

Prevalencia de lactancia humana exclusiva en menores de seis meses y factores asociados a su abandono precoz: estudio transversal en el HIGA "Petrona V. De Cordero"

Prevalence of exclusive breastfeeding in infants under six months and factors associated with its early cessation: a cross-sectional study at HIGA "Petrona V. De Cordero"

Luana Pérez Sturbar, Juliana Chalela, Carolina Wynbergh, Nancy Cepeda

RESUMEN

Introducción: La lactancia materna exclusiva (LE) durante los primeros 6 meses de vida es una recomendación clave de salud pública. Sin embargo, su cumplimiento varía entre las poblaciones y puede verse influido por factores perinatales y sociodemográficos. El objetivo de este estudio fue estimar la prevalencia de la lactancia materna exclusiva entre los padres que acudieron al H.I.G.A. "Petrona V. de Cordero" e identificar los factores asociados con el abandono precoz.

Métodos: Se realizó un estudio transversal mediante una encuesta estructurada a 127 padres de niños de entre 6 meses y 3 años que acudieron al hospital. La información recopilada incluía el tipo de parto, el primer alimento recibido, la duración de la lactancia materna y los motivos del abandono.

Resultados: El 47.3% de los participantes declaró haber practicado la lactancia materna exclusiva a los 6 meses. La prevalencia de la lactancia materna al alta hospitalaria fue del 90.6%. A los 6 meses, el 41.7% informó de alimentación mixta y el 11% utilizó exclusivamente leche de fórmula. El primer alimento recibido al nacer fue leche materna en el 72.4% de los lactantes y leche de fórmula en el 27.6%. La razón más frecuente para el abandono de la lactancia materna fue la percepción de insuficiencia de leche o dificultades para el agarre.

Conclusiones: La prevalencia de la lactancia materna exclusiva estaba por debajo de las recomendaciones internacionales. Estos hallazgos subrayan la necesidad de reforzar el apoyo profesional y las estrategias institucionales para promover y mantener las prácticas de lactancia materna.

Palabras clave: lactancia materna, lactancia materna exclusiva, duración de la lactancia, factores para abandonar la lactancia, prevalencia de la lactancia materna.

ABSTRACT

Background: Exclusive breastfeeding during the first 6 months of life is a key public health recommendation. However, adherence varies across populations and may be influenced by perinatal and sociodemographic factors. The aim of this study was to estimate the prevalence of exclusive breastfeeding among parents attending H.I.G.A. Petrona V. de Cordero and identify factors associated with early cessation.

Methods: A cross-sectional study was conducted using a structured survey administered to 127 parents of children aged 6 months to 3 years who attended the hospital. Information collected included type of delivery, first food received, breastfeeding duration, and reasons for cessation.

Results: Exclusive breastfeeding at 6 months was reported in 47.3% of participants. Breastfeeding prevalence at hospital discharge was 90.6%. At 6 months, 41.7% reported mixed feeding and 11% used infant formula exclusively. The first food received at birth was human milk in 72.4% of infants and infant formula in 27.6%. The most frequently reported reason for breastfeeding cessation was perceived insufficient milk or difficulties with latching.

Conclusions: The prevalence of exclusive breastfeeding was below international recommendations. These findings underscore the need to strengthen professional support and institutional strategies to promote and sustain breastfeeding practices.

Keywords: human lactation, exclusive human lactation, duration of lactation, factors for abandoning lactation, prevalence of human lactation.

Fronteras en Medicina 2025;20(3):150-155. <https://DOI.org/10.31954/RFEM/202503/0150-0155>

INTRODUCCIÓN

I. Unidad de Alimentación y Dietoterapia. Hospital "Petrona Villegas de Cordero", Buenos Aires, Argentina

Correspondencia: Luana Pérez Sturbar. Hospital "Petrona Villegas de Cordero". Manuel Belgrano 1955, B1646CRM San Fernando, provincia de Buenos Aires, Argentina. Tel.: 0800-777-4782. luanasturbar@live.com.ar

Las autoras declaran no poseer conflictos de intereses.

Recibido: 12/04/2025 | Aceptado: 18/06/2025

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que la leche humana (LH) es el alimento ideal para los recién nacidos, recomendando la lactancia exclusiva (LE) durante los primeros 6 meses de vida y su continuación hasta los 2 años o más; entendiendo en su forma exclusiva la alimentación del lactante con LH como único alimento y fuente de líquidos, sin incluir ningún otro tipo de líquidos ni sólidos, exceptuando soluciones de rehidratación oral, gotas o jarabes de vitaminas,

Tabla 1. Descripción sociodemográfica de la población (n = 127).

