de Castilla y León, Servei Valencià de Salut), y estatales (INSALUD).

En general, en cada Autonomía de las que finalmente llevaron a cabo la encuesta, los formularios fueron distribuidos en todos los centros de atención pediátrica (públicos y privados) conocidos, con instrucciones para su cumplimentación. Las encuestas debían de ser rellenadas en todos los centros de la misma provincia en una misma quincena (durante el último trimestre de 1997), de manera, que debía ser pasada a todos los niños de menos de 1 año que durante esa quincena acudieran al centro para un control ordinario de salud o a vacunarse (actividad programada).

Los formularios eran devueltos por

---

**Tabla I.** Variables recogidas por la encuesta.

---

Fecha de nacimiento  
Sexo  
Tipo de parto  
Peso nacimiento  
Edad gestacional  
Patología neonatal  
Edad de la madre  
Número de hijos previos  
Trabajo materno  
Baja maternal  
Nivel de estudios  
Lactancia en el momento de la encuesta  
Fecha de abandono del pecho

---

correo por los profesionales de cada centro, y posteriormente se introdujeron todos en una misma base de datos informatizada, para más tarde ser analizados estadísticamente.

El tratamiento estadístico de los datos incluyó medidas de tendencia central y dispersión para cada variable; cálculo de duración media de LM mediante análisis de supervivencia (Kaplan-Meier, asumiendo un máximo de 30% de datos censurados), e interrelación entre las diferentes variables con respecto al tipo

de lactancia mes a mes (Chi cuadrado). El nivel de significación estadística se estableció en un valor de p menor de 0,05.

Se consideró que un niño tomaba LM cuando, al menos, hacía una toma diaria de pecho. Por tanto, cuando se hable de LM, se está incluyendo a lactancias maternas exclusivas junto a las suplementadas con fórmula (mixtas). No hubo uniformidad de criterios suficiente para poder asumir los indicadores relativos a LM propuestos por la OMS<sup>5</sup>.

**Tabla II.** Distribución del número de encuestas por provincias y porcentaje de niños encuestados

Provincian	Nºnactos	% encuestado	
Alicante	1.897	12.843	14,77 %
Asturias	849	6.599	12,86 %
Ávila	158	1.295	12,20 %
Burgos	169	2.395	7,05 %
Cantabria	674	3.756	17,94 %
Castellón	816	4.197	19,44 %
Huesca	292	1.492	19,57 %
León	593	3.273	18,11 %
Madrid	335	46.201	0,72 %
Murcia	70	12.495	0,56 %
Palencia	202	1.260	16,03 %
Salamanca	270	2.695	10,00 %
Segovia	161	1.194	13,48 %
Teruel	76	988	7,69 %
Valencia	2.429	19.398	12,52 %
Valladolid	457	3.731	12,24 %
Zamora	246	1.320	18,63 %
Zaragoza	792	6.821	11,61 %

n: Número de niños encuestados

Nº nactos.: Número de nacimientos anuales (Censo Instituto Nacional de Estadística, 1997).

% encuestado: Porcentaje de encuestados sobre el total de nacimientos.

De la encuesta se obtenía la fecha del nacimiento del niño, el tipo de lactancia en el momento de la encuesta, y la fecha en que abandonó la lactancia materna (si la había abandonado). Con estos datos, se pudo deducir en cada niño y mes a mes si tomaban LM (exclusiva más mixta), o lactancia artificial.

Se recibieron 12.165 encuestas cumplimentadas. De ellas, 1.678 (13,09%)

hubieron de desecharse por errores en la recogida, en la transcripción o por ausencia de datos considerados imprescindibles. Al final el número de encuestas válidas fue de 10.487. El número de encuestas por provincias, junto con el porcentaje de niños encuestados sobre el total de niños nacidos ese año (censo INE 1997, provincial), se ofrecen en la Tabla II.

Tabla III. Características generales de la muestra.

