

---

# Prevalencia de la lactancia materna en el Área Básica de Salud Sant Feliu-2 (Barcelona)

Á. Raventós Canet<sup>a</sup>, Á. Crespo García<sup>b</sup>, S. Villa Vázquez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Pediatra. <sup>b</sup>Enfermera.

ABS Sant Feliu-2, Barcelona.

---

Rev Pediatr Aten Primaria. 2006;8:409-20  
África Raventós Canet, 23549arc@comb.es

## Resumen

**Objetivo:** estudiar la prevalencia del tipo de lactancia y de sus factores condicionantes en nuestra Área Básica de Salud (ABS).

**Material y métodos:** estudio descriptivo transversal, mediante encuesta telefónica, en 200 niños nacidos en el año 2003. Variables estudiadas: tipo y duración de la lactancia materna (LM), uso de pezonera, suplementos de biberón, edad materna, nivel de estudios, procedencia, situación laboral, número de hijos, tipo de parto, hábito tabáquico, fuente de información y motivo de abandono de la LM. Análisis de los datos: estadísticos descriptivos, prueba de chi al cuadrado y análisis multivariante.

**Resultados:** el 74% de mujeres inicia LM, el 25,5% sigue LM a los 6 meses, y el 3,5% a los 12 meses. La duración media de la LM exclusiva (LME) fue de 3,21 meses (desviación estándar [DE]: 3,32 meses). Se ha encontrado una asociación significativa entre ser inmigrante y la LM al mes de vida ( $p = 0,0022$ ) y LM a los 6 meses [ $p < 0,0005$ , odds ratio (OR) de 6,9 (intervalo de confianza [IC] 95%: 2,23-23,05)]. También entre un mayor nivel de estudios y LM al mes de vida ( $p = 0,007$ ). OR = 1,7 (IC 95%: 1,05-2,75). El resto de variables estudiadas no tiene significación estadística.

**Conclusiones:** el porcentaje de inicio de LM es ligeramente inferior al de otros estudios de nuestro entorno; las mujeres que inician LM la mantienen durante más tiempo. Factores favorecedores son un mayor nivel de estudios y ser inmigrante. Debemos potenciar la LM antes y en los primeros días después del parto.

**Palabras clave:** Lactancia artificial, Lactancia materna, Epidemiología.

## Abstract

**Objective:** to study the prevalence of maternal lactation of our health area, and its conditioning factors.

**Methodology:** cross-sectional descriptive study, by means of telephone survey, of 200 children born in 2003. Studied variables: type of lactation and duration of the breastfeeding, use of nipple protector, supplements of baby's bottle, maternal age, level of studies,

---

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

origin, work situation, number of children, type of childbirth, smoking habit, information on breastfeeding and reason for abandonment. Analysis of data: statistical descriptive, chi square test, and multivariate analysis.

**Results:** 74% of women initiate breastfeeding, 25.5% follow breastfeeding at 6 months, and 3.5% maintain it until 12 months. The average duration of exclusive breastfeeding was of 3.21 months (standard deviation [SD]: 3.32). A significant association has been found between being immigrant and breastfeeding at one month of life ( $p = 0, 0022$ ) and breastfeeding at 6 months ( $p < 0, 0005$ ). Odds Ratio (OR) of 6.9 (confidence interval [CI] 95%: 2, 23-23, 05). Also between mothers with higher level of studies and breastfeeding at one month of life ( $p = 0,007$ ). OR = 1.7 (CI 95%: 1, 05-2,75). The rest of the studied variables do not have statistical meaning.

**Conclusions:** the percentage of mothers who initiate breastfeeding is slightly inferior to other studies of our surroundings; women who initiate breastfeeding, maintain it for longer. A higher level of studies and being an immigrant are helping factors for breastfeeding. We must promote maternal education before and during the first days after hospital discharge.

**Key words:** Bottle feeding, Breastfeeding, Epidemiology.

## Introducción

La evidencia científica acumulada en los últimos años avala la superioridad nutricional de la leche materna para la alimentación del recién nacido y del lactante, debido a su especificidad de nutrientes, gran biodisponibilidad, aporte de células vivas, enzimas digestivas, inmunomoduladores y factores de crecimiento<sup>1,2</sup>.