Variable		Resultado
Edad: media (mínima, máxima)		28.9 (18-46)
Cobertura de salud n (%)	Salud pública	104 (81.9)
	Obra Social	22 (17.3)
	Prepaga	1 (0.8)
	Ns/Nc	0 (0)
Partido de residencia n (%)	San Fernando/islas	117 (92.1)
	Tigre	2 (1.6)
	Otros RSV	7 (5.5)
	Otros no RSV	1 (0.8)
Nivel educativo n (%)	Primaria incompleta o completa	91 (16.5)
	Secundaria incompleta o completa	93 (73.3)
	Terciario/ universitario completo o incompleto	13 (10.2)
	No escolarizado	0 (0)
	Ns/nc	0 (0)
Actividad laboral n (%)	Ama de casa o desempleada	95 (74.8)
	Trabajo formal	18 (14.2)
	Trabajo informal	14 (11)
	Ns/Nc	0 (0)

*Tabla de elaboración propia. Ns/Nc: no sabe, no contesta. RSV: Región Sanitaria V.

minerales o medicamentos^{1,2}. A partir de los 6 meses, las necesidades energéticas y de nutrientes exceden lo aportado por la LH, debiendo iniciarse en ese momento la alimentación complementaria².

La LH es el alimento óptimo en los primeros meses de vida; favorece la nutrición del lactante, es rica en factores inmunológicos y tróficos que protegen frente a infecciones y alergias, y contribuye a la modulación de la microbiota intestinal³. Entre los principales beneficios de la LE se incluyen la primera administración de factores inmunitarios, la ausencia de intolerancias, el fortalecimiento del vínculo afectivo, y la reducción del riesgo de obesidad, diabetes, celiaquía, enfermedad inflamatoria intestinal y enfermedades respiratorias como el asma en la edad adulta². Además, favorece el desarrollo neurológico e intelectual y se asocia con un menor riesgo de muerte súbita del lactante⁴.

Adicionalmente, la lactancia contribuye a la reducción del riesgo de hemorragias², a la recuperación después del parto y a la prevención de cáncer de mama, ovario y útero⁵. También tiene un impacto positivo en el medioambiente, al no generar residuos ni huella de carbono, y no representar costos adicionales para la familia⁶.

Estudios en países industrializados muestran que una menor duración de la LE se asocia con mayor riesgo de infecciones gastrointestinales, hospitalizaciones durante el primer año de vida, dermatitis atópica, síndrome de muerte súbita del lactante, cáncer linfático infantil, diabetes tipo 1, asma, enterocolitis necrotizante en prematuros, obesidad en adolescencia y adultez, e hipertensión arterial y diabetes tipo 2 en la adultez⁷⁻⁹.

En Argentina, la Encuesta Nacional de Lactancia (ENALAC, 2022) reportó que la prevalencia nacional de lactancia fue del 91.7% en niños de 0 a 6 meses, pero solo el 53.2% recibió LE. Su prevalencia disminuye con

la edad del lactante, de 53.5% a 44.6% entre los 2 y 6 meses^{10,11}. Datos provinciales muestran cifras similares, con un 89.8% de lactancia y 53.8% lactancia de forma exclusiva en Buenos Aires, y un 90% y 56.4% respectivamente en la Región Sanitaria V¹¹.

Debido a la escasez de datos sobre la situación de la lactancia en hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires, este estudio se realizó con el objetivo de estimar la prevalencia de lactancia humana exclusiva entre los 0 y 6 meses y los factores asociados al abandono precoz en la población entrevistada del Hospital “Petrona V. de Cordero”, Región Sanitaria V. Este análisis permitirá identificarlos para ser abordados mediante estrategias locales de promoción y apoyo a la lactancia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño: Se realizó un estudio descriptivo, observacional, prospectivo de corte transversal. Se incluyó a toda persona mayor de 18 años, con un hijo o hija de entre 6 meses y 3 años al momento de la encuesta, que asistió al hospital y aceptó voluntariamente participar en el estudio. Se excluyeron personas menores de 18 años, quienes tenían hijos/as menores a 6 meses o mayores a 3 años, casos de muerte perinatal o posterior, recién nacidos con anomalías congénitas, gestaciones múltiples, personas que se negaron a participar o no brindaron consentimiento informado.

