

Determinantes de la Lactancia Materna Exclusiva en una Muestra de Inmigrantes Latinas en los EE.UU.

Determinants of Exclusive Breastfeeding in a Sample of Latino Immigrant Women in the USA

Ana M. Linares & María L. Gómez

LINARES, A. M. & GÓMEZ, M. L. Determinantes de la lactancia materna exclusiva en una muestra de inmigrantes latinas en los EE.UU. *J. health med. sci.*, 4(1):35-43, 2018.

RESUMEN: Las madres Latinas en los EE.UU. son menos propensas a la práctica de la lactancia materna exclusiva (LME) y tienen más probabilidades de iniciar la introducción temprana de fórmula o alimentos sólidos. El objetivo fue describir los factores que influyen en la LME en los primeros cuatro meses después del nacimiento del infante en una muestra de mujeres Latinas en los EE.UU., incluyendo factores demográficos, intención de alimentar con leche materna, y la autoeficacia de la lactancia materna. Se realizó un estudio longitudinal que incluyó evaluaciones durante el embarazo y la estancia en el hospital, y seguimiento mensual hasta cuatro meses después del alta hospitalaria (n=72). Los resultados mostraron que el 94 % de las madres estaba alimentando a su hijo con leche materna al momento del alta hospitalaria. De ellas, el 50 % estaba con LME. A los 2 meses después del parto, el porcentaje de LME había disminuido a un 26 %, y continuó declinando a un 22 % a los 4 meses. Predictores significativos de LME a los 4 meses fueron el indicador inicial de designar a la pareja como la persona más importante en la vida de la madre (Razón de Momios Ajustada (RMA)=5,42; 95 % IC=1,03-28,66) y el puntaje de autoeficacia de la lactancia materna (RMA=1,20; 95% IC=1,07-1,34). Concluimos que las mujeres con alto nivel de autoeficacia en la lactancia materna después del parto, tuvieron más probabilidad de continuar con LME a los cuatro meses. Este hallazgo tiene una importancia especial en esta población dado que la autoeficacia de la lactancia materna es un factor modificable que puede ser influenciado con intervenciones apropiadas.

PALABRAS CLAVE: Lactancia Materna; Amamantamiento Exclusivo; Latinas; Estados Unidos.

INTRODUCCIÓN

Lactancia materna exclusiva (LME) es la forma más eficiente de alimentación y nutrición infantil y se define como la alimentación que recibe el infante solamente con leche materna, sin ningún alimento o bebida adicional (WHO, 2017). La Organización Mundial de la Salud/UNICEF, la Academia Americana de Pediatría y el Comité de Lactancia de los Estados Unidos recomiendan la LME durante un mínimo de 6 meses después del parto, seguida de la introducción de alimentos complementarios y lactancia materna durante un mínimo de un año (United States Breastfeeding Committee, 2011; American Academy of Pediatrics, 2012; WHO).

La leche materna, en comparación con la fórmula infantil, ofrece una protección frente a múltiples cambios metabólicos y fisiológicos que ocurren más tarde en la vida, en particular, la obesidad y las com-

plicaciones médicas relacionadas (American Academy of Pediatrics, 2012; Spatz, 2014; Carling *et al.*, 2015). Evidencias científicas muestran que la leche materna crea una flora intestinal pionera esencial, que a su vez, establece la estructura básica de la mucosa intestinal y de la función inmune en el infante que influye en la salud a lo largo de la vida (Azad, *et al.*, 2013; Bergström *et al.*, 2014; Houghteling *et al.*, 2015). La suplementación con fórmula en niños alimentados con leche materna y la alimentación con fórmula exclusiva se asocia con un mayor riesgo de sobrepeso y/u obesidad entre los 2 y los 6 años, en comparación con niños alimentados con LME a los 4 meses (Li *et al.*, 2010; Carling *et al.*, 2015). La lactancia materna en la infancia se asocia con un menor índice de masa corporal en la adultez (IMC) y la disminución del riesgo de enfermedad cardiovascular (Parikh *et al.*, 2009; Kelishadi & Farajian, 2014).

De acuerdo con el más reciente Reporte Nacional de Salud y Nutrición de los Estados Unidos (Ogden *et al.*, 2014), la prevalencia de obesidad (\geq 95th percentil) entre los lactantes y niños pequeños desde el nacimiento hasta los 2 años fue del 6,6 % en los Caucásicos, el 8,4 % en los Afroamericanos y 9,4 % en los Latinos. Estos datos podrían sugerir que las diferencias étnicas en la prevalencia de obesidad infantil tienen sus orígenes en las primeras etapas de la vida y están asociadas al tipo de alimentación que reciben los infantes.