Variable	Grupo	n	%	Variable	Grupo	n	%	
<b>Peso de nacimiento</b>	2,5-3	562	5,4	<b>Hijos previos</b>	Sí	2.611	24,9	
	25-5	2.611	24,9		No	5.204	49,6	
	3-3,5	4.720	45		n.c.	426	4,1	
	3,5-4	2.023	19,3					
	>4	389	3,7					
	n.c.	184	1,8					
<b>Edad gestacional</b>	<37	602	5,9	<b>Edad materna</b>	<25	1.703	16,2	
	37-42	9420	89,8		26-30	4.080	38,9	
	>42	190	1,8		31-35	3.365	32,1	
	n.c.	277	2,6		>35	1.106	10,5	
			n.c.		235	2,2		
<b>Sexo</b>	Varón	5.118	48,8	<b>Trabajo fuera de casa</b>	Sí	3.937	37,5	
	Mujer	4.824	46		No	6.552	62,5	
	n.c.	547	5,2					
<b>Tipo de parto</b>	Eutócico	7.274	69,3	<b>Baja maternal</b>	Ninguna	4.779	45,6	
	Cesárea	1.840	17,5		Más de tres meses	1.272	12,1	
	Forceps	302	6,7		Hasta tres meses	2.616	24,9	
	Ventosa	705	2,9		n.c.	1.822	17,4	
	n.c.	368	3,4					
			<b>Nivel de estudios</b>	Medios	3.378	32,2		
				Primarios	5.161	49,2		
				Superiores	1.510	14,4		
				n.c.	440			

n: Número de niños encuestados, n.c.: No contestan.

## Resultados

Los datos generales de la muestra obtenida se resumen en la Tabla III. En ella se pueden comprobar las categorías en que se dividió cada variable.

Del total de encuestas que recogen datos de las 18 provincias que se muestran en la Tabla II, se infiere una duración media de la LM (exclusiva más mixta) de 3,2 meses (IC 95%, 3,13- 3,2 meses); sobre los encuestados de 4 o más meses de edad (n = 5.717). La mediana fue de 3 meses (IC 95%, 2,93-

3,07 meses). Los cálculos de duración media de LM y los porcentajes a los 0, 3 y 6 meses, en las 18 provincias se reflejan en la Tabla IV.

En la Figura 1, se recogen los porcentajes de LM y de lactancia artificial, mes a mes. Inician LM un 84,2% de los niños de la muestra, a los 3 meses, un 54,9% de los niños todavía recibe alguna toma de pecho, cifra que a los 6 meses de edad se reduce al 24,8%. Solamente un 7,2% de los niños supera el año de edad recibiendo alguna toma de pecho.

**Tabla IV.** Porcentaje de LM por meses y provincias y duración media (en meses) de la LM por provincias.

Provincia	% lact.-0 m	% lact.-3 m	% lact.-6 m	Duración media LM (IC 95%)
Alicante	85,8	57,2	25,0	3,29 (3,13-3,46)
Asturias	76,9	32,3	7,6	2,18 (1,99-2,37)
Ávila	96,4	48,1	15,3	3,67 (3,16-4,17)
Burgos	89,7	62,7	22,4	3,55 (3,04-4,06)
Cantabria	71,0	40,2	14,5	2,37 (2,14-2,61)
Castellón	84,1	60,0	28,8	3,47 (3,22-3,72)
Huesca	86,8	45,8	16,2	3,25 (2,91-3,59)
León	89,3	46,8	18,7	2,89 (2,62-3,16)
Madrid	83,2	50,1	16,4	3,21 (2,80-3,60)
Murcia	84,3	44,4	19,7	2,82 (1,96-3,67)
Palencia	88,2	57,9	18,1	3,00 (2,57-3,42)
Salamanca	88,9	52,5	25,2	3,16 (2,76-3,55)
Segovia	88,2	65,4	22,1	3,00 (2,50-3,50)
Teruel	93,8	63,8	39,3	4,52 (3,46-5,59)
Valencia	82,6	59,6	28,5	3,63 (3,47-3,78)
Valladolid	88,7	56,7	18,2	3,08 (2,80-3,37)
Zamora	90,2	52,6	19,5	3,05 (2,67-3,44)
Zaragoza	87,0	48,5	16,0	3,42 (3,16-3,69)
<b>Total</b>	<b>84,2</b>	<b>54,9</b>	<b>24,8</b>	<b>3,20 (3,13-3,27)</b>

Se relacionaron los porcentajes de LM en cada mes, con cada una de las variables incluídas en la encuesta. A continuación se exponen solamente los datos más relevantes.