La prevalencia y la duración de la lactancia materna (LM) en Europa está muy por debajo de lo que recomienda la OMS (lactancia materna como mínimo 6 meses)<sup>3</sup>. La mayoría de países europeos no cumple las políticas y recomendaciones de la estrategia global para la nutrición del recién nacido y niño pequeño que firmaron en la 55 Asamblea Mundial de la Salud en el año 2002<sup>3</sup>. En España, la prevalencia de LM se sitúa en torno al 40%

a los 4 meses<sup>4</sup>. Aunque en los últimos años las tasas de inicio de LM se han incrementado en Cataluña, sólo toman pecho a los tres meses el 55,6% de los niños y el 21,4% lo hace a los 6 meses<sup>5</sup>.

En la instauración y el mantenimiento de la lactancia influyen negativamente: la falta de información y soporte pre- y posnatal a la madre, las prácticas y rutinas inadecuadas en las maternidades<sup>6</sup>, en Atención Primaria y otros ámbitos sanitarios<sup>7</sup>, la poca formación de los sanitarios y autoridades sobre LM<sup>8,9</sup>, el escaso soporte social y familiar a la madre que amamanta, la publicidad inadecuada de sucedáneos de la leche materna en instituciones sanitarias y la visión social de la alimentación con biberón como norma en los medios de comunicación, revistas y libros infantiles<sup>10</sup>.

Varias organizaciones internacionales han velado por fomentar, proteger y apoyar la LM como recogen varios documentos, de los cuales destacan: Declaración de Inocenti (1989), Diez pasos hacia una feliz lactancia natural, base de la Iniciativa Hospitales Amigos de los niños (1991) y Nutrición del lactante y el niño pequeño (2002)<sup>11-13</sup>.

El objetivo del estudio es conocer la prevalencia y la duración del tipo de lactancia que realizan las madres de nues-

tra ABS, así como los posibles factores condicionantes de la lactancia.

## Material y métodos

### Diseño

Se trata de un estudio descriptivo transversal, realizado en el ABS de Sant Feliu-2, durante el período de tiempo comprendido entre los meses de octubre a diciembre de 2004. El ABS de Sant Feliu-2 tenía una población asignada, el

**Tabla 1.** Encuesta telefónica aplicada a la población estudiada

<b>Número de encuesta:</b> .....
<b>Año de nacimiento de la madre:</b> .....
<b>Tipo de lactancia:</b>
• Materna pura (especificar la duración en meses): .....mes/meses
• Mixta (edad de inicio en meses): .....mes
• Artificial (edad de inicio en meses): .....mes
<b>Posibles interferencias en la lactancia:</b>
• Biberón en el hospital:      SÍ/NO
• Uso de pezonera:            SÍ/NO
<b>Datos de la madre:</b>
• Nivel de estudios:
Primarios: SÍ/NO Secundarios: SÍ/NO Universitarios: SÍ/NO
• Situación laboral: Trabaja: SÍ/NO
• Procedencia: inmigrante/española
• Número de hijos: .....hijo/s
• Tipo de parto: cesárea/vaginal
• Fumadora: SÍ/NO
<b>Información previa sobre lactancia materna:</b>
• Entorno social (familia, amigos): SÍ/NO
• Medios de comunicación (revistas, libros, TV): SÍ/NO
• Profesionales sanitarios (preparto): SÍ/NO
• Hospital: SÍ/NO
<b>Motivo de introducción de la lactancia artificial:</b>
• Decisión de la madre: SÍ/NO
• Decisión profesional: SÍ/NO
• Motivos laborales: SÍ/NO

año 2003, de 26.000 habitantes. La población objeto de estudio fueron los niños nacidos durante el año 2003 y que fueron atendidos en nuestro centro; constituyeron un total de 268 niños. La población que finalmente participó en el estudio estuvo formada por 200 niños. Los 68 restantes no fueron localizados.