Las madres Latinas en los EE.UU. son menos propensas a la práctica de LME, tienen más probabilidades de iniciar la introducción temprana de alimentos sólidos, y son más propensas a percibir los bebés gorditos como saludables (Cartagena *et al.*, 2014). En comparación con las madres Caucásicas y Afroamericanas en los EE.UU, las madres Latinas son las que más suplementan con fórmula infantil a sus hijos durante los primeros 2 días de vida (Caucásicas 22 %, Afroamericanas 28 % y Latinas 33%) (Centers for Disease Control and Prevention, 2007). El motivo principal en la introducción de la fórmula, se relaciona con la actitud fatalista de las mujeres Latinas sobre la insuficiente cantidad de leche que están produciendo (Nommsen-Rivers *et al.*, 2010a; Bartick & Reyes, 2012). Para algunas mujeres Latinas, la creencia lógica pone la alimentación con fórmula y/o la suplementación temprana con fórmula como una práctica aceptable y apoya la percepción errónea de que la fórmula es una solución saludable para problemas de lactancia (Gill, 2009; Bartick & Reyes). Sin embargo, estudios han revelado que la introducción temprana de fórmula produce un efecto negativo en la producción de leche que conduce a reducir la duración y exclusividad de la lactancia materna (ILCA, 2005; Augustin *et al.*, 2014). Además, se observó que la introducción de fórmula o alimentos complementarios en lactantes Latinos, alimentados con leche materna, produce un problema de sobrealimentación que conduce a la obesidad infantil (Cartagena *et al.*; Verstraete *et al.*, 2014).

Los objetivos de este estudio fueron 1) describir los niveles de intención de amamantar en forma exclusiva en una muestra de mujeres Latinas en áreas urbanas en EE.UU; 2) examinar los factores demográficos y personales que influyen en el estado de LME a los 4 meses después del parto; y 3) evaluar si la autoeficacia en lactancia materna juega un rol importante en la duración de LME a los 4 meses.

MATERIAL Y MÉTODO

El diseño del estudio fue longitudinal, e incluyó las evaluaciones durante el embarazo, la estancia en el hospital después del nacimiento del bebé, y el seguimiento mensual hasta los 4 meses después del alta hospitalaria. De un total de 100 mujeres que se inscribieron en el estudio, solo 72 completaron la evaluación hasta los 4 meses (retención de 72%). Aunque el tamaño de la muestra fue planeado para obtener al menos un 80% de potencia para detectar una regresión múltiple R^2 de al menos 0,15 con un nivel alfa de 0,05 y un máximo de 10 predictores, el presente estudio se centró solo en los niños que tienen categoría de alimentación conocida a los 4 meses, por lo que se utilizó una estrategia analítica diferente. De las participantes que se retiraron del estudio, el mayor porcentaje lo hicieron durante el primer mes de la evaluación (47 %). Las razones de retiro fueron imposibilidad de contactar las participantes para las entrevistas de seguimiento ($n=26$) y retiro por muerte del lactante ($n=2$).

Procedimiento

El Comité de Ética e Investigación Institucional de la Universidad de Kentucky aprobó el estudio. Las participantes fueron reclutadas de una clínica de atención primaria de salud asociada a una universidad la cual brinda atención prenatal a mujeres Latinas en Kentucky. Las mujeres fueron contactadas individualmente mientras esperaban en la sala reservada exclusivamente para pacientes embarazadas por personal de investigación bilingües y biculturales debidamente entrenados, quienes explicaron los objetivos del estudio, verificaron la elegibilidad y las invitaron a participar en el estudio. Las mujeres que aceptaron participar y que cumplían los criterios de inclusión firmaron el consentimiento informado. Los criterios de inclusión fueron: 1) auto-identificadas como Latinas; 2) 16 años o más; 3) embarazo de 20 o más semanas de gestación; 4) embarazo aparentemente sano; 5) planear dar a luz en un centro de maternidad local; y 6) con la intención de permanecer en el estado durante al menos cuatro meses después del nacimiento del bebé.

La recolección de datos se llevó a cabo seis veces: encuesta prenatal en forma personal; revisión de la historia médica durante la estancia hospitalaria; encuesta personal perinatal alrededor del primer mes después del parto; y encuestas telefónicas de seguimiento a los dos, tres y cuatro meses después del parto. El idioma de preferencia de las participantes fue español.

Instrumentación

Características demográficas y personales: En la primera entrevista durante el embarazo, se pidió a las participantes que indiquen su edad y nivel de educación. Las respuestas sobre nivel de educación se clasificaron en dos categorías: 'Menor que escuela secundaria' o 'Diploma de escuela secundaria o más'. Se les pidió también a las madres indicar si vivían con su pareja (Sí o No). Asimismo, se les preguntó: ¿Quién es la persona más importante en su vida? Esta pregunta se incluyó como forma de apertura para evaluar la calidad de la relación íntima primaria. Las respuestas se clasificaron como 'Su pareja' (es decir: cónyuge o novio) u 'Otra persona' (es decir: la madre, un miembro de la familia o amigo).

La calidad de la relación íntima primaria se evaluó durante la entrevista prenatal utilizando la Escala de Autonomía y Parentesco (ARI, siglas en Inglés) (Hall & Kiernan, 1992; Linares *et al.*, 2015). La escala ARI contiene 32 preguntas y está compuesta por elementos que miden tanto los aspectos positivos (la autonomía, el saber escuchar, aceptación y apoyo) como los negativos (rechazo, control, hostilidad) de la relación íntima primaria con la persona más importante en la vida del entrevistado. Cada ítem se califica en una escala de Likert de 5 puntos, con opciones de respuesta que van desde 1 (no, para nada) a 5 (muchísimo). Para calcular el puntaje total todas las puntuaciones se suman, y luego se resta 32 del total, de modo que la puntuación acumulada va de 0 a 128. Un puntaje mayor indica una mejor relación. El coeficiente alfa de Cronbach en esta muestra fue 0,92.