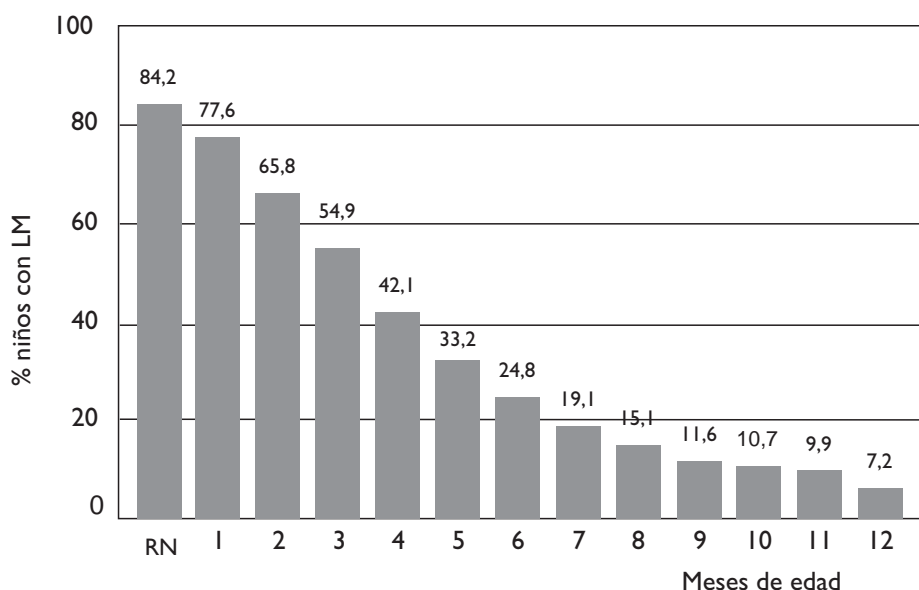
Cuando se comparó el porcentaje de lactancia (LM vs lactancia artificial, chi cuadrado), con respecto al sexo de los niños, se encontraron pequeñas diferencias en el porcentaje que lactaba al pecho al mes y a los 2 meses de edad, siendo significativamente mayor en las niñas (lactan al pecho un 76,7% de varones vs 78,6% de mujeres al mes de edad,  $p = 0,029$ ; y de 64,6% vs 67,2%

a los 2 meses de edad respectivamente,  $p = 0,018$ ) (Figura 2).

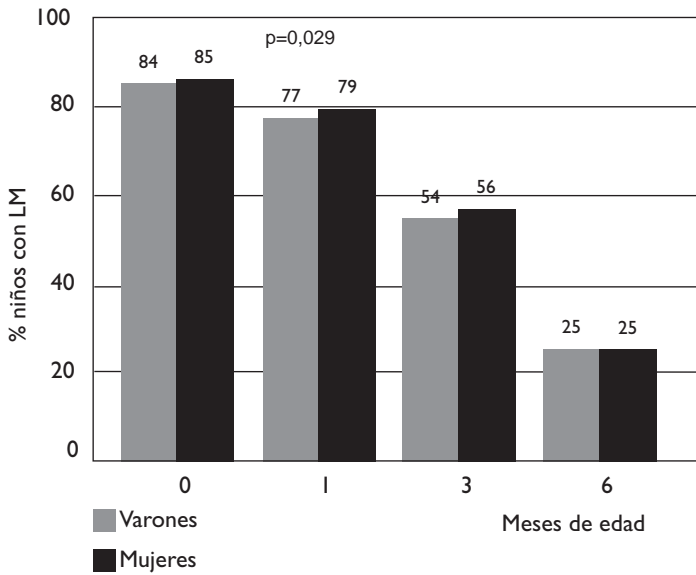
La edad gestacional determina diferencias, también, en el porcentaje de niños lactados de forma natural. Puede apreciarse en la Figura 3, que los niños nacidos antes de las 37 semanas reciben significativamente menos tiempo de lactancia materna, al menos hasta el sexto mes de vida.