Para la obtención de los datos se realizó una encuesta telefónica de doce preguntas cerradas de opción múltiple, elaborada expresamente para el estudio (tabla I). La localización de los entrevistados se intentó en tres ocasiones en diferentes franjas horarias. Previamente se hizo un estudio piloto para comprobar la eficacia de la encuesta.

Se estudiaron las siguientes variables: tipo y duración de la LM, uso de pezonera, suplementos de biberón en las primeras horas de vida del recién nacido, edad materna, nivel de estudios, procedencia (inmigrante/española), situación laboral (si trabaja fuera de casa), número de hijos, tipo de parto (vaginal/cesárea), hábito tabáquico, de dónde ha recibido información sobre LM y motivo de abandono de ésta.

Se clasificó la lactancia en: LM exclusiva (LME), cuando el niño ha sido alimentado exclusivamente por leche materna, LM mixta (LMM), cuando el niño se ha alimentado simultáneamente con

leche materna y leche de fórmula, y lactancia artificial (LA), cuando el niño se ha alimentado exclusivamente con leche de fórmula.

### Estudio de los datos

Los datos obtenidos se codificaron con el programa informático Microsoft Access. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS®. Se utilizaron estadísticos descriptivos (media, desviación estándar [DE]), análisis univariante con el test de chi al cuadrado y análisis de regresión logística, utilizando como variables dependientes la LM al mes de vida y a los 6 meses; variables independientes: toma de biberón en las primeras horas de vida, uso de pezonera, tipo de parto, nivel de estudios de la madre, procedencia de la madre, hábito tabáquico, edad materna, situación laboral y número de hijos.

### Resultados

Las características poblacionales de la muestra fueron: edad media de las madres de 33,48 años (DE: 4,47 años); número de hijos: 1,53 (DE: 0,76). El 6,5% eran inmigrantes. En cuanto al nivel de estudios, el 29,1% tenía estudios primarios, el 37,2% secundarios y el 33,7% universitarios. El 28,5% de los partos fue por cesárea. El 67,5% de las

madres encuestadas trabajaba fuera de casa y el 27% eran fumadoras.

El 72,5% de mujeres inicia LME (74% amamantan de forma exclusiva y mixta). El 63% de las madres sigue con la LM (72,5% si contamos las que realizan lactancia exclusiva y mixta) al mes. A los 6 meses el 16,5% de las mujeres mantiene LME (25,5% si contamos la mixta), y a los 12 meses, sólo un 3,5% del total de las madres mantiene la lactancia (tabla II).

La duración media de la LME fue de 3,21 meses (DE: 3,32), la media de inicio de la lactancia mixta fue a los 3,57 meses (DE: 3,26) y el abandono de la LM se sitúa a los 4,44 meses (DE: 3,98) (tabla III).

La información sobre LM la obtuvieron por varias fuentes: un 49% del entorno social, el 41,5% de los medios de comunicación, el 51% de los profesionales sanitarios y el 62,8% del personal hospitalario.

El 21,4% de las madres refiere motivos laborales como causa del abandono de la LM; en el 70% de los casos el abandono fue por decisión materna y en el 22% la decisión, según manifiestan las encuestadas, la tomó un profesional sanitario.

De todos los factores estudiados con relación a la duración de la LM, sólo las variables inmigrante y nivel de estudios obtuvieron resultados significativos.

**Tabla II.** Frecuencias de lactancia materna en la ABS Sant Feliu-2

	Lactancia materna pura (%)	Lactancia materna mixta (%)	Lactancia artificial pura (%)
0 meses	72,5	1,5	26
1 mes	63	9,5	27,5
3 meses	53,5	4	42,5
4 meses	43,5	3	53,5
6 meses	16,5	9	74,5
12 meses	3,5	0,5	96

**Tabla III.** Duración de la lactancia materna

	Media (meses)	Desviación estándar	Mediana
Duración de la LME	3,21	3,32	3
Inicio de la lactancia mixta	3,57	3,26	3
Abandono de la lactancia	4,44	3,98	4

LME: lactancia materna exclusiva.