La intención de amamantar fue evaluada durante el periodo prenatal mediante la Escala de Intenciones de Alimentación Infantil (IFI, siglas en Inglés) (Nommsen-Rivers *et al.*, 2010b). Esta escala tiene 5 preguntas, con opciones de respuesta que van desde 0 (muy en desacuerdo) a 4 (muy de acuerdo), a excepción de la pregunta 1, en la cual el puntaje es inverso. La puntuación total se obtiene promediando las dos primeras preguntas (planes de alimentación del infante) y agregando el puntaje de las otras tres preguntas. El rango total de puntaje va de 0 a 16; a mayor puntaje, mayor intención de proveer LME hasta los 6 meses. El alfa de Cronbach en este estudio fue de 0,78.

La Escala de Autoeficacia de Lactancia Materna (BSES, siglas en Inglés) (Dennis & Faux, 1999; Oliver-Roig *et al.*, 2012), se utilizó para medir la con-

fianza que tenía la madre de amamantar al bebe. Esta escala se aplicó al mes después del parto. El instrumento consta de 33 preguntas, con opciones que van desde 1 (nada segura) a 5 (siempre segura). La puntuación total se obtiene mediante la adición de los 33 elementos de la escala, con puntaje total que van de 33 a 165; las puntuaciones más altas indican una mayor autoeficacia para la lactancia materna. El alfa de Cronbach para esta muestra fue 0,90.

El estado de la alimentación infantil se evaluó al momento del alta del hospital después del nacimiento del bebe y posteriormente en cada mes después del alta, hasta el cuarto mes. Las posibles opciones fueron: lactancia materna exclusiva (LME), alimentación exclusiva con fórmula (Formula) o una combinación de alimentación (las dos cosas). LME se definió como la alimentación del lactante con leche materna exclusiva y sin ninguna comida o bebida adicional, pudiéndose incluir gotas de medicina, vitaminas o minerales; Formula se definió cuando el bebé se alimentó solamente con leche de fórmula; y "las dos cosas", cuando el bebé se alimentó con leche materna y se complementó con fórmula u otro alimento o alimentación infantil (Thulier, 2010; WHO). El estado de alimentación al momento del alta se determinó mediante revisión de la historia clínica del niño, y se verificó la precisión de los datos con la historia clínica de la madre y/o notas de la especialista en lactancia, enfermera u otro profesional clínico. Durante los 4 meses posteriores al parto, se les preguntó a las madres ¿Cómo alimenta a su bebé? Las madres que indicaron que estaban dando lactancia, se les preguntó ¿Recibe o ha recibido su bebé agua, jugo o cualquier otro alimento? para confirmar si acumulativamente él bebe había estado con LME o "las dos cosas".

Análisis Estadísticos

Se utilizó la prueba *t* de Student de dos muestras relacionadas o la prueba de chi-cuadrado de asociación para comparar las características de las participantes que completaron el estudio con aquellas que abandonaron antes de los cuatro meses después del parto. Se utilizó estadística descriptiva obteniéndose frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y desviaciones estándar. Se realizó un análisis descriptivo para establecer el porcentaje de madres en cada categoría de alimentación infantil desde su salida del hospital y hasta el cuarto mes después del parto. Se utilizó la prueba *t* de Student de dos muestras para determinar si el nivel de autoeficacia de la lactancia materna variaba entre las madres que mantu-

vieron LME hasta los 4 meses comparadas con las que suplementaron con otro tipo de alimentación. Se utilizó regresión logística binaria para determinar los predictores de LME a los 4 meses. El factor de inflación de la varianza fue calculado para probar el modelo de multicolinealidad; la bondad de ajuste de regresión logística se evaluó mediante la prueba de chi-cuadrado de Hosmer-Lemeshow. Los datos se analizaron con el programa SAS, v 9.3.; con nivel de significancia alfa de 0,05.

RESULTADOS

Cerca del 92 % de las participantes en este estudio reportaron ser inmigrantes de México. Alrededor de la mitad de la muestra reportó tener un diploma de escuela secundaria o más (Tabla I). La mayoría indicó que vivían con su pareja (86 %), mientras que un porcentaje menor dijo que su pareja era la persona más importante en su vida (63 %); el grupo restante de las participantes eligió la madre (29 %) u otro miembro de la familia (8 %) como la persona más importante en su vida.