Intervención: Cada participante fue entrevistado una única vez, aunque concurrieran en varias ocasiones al hospital durante el período de recolección de datos. Se utilizó un muestreo no probabilístico consecutivo por conveniencia, incluyendo a todas las personas que asistieron a salas de espera de pediatría, maternidad, laboratorio, guardia, admisión y consultorios externos durante el período del estudio.

Tabla 2. Asociación entre tipo de parto y primer alimento recibido al nacer (n = 127).

Tipo de parto	Leche humana	Fórmula infantil	Total
	n (%)	n (%)	n (%)
Vaginal	52 (80)	13 (20)	65 (51.2)
Cesárea	40 (64.5)	22 (35.5)	62 (48.8)
Total	92 (72.4)	35 (27.6)	127 (100)

Para la recolección de datos, se aplicó una entrevista estructurada mediante una encuesta de elaboración propia diseñada a partir de indicadores de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNys 2) de 2018 y ENALAC de 2022. Se realizaron encuestas piloto durante los meses previos para ajustar y validar el instrumento; estos datos no se incluyeron en el análisis final. La recolección formal se llevó a cabo entre el 15 de agosto y el 30 de noviembre de 2024. Cada participante brindó su consentimiento informado, y los datos fueron tratados de manera anónima, de acuerdo con la aprobación del comité de ética en investigación, respetando el cumplimiento de la Ley Nacional N° 25.326 de protección de datos personales y la Ley Nacional N° 26.529 de derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado.

Variables: Se registraron variables demográficas y clínicas, aspectos relacionados con problemas asociados a la lactancia y rutinas que pudieran interferir con ella y posibles motivos referidos de interrupción.

El tamaño muestral se estimó a partir de la cantidad de personas admitidas en el servicio de maternidad y consultorios de nutrición durante un mes. Considerando un error máximo del 5%, precisión del 3% y un 10% de pérdidas por posibles errores al completar los datos, se obtuvo un n muestral inicial de 114, alcanzando finalmente 127 participantes.

Análisis de datos: Se realizaron análisis descriptivos utilizando frecuencias y porcentajes para todas las variables estudiadas. Se aplicaron pruebas inferenciales como chi-cuadrado para encontrar diferencias significativas entre grupos.

RESULTADOS

Descripción sociodemográfica de la población: La edad media de las personas entrevistadas fue de 28.9 años, no se observaron diferencias significativas respecto a la edad según el tipo de lactancia. Acerca del nivel educativo, el 16.5% contaba con educación primaria, el 73.3% con secundaria, y el 10.2% educación terciaria o universitaria. Los índices de le fueron del 33.3%, 57.6% y 41.7% respectivamente. El primer alimento recibido al nacer fue LH en 72.4% de los casos y fórmula de inicio (FI) en 27.6% (**Tabla 1**).

Al desglosar por tipo de parto, un 80% de los recién nacidos de parto vaginal recibieron LH y un 20% FI, mientras que, entre las cesáreas, 64.5% recibieron LH y 35.5% FI. No se encontraron diferencias

Tabla 3. Factores asociados al abandono precoz de le hasta los 6 meses (n = 127).

Variable	LE hasta los 6 meses n (%)	Abandono precoz LE n (%)	P
Cesárea n (%)	24 (38.7)	38 (61.3)	0.060
Prematuro (<37 semanas)	49 (48.5)	52 (51.5)	0.062
Bajo peso al nacer (<2500 g)	51 (48.6)	54 (51.4)	0.012
Nivel educativo primario completo e incompleto	15 (71.4)	6 (28.6)	0.061

*Abandono precoz definido como la interrupción de le antes de los 6 meses.

significativas entre el primer alimento recibido al nacer y el tipo de parto, (p 0.051).

Prevalencia y tipo de lactancia al momento del alta hospitalaria: El 90.6% de los lactantes recibía lactancia, de los cuales el 47.2% era LE.