El 100% de las mujeres inmigrantes da el pecho al mes de vida frente a un 71% de las de origen español ( $p = 0,0022$ ). A los 6 meses de vida amamantaba a sus hijos el 53,8% de las mujeres y el 14% de las de origen español ( $p < 0,0005$ ). En el análisis multiva-

riante, la asociación entre lactancia materna a los 6 meses y ser inmigrante obtuvo una odds ratio (OR) de 6,9 (IC 95%: 2,23-23,05) (tablas V y VI).

También se encontró una asociación significativa entre nivel de estudios y LM. Al mes de vida lactaba al pecho el

**Tabla IV.** Factores relacionados con la lactancia materna al mes

Variable	Sí dan lactancia materna (%)	No dan lactancia materna (%)	p
<b>Lugar de nacimiento/procedencia de la madre</b>			
Madres inmigrantes	100	-	0,022
Madres españolas	71	30	
<b>Nivel de estudios</b>			
Primarios	56,9	43,1	0,007
Secundarios	79	21	
Universitarios	77,6	22,4	
<b>Uso de pezonera</b>			
Sí	100	0	N.S.
No	97,6	2,4	
<b>Biberón en las primeras horas</b>			
Sí	95,2	4,9	N.S.
No	99,1	0,9	
<b>Trabajo fuera de casa</b>			
Sí	74,1	25,9	N.S.
No	69,2	30,8	
<b>Tipo de parto</b>			
Cesárea	66,7	33,3	N.S.
Vaginal	74,8	25,2	
<b>Fumadora</b>			
Sí	62,9	37,1	N.S.
No	76,1	23,9	
<b>Hijos</b>			
Primipara	60	40	N.S.
Multipara	40	60	
<b>Edad de la madre</b>			
20-25	85,7	14,3	N.S.
26-30	56,5	43,5	
31-36	75,4	24,6	
> 36	67,5	32,5	

77,6% de las mujeres universitarias, el 79% de las que tienen estudios secundarios y el 56,9% de las que tienen estudios primarios ( $p = 0,007$ ) (tabla IV). Esta significación estadística no se mantuvo a los 6 meses ( $p = 0,146$ ), aunque presenta una tendencia lineal: el 20,9% de las universitarias, el 18,9% de las que tienen estudios secundarios y el 8,62% de las que tienen estudios primarios dan el pecho a los 6 meses.

Existió una asociación significativa entre el nivel de estudios y la LM al mes de

vida: OR: 1,7 (IC 95%: 1,05-2,75) (tabla VI).

El 16,9% de las mujeres que han iniciado LM usa pezonera. No se ha encontrado asociación entre el mantenimiento de la LM al mes de vida y el uso de pezonera o biberón en los primeras horas o días de vida (tabla IV).

Por otro lado, tampoco se ha encontrado asociación entre LM al mes de vida y madre fumadora, número de hijos, tipo de parto (cesárea/vaginal), trabajo fuera de casa ni edad materna (tabla IV).

**Tabla V. Factores relacionados con la lactancia a los 6 meses**

Variable	Sí dan lactancia materna (%)	No dan lactancia materna (%)	p
<b>Lugar de nacimiento/procedencia de la madre</b>			
Madres inmigrantes	53,8	46,2	<0,0005
Madres españolas	14	86	
<b>Nivel de estudios</b>			
Primarios	8,6	91,4	0,146
Secundarios	18,9	81,1	
Universitarios	20,9	79,1	
<b>Uso de pezonera</b>			
Sí	100	0	N.S.
No	97,6	2,4	

LM: lactancia materna.

**Tabla VI. Análisis multivariante de las variables significativas**

Variables	Odds ratio	IC 95%
1. Lactancia materna a los 6 meses 2. Inmigrante	6,9	2,23-23,05
1. Lactancia materna al mes de edad 2. Nivel de estudios	1,7	1,05-2,75