La edad promedio de las participantes fue de 28 años (DE \pm 5 años), con rango de 17 a 41. Las participantes tendieron a evaluar su relación íntima primaria positivamente; de un total posible de 128 puntos, el promedio de la puntuación de ARI fue 107,1 puntos. En relación al puntaje de IFI, el promedio obtenido en esta muestra fue de 11,8 de un total de puntuación máxima posible de 16 puntos. Esto indica el compromiso que mostraron las participantes en planear LME durante el período prenatal. Por último, entre las 61 madres que estaban amamantando al primer mes (ya sea en forma exclusiva o suplementado con fórmula), la puntuación media en la BSES fue 146,6 del total de puntuación máxima posible de 165 puntos. Esto sugiere, que estas madres se sentían con una gran confianza y con deseos de continuar con lactancia materna (Tabla II).

Trayectoria de la alimentación infantil.

Como se muestra en la Figura 1, la mayoría de las madres estaban amamantando al momento del alta del hospital, ya sea con LME (50 %) o complementan-

Tabla I. Resumen descriptivo de características materno-reproductivas (n = 72).

	Promedio o número	Rango o porcentaje
Edad de las madres	28 \pm 5,1	17 - 41
Lugar de nacimiento		
México	66	91,7 %
Otro País	6	8,3 %
Educación		
Menor que Escuela Secundaria	33	45,8 %
Diploma de Escuela Secundaria o más	39	54,2 %
Situación familiar		
Vive con pareja	62	86,1 %
No vive con pareja	10	13,9 %
¿Quién es la persona adulta más importante en su vida?		
Su pareja	45	62,5 %
Otra persona	27	37,5 %
Índice de Masa Corporal (IMC)		
Peso bajo	2	2,8 %
Normal	22	30,6 %
Sobre peso	25	34,7 %
Obesidad	22	30,6 %
Paridad		
Primípara	5	6,9 %
Multípara	67	93,1 %
Forma de nacimiento		
Vaginal	53	73,6 %
Cesárea	19	26,4 %
Lactancia Materna Exclusiva a los 4 meses		
Si	16	22,2 %
No	56	77,8 %

Tabla II. Puntaje maternal de las Escalas de Autonomía y Parentesco (ARI, siglas en Inglés), Intención de Alimentación Infantil (IFI, siglas en Inglés) y Autoeficacia de la Lactancia Materna (BSES, siglas en Inglés).

Variable	Promedio ± DE	Rango
ARI (Puntaje Total ^a)	107,1 ± 15,3	59 - 128
IFI (Puntaje Total ^a)	11,8 ± 4,2	1,5 - 16
BSES (Puntaje Total ^b)	146 ± 14,7	91 - 164

^a Aplicada el primer trimestre del embarazo, n = 72
^b Aplicada al primer mes después del parto, n = 61

do con fórmula (44 %). Al primer mes después del parto, 61 madres continuaban amamantando, incluyendo 26 (36 %) con LME y 35 (49 %) que suplementaban con fórmula. El aumento del uso de la fórmula a lo largo del tiempo es evidente entre el segundo y tercer meses después del nacimiento: a los 2 meses 19 (26 %) madres estaban con LME, y el número de madres que suplementaban con fórmula fue 31 (43 %); a los 3 meses ambos valores continuaron declinando. Al concluir el estudio, solo 16 (22 %) madres conti-

nuaban con LME, 29 (40 %) estaban usando ambos, y 27 (38 %) estaban solo alimentando con fórmula a sus bebés. La razón más común reportada por las mujeres que introdujeron fórmula fue la percepción de baja producción de leche (45 %) y tener que trabajar (31 %). Menos común, reportaron sentir dolor en los pezones con el amamantamiento (11 %), vergüenza de amamantar en público (7 %), el pediatra recetó al niño fórmula por estar con bajo peso (3 %) y por qué la madre estaba tomando medicina (3 %).