En relación con las variables vinculadas a los motivos de abandono una vez en el hogar, se aclara que las respuestas fueron registradas de manera estructurada, a partir de categorías previamente definidas en el cuestionario, sin considerar expresiones textuales o respuestas abiertas brindadas espontáneamente por los encuestados (**Tabla 2**). Respecto a esto, el 67% refirió “no tenía leche o no podía prenderse al pecho”; el 17% señaló “tomaba medicación que lo contraindica o indicación médica por problema de salud”; mientras que el 8% manifestó como motivo “estuvo en neonatología o le dieron mamadera para aumentar peso” y otro 8% indicó “no era mi deseo o preferí dar fórmula”.

En cuanto a la duración de la lactancia durante los primeros 6 meses de vida, se observó que un 47.3% mantuvo LE, un 41.7% continuó con lactancia parcial (LP), entendida como aquella donde se consume LH, líquidos, otros tipos de leches, fórmulas; y 11% solo con FI. El 91.3% continuó la lactancia más allá de los 6 meses, mientras que un 5.2% la interrumpió durante el 1er mes, 2.6% hasta el 2do mes y 0.9% hasta el 4to mes. Los motivos de interrupción incluyeron dolor al amamantar, sensación de insuficiente bajada de leche, mal progreso de peso del neonato indicado por profesional de salud, complicaciones en pechos o pezones, o sentimientos negativos hacia la lactancia.

Peso al nacer: Se observó una asociación estadísticamente significativa entre el bajo peso (<2500 g) y el abandono precoz de la LE (p=0.012). Entre los recién nacidos con bajo peso, solo el 28.5% mantuvo LE hasta los 6 meses, mientras que en los de peso adecuado esta prevalencia ascendió al 54.5%.

Información recibida sobre lactancia: El 50.4% de las personas encuestadas recibieron información sobre lactancia en cursos de preparto o durante la estancia hospitalaria; 49.6% no recibió información profesional. Entre aquellos que recibieron información, 51.5% mantuvo LE (**Tabla 3**).

DISCUSIÓN

Factores sociodemográficos y actividad laboral

Se ha identificado que la duración de la lactancia está estrechamente relacionada con factores como la actividad laboral, el nivel socioeconómico, la edad y la asesoría profesional, entre otros, que influyen significativamente en su prevalencia y pueden ser causas de destete precoz.

A mayor edad de la persona que amamanta, mayor es el conocimiento sobre la importancia de la lactancia, la apreciación de sus beneficios y el reconocimiento de las diferencias entre el perfil nutricional de la LH y la FI¹². En nuestra encuesta, la edad media fue de 28.9 años y no se encontraron diferencias significativas entre quienes practicaron LE y quienes optaron por LP o FI. Por otro lado, solo el 11% de la muestra tenía empleo formal, mientras que el 89% restante incluía personas desempleadas, amas de casa o trabajadores informales, y el 82% dependía exclusivamente del sistema de salud pública. Esto subraya la necesidad de políticas institucionales de apoyo a la lactancia, especialmente en grupos vulnerables.

Nivel educativo

La mayoría de los estudios a nivel mundial establece una relación entre nivel educativo y éxito de la lactancia: las personas con mayor nivel educativo presentan tasas más altas y tienden a iniciar la lactancia con mayor frecuencia¹³, mientras que un menor nivel educativo se ha asociado con abandono de la LE¹⁴. En nuestro trabajo, los grupos con educación secundaria completa o incompleta, así como aquellos con educación superior, mostraron índices más altos de LE en comparación con quienes contaban únicamente educación primaria, lo que refuerza la importancia de la educación en el mantenimiento de la lactancia.

Tipo de parto y primera alimentación

El tipo de nacimiento impacta en la salud del recién nacido y en la instauración de la lactancia¹⁰. El aumento de cesáreas y la separación prolongada de la díada retrasan el inicio de la lactancia y favorecen la administración de FI sin justificación médica. En nuestra encuesta, el 51.2% de los partos fue vaginal y el 48.8% por cesárea. Datos hospitalarios previos muestran que solo el 15% de los partos por cesárea iniciaron la lactancia en la primera hora y el 46.9% de los recién nacidos recibió FI durante la internación.

La puesta al pecho en la primera hora de vida es crucial: los recién nacidos por parto eutócico presentan mayores prevalencias de LE que quienes nacen por cesárea. Estudios nacionales e internacionales confirman que los recién nacidos amamantados dentro de la primera hora tienen mayor probabilidad de mantener LE, y la Encuesta Provincial de Monitoreo de la Lactancia 2023

muestra que la prevalencia de LE es más alta cuando la lactancia comienza en la primera hora (46.8%) frente a inicios posteriores (34.3% después de la primera hora y 21.1% después del primer día)¹⁵.