## Discusión

En nuestra ABS el porcentaje de mujeres que inician LME y mixta (74%) es ligeramente inferior al observado en Cataluña<sup>5</sup> (81,1%) y en distintas regiones de España<sup>4</sup> (84,2%) en los últimos años. En otros estudios de nuestro entorno<sup>14-19</sup>, esta tasa se sitúa entre el 71% y el 89,5% (tabla VII). Las prevalencias observadas en nuestro estudio de LM a los 3 meses (59,5%) y 6 meses (25,5%) se sitúan ligeramente por encima de las medias en Cataluña<sup>5</sup> (55,6% y 21,4% respectivamente). En el Plan de Salud de Cataluña<sup>20</sup> 2002-2005 se especifica que al menos un 60% de los lactantes de tres meses deberá ser alimentado mediante LM. Hay pocos estudios que indiquen prevalencias de LM a los 12 meses. Sólo un 4% de las mujeres de nuestro estudio mantiene la lactancia

materna a los 12 meses de vida, por debajo de la media en el estudio español (7,2%)<sup>4</sup>.

La duración media de la LME en nuestra ABS (3,21 meses) es superior a la de otros estudios realizados en Cataluña<sup>5,14,18</sup>, pero se sitúa por debajo de las recomendaciones actuales<sup>3,4,21,22</sup>. La media de introducción de la lactancia mixta es a los 3,5 meses; este factor puede estar condicionado por la reincorporación de la madre al trabajo fuera de casa y porque la mayoría de madres prepara las papillas de cereales (que se suelen introducir entre los 4 y 6 meses de vida) con leche adaptada en lugar de leche materna. Por otro lado, el abandono de la LM en nuestra serie se sitúa a los 4,4 meses de media, más tarde que en otros estudios<sup>14,18,19</sup>.

De todos los factores estudiados que pueden condicionar la duración de la

**Tabla VII.** Porcentaje de lactancia materna según varios estudios de nuestro entorno<sup>4,5,14-19,23,26</sup>

	Año	Número	LME (LM)					
			0 meses	1 mes	3 meses	4 meses	6 meses	12 meses
ABS S. Feliu	2003	200	72,5 (74)	63 (72,5)	53,5 (59,5)	43,5 (46,5)	16,5 (25,5)	3,5 (4)
León	00/01	196	67,3 (89,5)	76,3 (89,5)	51 (59)	- (47,9)	6,8 (30)	-
Comarca Cataluña	2001	281	- (71,9)	-	-	-	-	-
Cataluña	1999	315	81,1 (-)	70,3 (-)	55,6 (-)	44,1 (-)	21,4 (-)	-
España	1999	10487	- (84,2)	- (77,6)	- (54,9)	- (42,1)	- (24,8)	- (7,2)
Gran Canaria	1999	545	55,4 (71)	-	24,6 (33,8)	-	9,4 (16,2)	-
Sud Cataluña	1998	200	78 (-)	- (61,9)	- (52,3)	-	- (30,42)	-
Comarca Cataluña	97/97	88	80,7 (83)	65,9 (78,4)	48,8 (62,5)	26,1 (48,9)	2,2 (29,5)	-
Córdoba	1996	482	- (77,2)	- (51,7)	- (25)	-	- (10)	-

LME: Lactancia materna exclusiva; LM: Lactancia materna (exclusiva y mixta).



LM, el ser inmigrante y el nivel de estudios alto fueron los únicos favorecedores de la LM. Todas las mujeres inmigrantes daban el pecho al mes de vida y más de la mitad (53,8%) a los 6 meses frente al 14% de las mujeres españolas. Ajustando todas las variables, las mujeres inmigrantes tienen 6,9 veces más posibilidades de dar el pecho a los 6 meses de vida en comparación a las mujeres no inmigrantes. Este hecho puede deberse a factores culturales (es lo que suelen hacer en los países de origen) y a factores económicos (es más barata la LM).

Se ha encontrado una asociación significativa entre el nivel de estudios de la madre y la LM al mes de vida. Las mujeres universitarias dan más pecho al mes de vida que las mujeres con estudios primarios, y esta asociación es independiente de las otras variables estudiadas (OR: 1,7). Otros estudios también muestran esta asociación<sup>4,18,23</sup>. La asociación entre nivel de estudios y LM a los 6 meses no es significativa, aunque muestra una tendencia lineal (el 20,9% de las mujeres con estudios universitarios mantiene LM a los 6 meses, frente al 8,6% de las mujeres con estudios primarios). Esta falta de asociación estadística puede deberse al pequeño tamaño de la muestra (tabla IV).