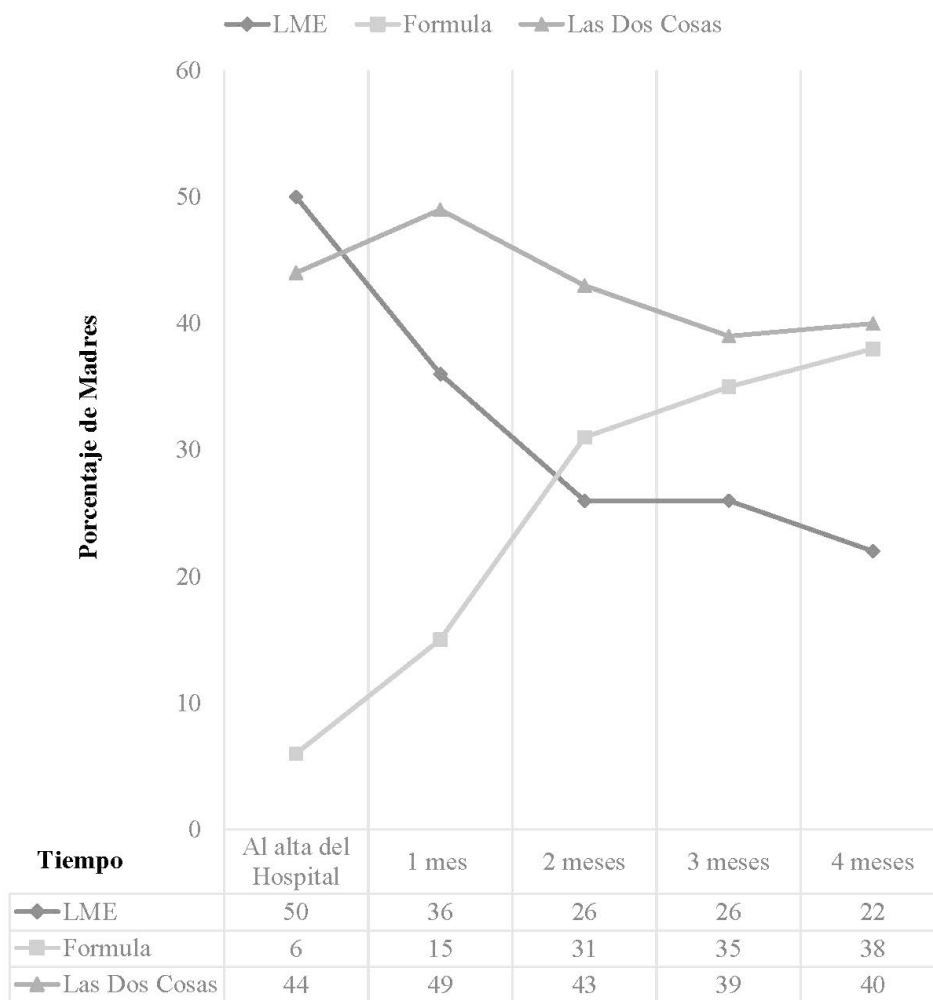


Fig. 1. Porcentajes de madres hispanas asociado al tipo de alimentación del infante durante los cuatro meses (n = 72).

La auto-eficacia en la lactancia materna y la lactancia materna exclusiva.

Entre las 61 madres que amamantaban al primer mes después del parto y que completaron la escala de autoeficacia (BSES) en ese momento, 26 estaban con LME. De este grupo de participantes, la mitad continuaron con LME a los 4 meses y la otra mitad, ya sea estaban solo dando fórmula o complementando con fórmula. El puntaje promedio BSES para las que continuaban con LME a los 4 meses fue 157,6 (DE ± 7,3), en comparación con 150,7 (DE ± 11,7) para las que habían cambiado a otro tipo de alimentación. Aunque la comparación de la prueba t de Student de estos dos grupos no fue significativa (t = 1,8; p = 0,083); este hallazgo sugiere que la autoeficacia a la lactancia materna al primer mes después del parto puede ser menor en las mujeres que están con LME, pero que tienen riesgo de introducir fórmula entre el segundo y cuatro meses después del parto, en comparación con aquellos que continúan con LME durante ese tiempo.

Predictores de la lactancia materna exclusiva a los 4 meses.

Los posibles predictores incluidos en el modelo de regresión logística para determinar los factores que influían en mantener LME a los 4 meses fueron: la edad, la educación, el haber elegido como la persona más importante en su vida a su pareja, la calidad de la relación íntima (ARI puntuación), la intención de amamantar (puntuación IFI), y la autoeficacia en la lactancia materna (puntuación de BSES). El modelo de regresión logística fue significativo ($X^2 = 25,0$; $p < 0,001$), y los datos se ajustaron al modelo apropiadamente (Hosmer-Lemeshow $X^2 = 4,8$; $p = 0,78$). El factor de inflación de la varianza del modelo fueron todos de menos de 1,2, indicando que la multicolinealidad es muy poco probable que haya causado cualquier distorsión en los parámetros de regresión. Los predictores

significativos del estado de LME a los 4 meses fueron el indicador que la pareja es la persona más importante en la vida de la participante y el puntaje que obtuvo en la escala de auto-eficacia de la lactancia materna. Las madres que reportaron a su pareja como la persona más importante en su vida durante la evaluación prenatal tenían 5,4 veces más probabilidades de continuar con LME a los 4 meses después del nacimiento del bebe. Por cada aumento de un punto en la escala de BSES la probabilidad de que la madre estuviera con LME a los 4 meses incrementó en 1,20 (Tabla III). La probabilidad de estar con LME a los 4 meses no se relacionó significativamente con la edad, la educación, la calidad de la relación íntima primaria, o las intenciones de la alimentación infantil que se evaluaron al inicio del estudio (durante el embarazo).

DISCUSIÓN

Casi la totalidad de las 72 madres Latinas que participaron en este estudio estaban amamantando a sus hijos al momento del alta (94%) y de estas, la mitad estaba con LME. Este hallazgo apoya los informes del Centro de Prevención y Control de las Enfermedades (CDC, siglas en Inglés) que reconoce que las mujeres Latinas son más propensas a iniciar la lactancia materna en comparación con otros grupos étnicos de mujeres en los EE.UU. (Centers for Disease Control and Prevention, 2010). Sin embargo, a los 2 meses después del parto, el porcentaje de lactancia materna y en especial el de LME se redujo al 26 % (del 50% al alta), que es incluso menor que lo reportado por CDC a nivel nacional (33 %) entre las mujeres Latinas (Centers for Disease Control and Prevention, 2010). Es importante destacar que el porcentaje de LME continuó disminuyendo y que bajo a menos un cuarto entre las madres de este estudio al cuarto mes (22 %). En relación a la intención de dar de mamar,

Tabla III. Modelo de predicción de la lactancia materna exclusiva a los 4 meses después del parto (n = 61).