Peso al nacer

El peso al nacer marca diferencias en las prevalencias de lactancia, especialmente en los primeros meses¹¹. En nuestra encuesta, el 94.3% de los recién nacidos con peso adecuado recibió LH luego del alta, de los cuales el 54.5% mantuvo LE; mientras que el 70% de los recién nacidos con bajo peso recibió LH, pero solo el 28.5% de estos mantuvo LE. Ello evidencia la importancia del apoyo profesional posalta, el seguimiento en consultorios externos y la red de apoyo en el hogar.

En este estudio, el bajo peso al nacer mostró una asociación significativa con el abandono precoz de la LE, coincidiendo con la evidencia que señala a esta condición como uno de los principales factores de riesgo para el destete temprano^{11,15}. Los recién nacidos con bajo peso suelen presentar inmadurez neuromuscular, dificultad en la succión o internaciones prolongadas, especialmente en unidades de neonatología, lo que retrasa el contacto precoz piel a piel y la primera toma¹⁵⁻¹⁷. Estas circunstancias, sumadas a la frecuente indicación de FI para favorecer el incremento ponderal, podrían contribuir a la sustitución parcial o total de la LH. Este panorama refuerza la necesidad de estrategias hospitalarias que garanticen el inicio temprano de la lactancia, el acompañamiento posalta y la capacitación en técnicas de extracción y conservación de leche para aquellas familias de recién nacidos con bajo peso, con el fin de mejorar la continuidad de la LE.

Apoyo profesional y educación prenatal

El 50.4% de las personas encuestadas recibió información sobre lactancia en cursos de parto o durante la estancia hospitalaria, y el 51.5% mantuvo LE. Estudios internacionales y nacionales destacan la importancia de la información profesional durante el embarazo y puerperio como factor protector frente al destete precoz^{18,19}. Es esencial que la educación sobre lactancia sea clara, basada en evidencia, adecuada y suficiente, respetando las elecciones y cultura de cada familia.

En este sentido, un estudio realizado en el Hospital Balestrini de la matanza evaluó el nivel de conocimiento sobre lactancia en 134 púerperas internadas y evidenció que, si bien del 80% reconocía los beneficios para el recién nacido, solo el 35.8% identifica los beneficios para la madre y cerca de la mitad parecía que no existían riesgos en el uso de leche de vaca en lactantes. Estos hallazgos exponen la persistencia de mitos y creencias populares —“me quedé sin leche” o “el dolor es normal”—, que también emergieron en nuestra población, y refuerzan la necesidad de fortalecer la consejería profesional, tanto en la internación como en el

seguimiento ambulatorio, para asegurar una adecuada continuidad de la lactancia²⁰.

Motivos de abandono de la lactancia

La mayoría de las interrupciones ocurrieron durante el primer mes, probablemente por complicaciones iniciales: dolor, problemas de agarre, baja producción de leche, separación de la díada o administración temprana de FI. Algunos de los factores protectores incluyen deseo previo de amamantar o experiencia previa positiva²¹.

Los motivos reportados coincidieron con la literatura²²: “me dolía dar el pecho”, “el/la niño/a se quedaba con hambre o no tenía suficiente leche”, “el/la niño/a ganaba poco peso y le indicaron FI”, “me lo indicó el médico por un problema de salud mío o del bebé”, y complicaciones como mastitis. Esto resalta la importancia del apoyo profesional, orientación sobre extracción y conservación de leche, y respeto a la elección materna.

Comparación con otros estudios

La prevalencia de LE en nuestro estudio (47.2%) y de LP (41.7%) es similar a la reportada en la provincia de Buenos Aires y en encuestas nacionales. La diferencia de aproximadamente 10% con la Región Sanitaria V podría deberse a que el 99% de las personas encuestadas pertenecen al Municipio de San Fernando, lo que no refleja toda la región, además de diferencias metodológicas en muestreo y recolección de datos^{10,11}.