A pesar de que el uso de pezoneras o la utilización de suplementos en forma de biberón en las primeras horas de vida del recién nacido son claras interferencias del inicio de la LM<sup>12,23</sup>, no se ha encontrado asociación entre su uso y la prevalencia de LM al mes de vida.

Varios estudios demuestran que tanto el inicio como la duración de la LM son más bajos en madres fumadoras<sup>18,24,25</sup>. No se ha encontrado asociación entre hábito tabáquico y LM en nuestro estudio.

La paridad (madre primípara/múltipara), la edad materna o el trabajo fuera de casa no han resultado ser factores condicionantes del tipo de LM en nuestra serie. En este sentido, la revisión de la literatura de nuestro entorno muestra resultados contradictorios<sup>14,19,23</sup>. El parto por cesárea puede dificultar la instauración de la lactancia materna<sup>4,18,23,26</sup>; tampoco hemos encontrado asociación entre el tipo de parto (vaginal/cesárea) y el porcentaje de LM al mes de vida.

En este estudio se constata que la decisión de dejar de dar el pecho la tomó en un 70% de los casos la madre (casi una cuarta parte de las madres por motivos laborales). Llama la atención que el 22% de las madres manifestó que la decisión de abandonar la lactancia provenía de los profesionales sanitarios.

Existen trabajos que constatan como factor muy favorecedor del inicio y el mantenimiento de una LM exitosa el convencimiento de la madre, desde antes del parto, del tipo de lactancia que quiere hacer<sup>19,23</sup>. En este estudio, sólo la mitad de las encuestadas dice haber recibido información sobre lactancia por parte de los profesionales sanitarios.

Podemos concluir que, a pesar de tener un porcentaje de inicio de LM ligeramente inferior a otras zonas de nuestro país, las mujeres de nuestra ABS que inician LM la mantienen en una proporción más elevada y el abandono de ésta es también más tardío. Con el fin de

mejorar tanto el inicio como la duración de la LM en las madres de nuestra ABS, desde nuestro ámbito de atención primaria deberíamos:

1. Potenciar los programas de educación sobre LM durante el embarazo, implicando a todo el equipo pediátrico del centro.
2. Dar un mayor apoyo a las mujeres los primeros días del alta hospitalaria mediante visitas domiciliarias, seguimiento telefónico desde el ABS y en la primera visita al centro.
3. Potenciar el mantenimiento y la duración de la LM como mínimo hasta los 6 meses o más.

---

## Bibliografía

1. Field CJ. The immunological components of human milk and their effect on immune development in infants. *J Nutr.* 2005;135:1-4.

2. Lozano de la Torre M, Martín Galanía J. Aspectos nutricionales de la lactancia materna. *Acta Pediatr Esp.* 1998;56: 24-32.

3. OMS. Nutrición del lactante y del niño pequeño. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Informe de la secretaria. Ginebra: 55 Asamblea Mundial de la Salud: 16 de abril de 2002. A55/15 [Consultado el 7/02/2006]. Disponible en [www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA55/sa5515.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/sa5515.pdf)

4. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Informe técnico sobre

la lactancia materna en España. *An Esp Pediatr.* 1999;50:333-40.

5. Prats R, Bassols M, Prats B, Pérez G, Tresserras R. Evolució de la lactancia materna a Catalunya. *Pediatr Catalana.* 2002;62:285-8.

6. Díaz NM, Doménech E, Díaz J, Galván C, Barroso A. Influencias de las prácticas hospitalarias y otros factores en la duración de lactancia materna. *Rev Esp Pediatr.* 1989;45:198-204.

7. Labarere J, Gelbert-Baudeno N, Ayral AS, Duc C, Berchotteau M, Bouchon N, et al. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit; a prospective randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics.* 2005;115:139-46.