Variable	Razón de Momios Ajustada	95% IC
Edad	0,92	0,78 - 1,09
Educación		
Diploma de Escuela Secundaria o más	2,71	0,57 - 12,89
Menor que Escuela Secundaria	Ref	Ref
Persona más importante en la Vida		
Pareja	5,42	1,03 - 28,66
Otra Persona	Ref	Ref
Autonomía y Parentesco (ARI) (Puntaje Total)	0,98	0,93 - 1,03
Intención de Alimentación Infantil (IFI) (Puntaje Total)	0,99	0,82 - 1,21
Autoeficacia de la Lactancia Materna (BSES) (Puntaje Total)	1,20	1,07 - 1,34

nuestros hallazgos muestran una inconsistencia entre la intención de dar de mamar y el porcentaje real de LME entre las participantes; cuando preguntamos sobre su intención de amamantar durante el embarazo, la mayoría de las madres obtuvo una alta puntuación en la escala de IFI, lo que sugirió su compromiso con continuar con LME hasta los 6 meses de edad (Nommsen-Rivers, 2010b). Nuestros resultados mostraron que una puntuación más alta en la escala IFI se asoció significativamente con LME al alta y en el primer mes (datos no mostrados); sin embargo, esta relación a los 4 meses no fue significativa en este estudio. La percepción de la baja producción de leche fue la razón más común para justificar la introducción de fórmula entre las madres que estaban con LME al momento del alta y durante los primeros 4 meses. Este hallazgo corrobora informes anteriores en relación a que las mujeres Latinas que viven en los EE.UU. son más propensas a amamantar a sus bebés, pero al mismo tiempo, desean complementar con fórmula ya que la ven como una buena solución para los problemas asociados a la lactancia materna (Gill; Centers for Disease Control and Prevention; Bartick & Reyes; Chapman & Perez-Escamilla, 2012; Cartagena *et al.*).

De las madres que estaban con LME al primer mes, exactamente la mitad continuaban con LME a los 4 meses y la otra mitad ya complementaba al menos con un biberón de fórmula cada día a su bebé. Si bien la comparación no fue significativa, hay evidencias preliminares que sugiere que la autoeficacia en la lactancia materna, al primer mes después del parto, puede estar ligado a lograr mantener con éxito la LME a los 4 meses después del parto, ya que las madres que continuaban con LME al cuarto mes en nuestro estudio, tuvieron un mayor puntaje en el BSES en comparación con las que descontinuaron la LME (Haughton *et al.*, 2010; Meedya *et al.*, 2010).

Un hallazgo importante de este estudio fue que entre las madres que estaban amamantando al primer mes después del parto (ya sea LME o “las dos cosas”), los predictores significativos de LME a los 4 meses fueron si su pareja era o no la persona más importante en su vida y, su puntuación de BSES en el primer mes. Nuestros resultados mostraron que cuando la pareja era la persona más importante en la vida de las mujeres, fue más probable que la madre continuara con LME; sin embargo, no se dio el mismo resultado si se sustituía la variable ‘persona más importante = pareja’ con ‘viviendo con su pareja.’ Esto sugiere que la convivencia en pareja puede no ser suficiente para apoyar la duración de la LME, sino que es

la naturaleza de la relación de pareja la que produce una influencia positiva. Se ha descrito previamente que las mujeres Latinas, especialmente las inmigrantes, tienen fuertes lazos con los miembros de su familia y el efecto de esta proximidad y apoyo en su entorno primario se asocia a resultados de salud consistentemente positivos (Scelza, 2011; Gress-Smith *et al.*, 2013).

Conclusiones e Implicaciones en la Práctica

En conclusión, las mujeres con alto nivel de autoeficacia en la lactancia materna al primer mes después del parto, tuvieron más probabilidad de continuar con LME a los 4 meses. Este hallazgo tiene una importancia especial en esta población, dado que la autoeficacia de la lactancia materna es un factor modificable que puede ser influenciado con intervenciones apropiadas. A nivel internacional, intervenciones realizadas que tienen como objetivo aumentar la autoeficacia de la lactancia materna reportan ser más efectivas que las que se limitan a centrarse en educación en lactancia para mejorar los conocimientos (Meedya *et al.*).

Otra implicación en la práctica, es que las madres Latinas que estaban amamantando al mes después del parto, pero que tenían puntuaciones bajas en la escala de autoeficacia (BSES) pueden tener un mayor riesgo de interrupción de la LME en los meses siguientes. Este hallazgo refuerza la recomendación de que las madres requieren de un apoyo adicional durante la lactancia y en especial después del alta del hospital; apoyo que busque reforzar la confianza de las madres sobre su autoeficacia para producir suficiente leche y lograr alimentar a su bebe con LME.