Fortalezas y limitaciones de la investigación

Entre las principales fortalezas de este estudio se destaca la recolección de datos primarios obtenidos directamente de la población atendida en el hospital, lo que posibilitó un análisis detallado de la prevalencia de LE y LP. Asimismo, la inclusión de variables socio-demográficas, clínicas y perinatales permitió identificar factores asociados al abandono precoz de la lactancia, enriqueciendo la interpretación de los resultados. Otra fortaleza relevante es la posibilidad de comparar los hallazgos con estudios provinciales y nacionales, lo que contribuye a contextualizar la investigación y evaluar la consistencia de los resultados con la evidencia existente. Como parte de sus debilidades, el estudio presenta, en primer lugar, que el tamaño de la muestra fue limitado, lo que restringe la posibilidad de extrapolar los hallazgos a otras poblaciones o regiones. A su vez, existe la posibilidad de sesgo de recuerdo en la información reportada por las participantes respecto de la duración y el tipo de lactancia, lo que podría haber derivado en una subestimación o sobrestimación de las prevalencias observadas, afectando así la precisión de los resultados. La ausencia de análisis inferencial restringe la capacidad de establecer asociaciones causales entre las variables estudiadas. Finalmente, el predominio de participantes provenientes de un úni-

co municipio puede haber condicionado los resultados y sesgado las comparaciones con datos de alcance regional o nacional.

A lo largo del trabajo se buscó conocer la prevalencia de la LE en la población que asiste a nuestro hospital y los posibles factores asociados a su abandono precoz. Para ello, fue fundamental analizar las condiciones sociodemográficas que podrían predecir su éxito, con el objetivo de promover la capacitación de profesionales de la salud en esta práctica, atendiendo a las necesidades de la población estudiada, dado que menos de la mitad de las participantes realizó LE.

Dentro de los factores más relevantes se identificaron: inicio tardío de la lactancia durante la primera hora de vida, especialmente en ocasiones de nacimiento por cesárea; separación innecesaria del binomio; administración de FI durante la internación; y, en muchos casos, falta de acompañamiento profesional antes y después del nacimiento. Las prácticas hospitalarias, como la separación prolongada de la díada tras una cesárea, limitan el establecimiento temprano de la lactancia y exponen a los recién nacidos a un mayor riesgo de recibir FI. Estos resultados subrayan la necesidad de reevaluar las indicaciones de cesárea en nuestro contexto y promover políticas de atención perinatal que respeten el proceso fisiológico del parto, asegurando condiciones óptimas para el inicio de la lactancia humana.

Nuestros hallazgos muestran una distribución semejante entre los nacimientos por parto vaginal y cesárea, lo que permitió analizar el impacto de cada tipo de nacimiento en la instauración de la lactancia. Además, las razones para no continuar la lactancia en el hogar reflejan tanto factores médicos como preferencias personales, subrayando la importancia de un acompañamiento integral que favorezca la lactancia humana en todos los contextos posibles.

Una lactancia exitosa no depende únicamente de la persona que amamanta, sino que también es responsabilidad institucional promoverla, protegerla y eliminar barreras en la atención asistencial. Para abordar dificultades iniciales, es necesario que los profesionales estén capacitados tanto en manejo técnico como en interpretación del crecimiento del recién nacido, garantizando un acompañamiento adecuado. Resulta crucial implementar protocolos que unifiquen criterios basados en recomendaciones internacionales y adaptar las prácticas institucionales a las necesidades de cada familia.

Cada díada es singular, por ello se refuerza la necesidad de una escucha integral para acompañar de manera efectiva. Cuando amamantar es la opción elegida, existen mayores posibilidades de una lactancia exitosa; en los casos en que no es deseada, es fundamental evitar culpabilizar y brindar información adecuada sin juicio. Los estados emocionales negativos de las personas que amamantan, como desaliento, miedo o frustración, afectan adversamente el éxito de la lactancia²²⁻²⁴.

Nuestro trabajo evidenció un alto porcentaje de lactancia luego del alta, aunque los resultados fueron menos favorables respecto al mantenimiento de su forma exclusiva. Ambas prevalencias se encuentran alineadas