Cuando se consideró el tipo de parto, se encontraron diferencias significativas, en el sentido de que los niños que nacen mediante cesárea, reciben LM en menor porcentaje a los 0, 1, 2 y 3 me-

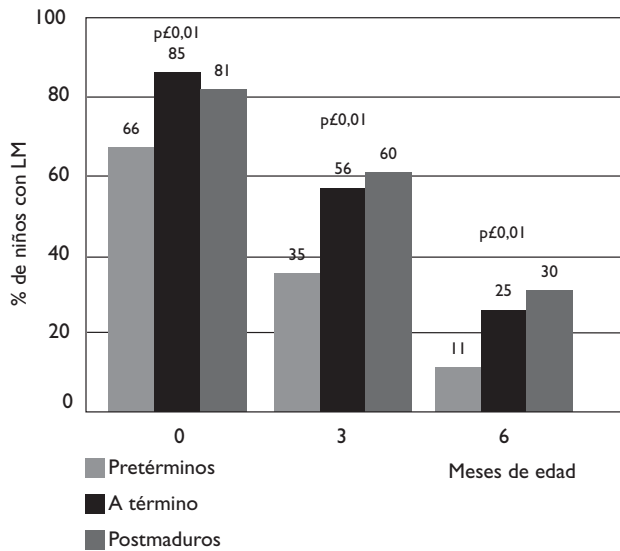
**Figura 1.** Porcentajes de LM (exclusiva y/o suplementada) en cada mes de edad en el total de niños de la muestra.



**Figura 2.** Diferencia de porcentajes de LM a los 0, 1, 3 y 6 meses entre varones y mujeres (Chi cuadrado).



**Figura 3.** Comparación de los porcentajes de LM a los 0, 3 y 6 meses en pretérminos, a término y postmaduros (Chi cuadrado).





ses de edad, pero ya no a los 6 (Tabla V).

Si comparamos el peso al nacimiento, se encuentra significación estadística en

la diferencia de porcentaje de LM entre los que pesan menos de 2.500 g. al nacer, respecto a los que pesan más de esta cantidad. Así, un 61% de niños

**Tabla V.** Comparación según el tipo de parto del porcentaje de lactancia materna. (Chi cuadrado).

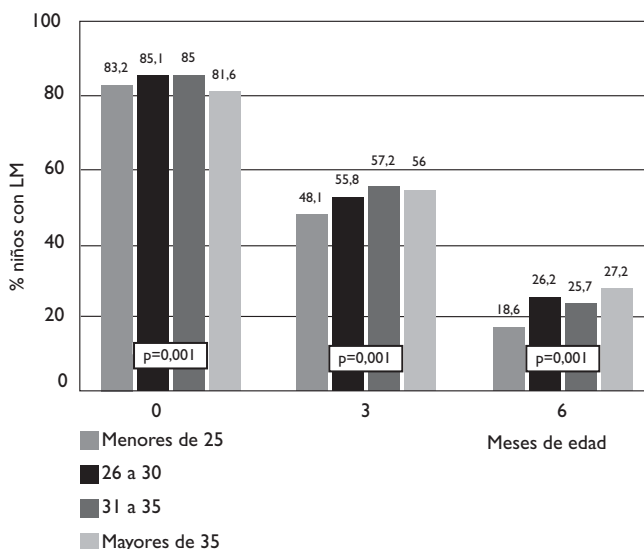
Edad	n	Porcentaje de niños que reciben LM			p
		Eutóxico	Instrumental*	Cesárea	
0 meses	8.535	85,9	84,7	78,1	0,001
1 meses	6.933	79,4	78,5	70,9	0,001
2 meses	5.085	67,2	68,9	59,8	0,001
3 meses	3.689	56,4	57,2	48,1	0,001
6 meses	951	25,0	25,9	23,8	n.s.