La principal limitación de este estudio es el tamaño de la muestra; estos resultados se centran sólo en las participantes que tienen categoría de alimentación infantil conocida a los cuatro meses. Una limitación relacionada es la omisión de los 28 participantes que se perdieron durante el seguimiento durante los 4 meses después del parto. Sin embargo, esta limitación se reduce al mínimo al observar a través del análisis que las participantes que abandonaron el estudio tuvieron características demográficas similares a las que completaron el estudio. Además, el modelo logístico fue significativo e incluye predictores significativos. Aún cuando el poder de la muestra fue disminuido por la pérdida de las participantes que abandonaron el estudio, el modelo presentó un nivel de significancia lo suficientemente alto que validan estos hallazgos.

En conclusión, nuestros resultados muestran que la pareja como relación primaria íntima y la alta autoeficacia en la lactancia al primer mes influyen significativamente en el logro de LME a los cuatro meses después del parto. Apoyo durante el embarazo y el postparto por profesionales de salud expertos en lactancia materna es primordial para aumentar la autoeficacia de la LME en esta población vulnerable.

FINANCIAMIENTO: Este estudio fue financiado por el fondo de iniciación de la Escuela de Enfermería que fue otorgado al autor principal, University of Kentucky, Lexington, KY, USA.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen la invaluable asesoría estadística de la Dra. Amanda Wiggins y Dra. Mary Kay Rayens, Profesoras del College of Nursing, University of Kentucky.

LINARES, A. M. & GÓMEZ, M. L. Determinants of exclusive breastfeeding in a sample of Latino immigrant women in the USA. *J. health med. sci.*, 4(1):35-43, 2018.

SUMMARY: Determinant of Exclusive Breastfeeding in a Sample of Latino Immigrant women in the USA Latino mothers in the USA are less likely to practice exclusive breastfeeding (EBF) and more likely to initiate early introduction of formula supplementation or other solid foods. The aim was to describe factors influencing EBF during the first four-month after birth of infants in a sample of Latino women in the USA, including demographic factors, intention to breastfeed, and breastfeeding-self efficacy. This longitudinal study included assessments during pregnancy, in the hospital following childbirth, and monthly follow-up to 4 months post-discharge from hospital (n=72). The results showed that 94% of the mothers were feeding their child with breast milk at the time of hospital discharge. Of them, 50 % were with EBF. By 2 months postpartum, the rate of EBF had declined to 26 %, and continuing dropping to 22 % by 4 months. Significant predictors of EBF status at 4 months included the baseline indicator for mother's partner as the most important person in life (Adjusted Odds Ratio [AOR]=5.42; 95% CI=1.03-28.66) and breastfeeding self-efficacy score (AOR=1.20; 95% CI=1.07-1.34). We conclude that women with high levels of breastfeeding self-efficacy after delivery were more likely to continuing EBF at 4 months. This finding has a particular relevancy in this population considering that breastfeeding self-efficacy is a modifiable factor that could be influenced with appropriate interventions.

KEY WORDS: Breastfeeding; Exclusive Breastfeeding; Latino; USA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 129(3):e827-41, 2012.
- Augustin, A. L.; Donovan, K.; Lozano, E. A.; Massucci, D. J. & Wohlgemuth, F. Still nursing at 6 months: a survey of breastfeeding mothers. *MCN Am. J. Matern. Child. Nurs.*, 39(1):50-5, 2014.
- Azad, M. B.; Konya, T.; Maughan, H.; Guttman, D. S.; Field, C. J.; Chari, R. S.; Sears, M. R.; Becker, A. B.; Scott, J. A.; Kozyrskyj, A. L. & CHILD Study Investigators. Gut microbiota of healthy Canadian infants: profiles by mode of delivery and infant diet at 4 months. *C. M. A. J.*, 185(5):385-94, 2013.
- Bartick, M. & Reyes, C. Las dos cosas: an analysis of attitudes of latina women on non-exclusive breastfeeding. *Breastfeed Med.*, 7(1):19-24, 2012.
- Bergström, A.; Skov, T. H.; Bahl, M. I.; Roager, H. M.; Christensen, L. B.; Ejlerskov, K. T.; Mølgaard, C.; Michaelsen, K. F. & Licht, T. R. Establishment of intestinal microbiota during early life: A longitudinal, explorative study of a large cohort of Danish infants. *Appl. Environ. Microbiol.*, 80(9):2889-900, 2014.
- Carling, S. J.; Demment, M. M.; Kjolhede, C. L. & Olson, C. M. Breastfeeding duration and weight gain trajectory in infancy. *Pediatrics*, 135(1):111-9, 2015.
- Cartagena, D. C.; Ameringer, S. W.; McGrath, J.; Jallo, N.; Masho, S. W. & Myers, B. J. Factors contributing to infant overfeeding with Hispanic mothers. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.*, 43(2):139-59, 2014.
- Centers for Disease Control and Prevention. *Provisional formula supplementation of breast milk rates by socio-demographic factors, among children born in 2007*. Available from: http://www.cdc.gov/breastfeeding/data/NIS_data/2007/socio-demographic_formula.htm.
- Centers for Disease Control and Prevention. Racial and ethnic differences in breastfeeding initiation and duration, by State. National Immunization Survey, United States, 2004-2008. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 59(11):327-34, 2010.
- Chapman, D. J. & Perez-Escamilla, R. Breastfeeding among minority women: moving from risk factors to interventions. *Adv. Nutr.*, 3(1):95-104, 2012.
- Dennis, C. L. & Faux, S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Res. Nurs. Health.*, 22(5):399-409, 1999.
- Gill, S. L. Breastfeeding by Hispanic women. *J. O. G. N. N.* 38(2):244-52, 2009.
- Gress-Smith, J. L.; Roubinov, D. S.; Tanaka, R.; Cmic, K.; Gonzales, N.; Enders, C. & Luecken, L. J. Prenatal expectations in Mexican American women: development of a culturally sensitive measure. *Arch. Womens Ment. Health*, 16(4):303-14, 2013.
- Hall, L. A. & Kiernan, B. S. Psychometric assessment of a measure of the quality of primary intimate relationships. *Health Values: The Journal of Health Behavior, Education & Promotion*, 16(4):30-9, 1992.
- Haughton, J.; Gregorio, D. & Pérez-Escamilla, R. Factors associated with breastfeeding duration among Connecticut Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC) participants. *J. Hum. Lact.*, 26(3):266-7, 2010.
- Houghteling, P. D. & Walker, W. A. Why is initial bacterial colonization of the intestine important to infants' and children's health? *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.*, 60(3):294-307, 2015.
- International Lactation Consultant Association (ILCA). *Clinical guidelines for the establishment of exclusive breastfeeding. International Lactation Consultant Association. 2005*. Disponible en: <http://breastcrawl.org/pdf/ilca-clinical-guidelines-2005.pdf>.