con los resultados provinciales y nacionales más recientes, lo que sugiere que las políticas públicas y el conocimiento de pacientes y profesionales han contribuido a favorecer la práctica de la lactancia humana.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño: parte I. Definiciones [Internet]. 2025. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/item/9789241596664>; (consultado el 1/1/2025).
2. Organización Panamericana de la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño: capítulo modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49355>; (consultado el 1/1/2025).
3. Cuadrón Andrés L, Samper Villagrasa MP, Álvarez Sauras ML, Lasarte Velillas JJ, Rodríguez Martínez G, Grupo Colaborativo CALINA. Breastfeeding prevalence during the first year of life in Aragón. CALINA study. *An Pediatr (Barc)* 2013;79:312-8.
4. Cinta Palomo IM, Leo Rodríguez MR, Márquez Carrasco AM. Muerte súbita del lactante. *Prevención primaria. Enferm Docente* 2018;110:64-72.
5. Martínez-Locio L, Hermsilla M. Reasons for breastfeeding abandonment in mothers with children under 2 years of age. *Mem Inst Investig Cienc Salud*. 2017;15:73-8.
6. Organización Panamericana de la Salud. Lactancia materna y alimentación complementaria. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacion-complementaria>; (consultado el 1/1/2025).
7. Brahm P, Valdés V. Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Rev Chil Pediatr* 2017;88:7-14.
8. Arifeen S, Black RE, Antelman G, Baqui A, Caulfield L, Becker S. Exclusive breastfeeding reduces acute respiratory infection and diarrhea deaths among infants in Dhaka slums. *Pediatrics* 2001;108:e67.
9. Hodinott P, Tappin D, Wright C. Breast feeding. *BMJ* 2008;336:881-7.
10. Ministerio de Salud de la Nación (AR). Dirección de Salud Perinatal y Niñez. Situación de la lactancia en Argentina. Encuesta Nacional de Lactancia 2022. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2022. Disponible en: efaidnbmnnpbpcjpcglclefindmkaj/https://iah.msal.gov.ar/doc/803.pdf; (consultado el 1/1/2025).
11. Provincia de Buenos Aires. Encuesta Provincial de Monitoreo de Lactancia y Alimentación Infantil 2023. La Plata: Ministerio de Salud; 2023. Disponible en: https://www.estadistica.ec.gba.gov.ar/dpe/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=258&Itemid=285; (consultado el 1/1/2025).
12. Lou Z, Zeng G, Orme JG, et al. Breastfeeding knowledge, attitudes, and intention in a sample of undergraduate students in mainland China. *J Hum Lact* 2014;30:331-9.
13. Becerra Bulla F. El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. *Rev Fac Med* 2015;63:217-27.
14. Roig AO, Martínez MR, García JC, et al. Factors associated to breastfeeding cessation before 6 months. *Rev Lat Am Enfermagem* 2010;18:373-80.
15. Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics* 2006;117:e380-6.
16. Niño MR, Silva EG, Atalah SE. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Rev Chil Pediatr* 2012;83:161-9.
17. Chuquilin Pais MB. El recién nacido prematuro. 2008. Disponible en: https://www.academia.edu/38877008/El_recien_nacido_prematuro; (consultado el 1/1/2025).
18. Hostalot Abás AM, Sorní Hubrecht A, Jovaní Roda L, et al. Lactancia materna en el sur de Cataluña. Estudio de los factores socioculturales y sanitarios que influyen en su elección y mantenimiento. *An Pediatr* 2001;54:297-302.
19. Laviña Castan AB. Influencia del contacto precoz, nacionalidad, tipo de parto y prematuridad en la lactancia materna. *Duazary* 2014;11:115-24.
20. Determinación del conocimiento sobre lactancia materna en puérperas internadas en el Hospital Zonal General de Agudos Dr. A. Balestrini, Ciudad Evita, La Matanza. Disponible en: <https://diaeta.aadynd.org.ar/index.php/2022/article/view/36>; (consultado el 1/1/2025).
21. Sigcho Valarezo VL, Tuza Piedra LG, Luna Torres BM. Factores asociados al abandono de la lactancia materna: una revisión sistemática de alcance. *Enferm Investig* 2024;9:64-70.
22. Facultad de Nutrición (FAGRAN). 2.º Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS 2). Indicadores priorizados. Disponible en: <https://www.fagran.org.ar/documentos/seccion/otros/2020/01/2-encuesta-nacional-de-nutricion-y-salud-en-nys-2/>; (consultado el 1/1/2025).
23. Sociedad Argentina de Pediatría. Lactancia materna 2022: una responsabilidad compartida. Buenos Aires: SAP; 2022.
24. Gorrita Pérez RR, Bárcenas Belló Y, Gorrita Pérez Y, Brito Herrera B. Estrés y ansiedad maternos y su relación con el éxito de la lactancia materna. *Rev Cubana Pediatr* 2013;86:179-88.