\*: incluye fórceps y ventosa.

n.s.: no significativo.

n: Número de niños encuestados

**Figura 4.** Comparación de los porcentajes de LM a los 0, 3 y 6 meses, según el grupo de edad (en años) de las madres (Chi cuadrado).



con peso menor de 2.500 g. lactan al pecho al nacimiento, frente al 85,2% de niños con un peso mayor de 2.500 g que también reciben LM (Chi cuadrado,  $p = 0,00001$ ); al mes de vida lactan al pecho un 52,7% vs 78,1% respectivamente (Chi cuadrado,  $p = 0,00001$ ); a los 3 meses 32,2% vs 55,3% (Chi cuadrado,  $p = 0,00001$ ); y a los 6 meses 9,6% vs 25,9% (Chi cuadrado,  $p = 0,00001$ ).

De los datos referidos a las madres, la relación entre la edad materna y la prevalencia de LM queda expresada en la Figura 4. Hay diferencias en todos los meses, en principio se constata que las madres más añosas inician en menor proporción lactancia al pecho para sus hijos, pero ya al mes de vida pasan a ser las más jóvenes (menores de 25 años) las que menos lactan, diferencias que se mantienen hasta los 6 meses, momento en que, además, las madres más mayores (mayores de 35 años) ofrecen mejores porcentajes de lactancia natural.

Cuando la madre tiene hijos previos al encuestado, se constatan diferencias al inicio de la lactancia, comenzando en mayor porcentaje LM (85,4%) las que no tenían hijos anteriores, que aquéllas que sí los tenían (83%), siendo la diferencia estadísticamente significativa

( $p = 0,001$ ). Al mes ya no hubo diferencias significativas (78,1% vs 77,1%), ni a los 3 meses (55,4% vs 54,%), ni a los 6 meses (24,8% vs 24,8%).

Sí se demostraron diferentes prevalencias según el nivel de estudios materno. La Figura 5 muestra los resultados. La frecuencia de LM es inferior cuanto menor nivel de estudios tienen las madres. Sucede así hasta el 5º mes de vida (31,1% de LM en los hijos de madres con estudios primarios vs 34,0% en estudios medios vs 37,4% si estudios superiores; chi cuadrado,  $p = 0,003$ ), pero ya no al 6º mes, cuando las diferencias ya no son estadísticamente significativas.

## Discusión

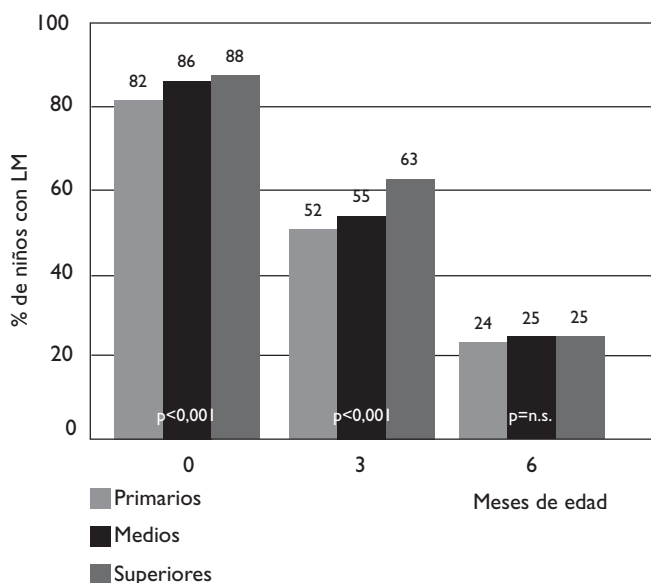
Pocas son las encuestas que se han llevado a cabo, con intención de conocer cuál es la prevalencia de la LM en todo el Estado Español. Hay dos estudios de investigadores particulares, de 1990 y 1996 <sup>2,3</sup>, y, últimamente, datos obtenidos a partir de la Encuesta Nacional de Salud que en los años 1995 y 1997 incluyó preguntas referentes al tipo de lactancia <sup>4</sup>. En ellos se obtienen datos de prevalencia por meses, pero no se hace un cálculo de la duración media de la lactancia al pecho. De estos estudios se obtienen datos, ade-

más, no homogéneos, y, por tanto, difícilmente comparables. Sería, por tanto, deseable organizar un sistema de encuestas que permitiera conocer la evolución de la LM en nuestro país, y la relación que con ella tienen una serie de factores. Otros países desarrollados, incluyen este tipo de sistemas de registro dentro de estudios nutricionales poblacionales de gran envergadura.

El Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría quiso poner en marcha una encuesta nacional sobre lactancia, cuyos resultados han

sido expuestos con anterioridad. Destaca el amplio número de encuestas obtenidas (12.165), aún a pesar de que tuvieran que ser desechadas algo más de un 10% de ellas, por defectos graves en la cumplimentación, sin duda debidos a la dificultad de unificar criterios entre el muy nutrido grupo de personas que, en total, pasaron la encuesta en cada lugar. Con todo, hay que destacar que se logró encuestar, por ejemplo, al 17,9% de los niños menores de un año de Cantabria, a casi el 15% de los de la Comunidad Autónoma Valenciana, o al

**Figura 5.** Comparación de los porcentajes de LM a los 0, 3 y 6 meses, según el nivel de estudios materno (Chi cuadrado).



12,8% de los asturianos. En ciudades como Huesca, se encuestó casi al 20% de los niños nacidos en ese año. En conjunto, en la mayoría de provincias que participaron, el porcentaje de niños encuestados fue superior al 10% de la población diana. Participaron 18 provincias, lo que permitió obtener datos de 7 diferentes Autonomías, número que se puede considerar aceptable, si se tiene en cuenta el planteamiento de la encuesta que exigía de la colaboración desinteresada y entusiasta de un grupo numeroso de colaboradores en cada provincia.

Hay que asumir como sesgo más importante de este trabajo el derivado de la no aleatorización de la muestra general. Los datos obtenidos lo son a partir de centros "colaboradores", y quedan algunas lagunas importantes, como por ejemplo la práctica inexistencia de datos procedentes de centros de atención pediátrica pertenecientes a la sanidad privada. Además, a la hora de hacer comparables los datos obtenidos con los de otros estudios, el planteamiento de la encuesta y, sobre todo, el elevadísimo número de encuestadores, hacía difícil seguir unas definiciones homogéneas de los diferentes tipos de lactancia. Así, no fue posible aplicar las definiciones terminológicas que la Or-

ganización Mundial de la Salud recomienda para las investigaciones en LM (lactancia materna exclusiva, lactancia materna predominante, lactancia suplementada, etc.)<sup>5</sup>.

Con todo, los datos obtenidos son bastante parejos a los que ofrece la Encuesta Nacional de Salud (muestra de 2.000 niños y ámbito nacional). En esta encuesta, y en el año 1997, la frecuencia de LM (exclusiva y suplementada) es de un 58,1% a los 3 meses, y 35% a los 6 meses, frente a los datos de nuestro estudio, de un 54,9% y 24,8% respectivamente.

Sí que merecen ser destacados aquellos factores que, según la encuesta, podrían influir sobre la duración de la LM. Así, es llamativo encontrar diferencias con respecto al sexo. Se encuentra mayor porcentaje de lactancia natural en las niñas que en los varones al mes y 2 meses de edad. Posteriormente los datos ya no muestran diferencias estadísticamente significativas. Parece que a los niños varones se les da con más precocidad suplemento lácteo. Hallazgos similares pueden encontrarse en la literatura internacional<sup>6, 7, 8</sup>, y tal vez pueda deberse a una mayor voracidad en los varones por su mayor peso de nacimiento y durante los primeros meses de la vida, lo que

incita a ofrecer suplemento antes de lo debido.

Cuando estudiamos la relación del tipo de parto con la duración de la lactancia materna, encontramos, como en la mayoría de estudios anteriores, que cuando el nacimiento tiene lugar mediante cesárea, se inicia en menor proporción la LM, y la duración de ésta es menor. Probablemente la explicación sea el hecho de que en estas circunstancias, es más difícil conseguir un contacto satisfactorio madre/hijo en las primeras horas de vida. Estamos ante una de las circunstancias en que un cambio en las prácticas hospitalarias con seguridad incidiría en un aumento de la duración de la lactancia natural.