8. Paricio Talayero JM, Santodos Serrano L, Fernández Feijoo A, Martí Barranco E, Bernal Fe-

- rer A, Ferriol Camacho M, y cols. Lactancia materna: conocimientos, actitudes y ambigüedad sociocultural. *Aten Primaria*. 1999;24:337-43.
9. Santodos Serrano L, Patricio Talayero JM, Fernández Feijoo A, Ferriol Camacho M, Grieco Burucua M, Beseler Soto B. Los cargos sanitarios ante la lactancia materna. *An Esp Pediatr*. 1998;48:245-50.
10. University of York. NHS Centre for Reviews and Dissemination. Promoting the initiation of breastfeeding. *Effective Health Care*. 2000;6:1-12. [Consultado el 7/02/2006]. Disponible en [www.york.ac.uk/inst/crd/ehc62.pdf](http://www.york.ac.uk/inst/crd/ehc62.pdf)
11. OMS-UNICEF. Innocenti Declaration. Monitoring Innocenti targets on the protection, promotion and support of breastfeeding. Geneva: World Health Organization, Regional Office for Europe and United Nations Children's Fund; 1999. [Consultado el 7/02/2006]. Disponible en [www.euro.who.int/document/e63687.pdf](http://www.euro.who.int/document/e63687.pdf)
12. Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de la lactancia de la AEP. *An Pediatr (Barc)*. 2005;63:340-56.
13. American Academy of Pediatrics. Policy statement. Breastfeeding and use of human milk. *Pediatrics*. 2005;115:496-506.
14. Hostalot AM, Sorni A, Jovani L, Rosal J, Rosal Roig J, Merce Gratacos J, y cols. Lactancia materna en el sur de Cataluña. Estudio de los factores socioculturales y sanitarios que influyen en su elección y mantenimiento. *An Esp Pediatr*. 2001;54:297-302.
15. Pérez X, García A, Coromina E, Vall M. Evolución de la prevalencia de la lactancia materna en el ABS Manlleu (1988-1991). *Aten Primaria*. 1993;12:216-8.
16. Bruch M, Casas J, Riba T. Prevalencia y factores que se asocian al inicio y duración de la lactancia materna en el área rural del Lluçanes (Barcelona). *Enfermería Clínica*. 2000;11:45-50.
17. Lluch C, Rodríguez A, Casitas V, Ramírez M, Pérez D, Murillo A, y cols. Influencia de los centros de salud y la clase social en la prevalencia de la lactancia materna. *Aten Primaria*. 1996;18:253-6.
18. Hidalgo I, López D, Jiménez M, González A, Costales A, Blanco MP, López R. Factores relacionados con la lactancia materna. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2002;16:579-91.
19. Bringué X, Juanós M, Gómez-Arbonés X, Esquerda M, Cañete MJ, Sarasa A, et al. Lactancia materna en el Pla de Urgell. *Pediatr Catalana*. 2003;63:319-23.
20. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Estratègies de salut per a l'any 2010. Pla de Salut de Catalunya 2002-2005. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat; 2003. [Actualizado el 30/10/2003] [Consultado el 26/04/2006] Disponible en [www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/plasalut/doc5216.html](http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/plasalut/doc5216.html)
21. American Dietetic Association. Position: breaking the barriers to breastfeeding. *J Am Diet Assoc*. 2001;101:1213-20.
22. Yngve A, Sjostrom M. Breastfeeding in countries of the European Union and EFTA current and proposed recommendations, rationale, prevalent, duration and trends. *Public Health Nutr*. 2001;4:631-45.
23. Estévez MD, Martell D, Medina R, García E, Saavedra P. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *An Esp Pediatr*. 2002;56:144-50.
24. Scott JA, Binns CW. Factors associated with the initiation and duration of breast feeding: a review of the literature. *Breastfeed Rev*. 1999;7:5-15.

25. Horta BL, Victoria CG, Menezes AM, Barros FC. Environmental tobacco smoke and breastfeeding duration. *A J Epidemiol.* 1997;146: 128-33.

26. Prats R, Armelles M, Huidobro G, Canela J, Salleras LL. Lactancia materna en Cataluña. Factores asociados. *Pediatr Catalana.* 1999;59: 127-30.