- Kelishadi, R. & Farajian, S. The protective effects of breastfeeding on chronic non-communicable diseases in adulthood: A review of evidence. *Adv. Biomed. Res.*, 3:3, 2014.
- Li, R.; Fein, S. B. & Grummer-Strawn, L. M. Do infants fed from bottles lack self-regulation of milk intake compared with directly breastfed infants? *Pediatrics*, 125(6):e1386-93, 2010.
- Linares, A. M.; Hall, L. & Ashford, K. Psychometric testing of the autonomy and relatedness inventory—spanish version. *J. Nurs. Meas.*, 23(1):E27-37, 2015.
- Meedya, S.; Fahy, K. & Kable A. Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review. *Women Birth.*, 23(4):135-45, 2010.
- Nommsen-Rivers, L. A.; Chantry, C. J.; Cohen, R. J.; Dewey, K. G. Comfort with the idea of formula feeding helps explain ethnic disparity in breastfeeding intentions among expectant first-time mothers. *Breastfeed Med.*, 5(1):25-33, 2010a.
- Nommsen-Rivers, L. A.; Cohen, R. J.; Chantry, C. J. & Dewey, K. G. The Infant Feeding Intentions scale demonstrates construct validity and comparability in quantifying maternal breastfeeding intentions across multiple ethnic groups. *Matern. Child. Nutr.*, 6(3):220-7, 2010b.
- Ogden, C. L.; Carroll, M. D.; Kit, B. K. & Flegal, K. M. Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012. *J. A. M. A.*, 311(8):806-14, 2014.
- Oliver-Roig, A.; d'Anglade-González, M. L.; García-García, B.; Silva-Tubio, J. R.; Richart-Martínez, M.; Dennis, C. L. The Spanish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: reliability and validity assessment. *Int. J. Nurs. Stud.*, 49(2):169-7, 2012.
- Parikh, N. I.; Hwang, S. J.; Ingelsson, E.; Benjamin, E. J.; Fox, C. S.; Vasan, R. S. & Murabito, J. M. Breastfeeding in infancy and adult cardiovascular disease risk factors. *Am J Med.*, 122(7):656-63.e1, 2009.
- Scelza, B. A. The place of proximity: social support in mother-adult daughter relationships. *Hum. Nat.*, 22(1-2):108-27, 2011.
- Spatz, D. L. Preventing obesity starts with breastfeeding. *J. Perinat. Neonatal Nurs.*, 28(1):41-50, 2014.
- Thulier, D. A call for clarity in infant breast and bottle-feeding definitions for research. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.*, 39(6):627-34, 2010.
- United States Breastfeeding Committee. *Breastfeeding Saves Billions. 2011.* Disponible en: <http://www.usbreastfeeding.org/LinkClick.aspx?link=Publications%2fHealth-Care-Reform-One-Page-USBC-update.pdf&tabid=70&mid=388>.
- Verstraete, S. G.; Heyman, M. B.; Wojcicki, J. M. Breastfeeding offers protection against obesity in children of recently immigrated Latina women. *J. Community Health.*, 39(3):480-6, 2014.
- World Health Organization (WHO). *Nutrition Exclusive Breastfeeding, World Health Organization. 2017.* Disponible en: http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/.

Dirección para correspondencia:
Ana M. Linares
College of Nursing
University of Kentucky, Lexington
Kentucky
USA

E-mail: am.linares@uky.edu

Recibido : 17-10-2017

Aceptado: 24-12-2017