El peso del nacimiento, así como la edad gestacional son dos factores que se muestran determinantes en la elección y mantenimiento de un tipo u otro de lactancia. En los niños que nacen con un peso inferior a los 2.500 g., la probabilidad de recibir LM es significativamente menor. Seguramente esto obedece a un planteamiento viciado ya de partida, pues en muchas ocasiones los prematuros son automáticamente incluidos en el grupo de lactancia artificial, sin plantear a las madres la posibilidad de estimular y mantener la producción de leche aun a pesar de la, no

siempre justificada, separación inicial de su hijo que tiene lugar en estos casos de prematuridad o de bajo peso al nacimiento. Nuevas técnicas como el método "canguro"<sup>9</sup>, podrían contribuir enormemente al cambio de actitudes respecto a la LM en estos niños.

Factores maternos como la edad o el nivel de estudios confirman su influencia sobre la LM en la línea de lo que en los últimos años se venía demostrando. Son las madres más expertas y maduras las que toman la decisión de qué tipo de lactancia dar a su hijo más firmemente desde el principio, y son también las que más tiempo perseveran en la alimentación al pecho de sus hijos. Las madres más jóvenes (menores de 25 años) son las que, aún a pesar de comenzar en el mismo porcentaje que las de otras edades, van abandonando más pronto la práctica de la LM, lo que puede obedecer a su mayor vulnerabilidad ante las modas y presiones sociales, e indudablemente a su menor experiencia. Por último, se confirma que en estos momentos y contra lo que sucedió en los años 60 y 70, son las madres de mayor formación, las actualmente más predispuestas a optar por la lactancia natural y a mantenerla lo máximo posible en el tiempo.

Como conclusión de los resultados de este estudio, se podría sugerir que para mejorar la duración de la LM en España (actualmente 3,2 meses de media), los grupos de riesgo sobre los que se deberían de volcar las tareas de promoción y de educación sanitaria son los recién nacidos procedentes de cesárea, de peso al nacimiento menor a 2.500 g., o pretérminos, y en las madres sobre las más jóvenes y las de nivel cultural más bajo.

Nuevas encuestas de ámbito global, deberían plantearse para ser realizadas de forma regular, y poder seguir la evolución de la LM en nuestro país. También encuestas más locales, de las que sí hay muchos ejemplos en la literatura española de los últimos años<sup>1</sup>, permitirían poder comprobar como se va desarrollando y controlando la influencia de factores como los anteriormente expuestos, que pueden determinar el éxito y duración de la lactancia natural.

## Bibliografía

1. Martín Calama J: *Lactancia materna en España hoy*. Bol Pediatr Asturias, Cantabria, Castilla y León 1997; 37: 132-142.
2. Morán Rey J: *Lactancia materna en España. Situación actual*. An Esp Pediatr 1992; 36: 45-50.
3. Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief: *Libro blanco sobre la mujer embarazada y madre, ante el primer año de vida del niño*. Pags.: 74-85. Ed Nilo. Madrid, 1996.
4. *Encuesta Nacional de Salud*. Dirección General de Salud Pública. Datos provisionales 1999.
5. WHO Division of diarrhoeal and acute respiratory disease control: *Indicators for assessing breast-feeding practices. Report of an informal meeting*. Geneva, Switzerland, 11-12 junio, 1991.
6. Pande H, Unwin C, Hahelm LL: *Factors associated with the duration of breastfeeding: analysis of the primary and secondary responders to a self-completed questionnaire*. Acta Paediatr 1997; 86: 173-177.
7. Chye JK, Zain Z, Lim XL, Lim CT: *Breastfeeding at 6 weeks, and predictive factors*. J Trop Pediatr 1997; 43: 277-292.
8. Bouvier P, Rougemont A: *Breastfeeding in Geneva: prevalence, duration and determinants*. Soz Preventivmed 1998; 43: 116-123.
9. Closa R, Moralejo J, Races MM, Martínez MJ, Gómez Papi A: *Método canguro en recién nacidos prematuros ingresados en una unidad de cuidados intensivos neonatal*. An Esp Pediatr 1998; 49: 495-498.

