

---

## Política laboral y de igualdad de género: permisos parentales, lactancia y bienestar infantil

---

*Cristina Castellanos-Serrano*<sup>1</sup>

Universidad Nacional a Distancia (UNED)

*Carlamarina Rodríguez*<sup>2</sup>

Hospital de Día Infanto Juvenil de Oviedo y Universidad de Oviedo

**Recibido:** 19-12-2022

**Aceptado:** 19-05-2023

---

<sup>1</sup> ccastellanos@cee.uned.es

<sup>2</sup> carlamarina.rodriguez@sespa.es

### **Política laboral y de igualdad de género: permisos parentales, lactancia y bienestar infantil**

*Resumen.* Se analiza si existe relación entre el diseño de los permisos parentales remunerados y la prevalencia y duración de la lactancia materna, a la vez que se estudian los factores de riesgo y de protección, incluidas la lactancia y la participación materna en el mercado laboral, en la salud mental de la infancia a medio y largo plazo.

Se realizan dos estudios cuantitativos en un contexto español urbano, partiendo de una encuesta representativa y de un estudio observacional analítico, con estudio de casos y controles, que resultan complementarios al incluir variables y enfoques económicos, psicológicos, sociológicos y de políticas pública.

La participación en el mercado laboral de la madre y la lactancia materna, especialmente cuando ambas circunstancias ocurren a la vez, son factores de protección para la infancia, tanto económica como psicológicamente. La actual duración del permiso de maternidad no correlaciona con la provisión o no de leche materna ni con la duración de esta práctica.

La principal consecuencia de política laboral es la importancia de poner en práctica un sistema de permisos que fomente un uso igualitario entre hombres y mujeres durante el primer año de vida, con permisos iguales, intransferibles, pagados al 100% y de uso sucesivo, ya que mejora los factores que influyen en el bienestar infantil, a la vez que promueve el objetivo de igualdad de género. La política sanitaria también podría apoyar el uso igualitario de los permisos mediante su consejo y formación en favor de la corresponsabilidad de los padres en el cuidado, de forma similar a como hace con la lactancia materna.

*Palabras clave:* Mercado De Trabajo, Bienestar Infantil, Igualdad De Género, Permisos Parentales, Lactancia Materna.

*Clasificación JEL:* J08, J13, J16, J78, I18.

### **Labour and Gender Equality Policy: parental leave, breastfeeding and child well-being**

*Abstract.* We analyze whether there is a relationship between the design of paid parental leave and the prevalence and duration of breastfeeding, while studying risk and protective factors, including breastfeeding and maternal participation in the labour market, on children's mental health in the medium and long term.

Two quantitative studies are conducted in an urban Spanish context, based on a representative survey and analytical observational study, with case-control studies. These are complementary as they include economic, psychological, sociological and public policy variables and approaches.

Mother's labour market participation and breastfeeding, especially when both circumstances occur together, are protective factors for children, economically and psychologically. The current length of maternity leave does not correlate to the provision or non-provision of breastmilk or the duration of breastfeeding.

The main labour policy implication is the relevance of implementing a parental leave system that encourages equal use among women and men during the first year of life, with equal, nontransferable, 100% paid and nonsimultaneous use leave, as it enhances the factors that influence child well-being while promoting the goal of gender equality. Health policy could also support the equal use of parental leave by providing advice and training for co-responsibility of fathers in care, in a similar way as it does for breastfeeding.

*Keywords:* Labour Market, Child Well-Being, Gender Equality, Parental Leave, Breastfeeding.

*JEL codes:* J08, J13, J16, J78, I18.

## 1. Introducción

El bienestar en la infancia es clave para que la sociedad se desarrolle plenamente. Los factores, múltiples y complejos, interactúan entre ellos de formas diversas influyendo positiva y negativamente en el desarrollo psicológico, los resultados educativos y el bienestar de las niñas y los niños y sus familias (Karila, 2012; Van Huizen y Plantenga, 2018). Además, su impacto varía según las condiciones socioeconómicas de las familias. Por ejemplo, la expansión de los servicios de cuidado y educación infantil tiene un impacto positivo en el desarrollo de los niños, en particular para aquellos que provienen de familias de nivel socioeconómico más bajo (Heckman y Masterov, 2007; Ruhm y Waldfogel, 2012; Van Huizen y Plantenga, 2018).

Desde el ámbito económico se destaca la relevancia de que todos los progenitores participen en el mercado laboral como factor protector contra la pobreza infantil (Stock et al., 2014) y como elemento clave para un funcionamiento más eficiente del mercado de trabajo y un mayor crecimiento económico, que suele estar ligado a niveles más altos de riqueza, bienestar material y provisión de servicios. Desde la perspectiva feminista y de igualdad de género, se acentúan las bondades de la participación de los padres varones en el cuidado y atención diaria de sus hijos, tanto para la propia infancia y los padres como para las madres por la reducción de la penalización por maternidad (Cabrera y Tamis-LeMonda, 2013, Fernández-Cornejo et al., 2016, 2018). Estos enfoques abogan por políticas públicas, como el acceso universal a servicios de educación infantil, que promuevan un cambio de paradigma social que fomente la participación de los hombres en el cuidado y de las mujeres en el mercado de trabajo, reduciendo no solo el riesgo de pobreza, sino aumentando la independencia económica de los progenitores (Barnett y Masse, 2007; Reynolds et al., 2011; Stock et al., 2014; Del Boca, 2015; Elborgh-Woytek et al., 2013; Staab, 2015). La política estrella de este paradigma es la equiparación del permiso de paternidad al de maternidad, ya que incide positivamente en ambos objetivos (Castro-García y Pazos-Morán, 2016; Eydal y Gíslason, 2018).

Uno de los argumentos principales que se da en contra de esta visión de los beneficios de un sistema de permisos parentales igualitario, en el contexto español, es que la lactancia materna en exclusiva es un factor relevante para el bienestar infantil, especialmente en los seis primeros meses de vida, en los que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia en exclusiva (OMS, 2003). Puesto que la madre biológica es la que puede lactar, plantean que el sistema debería ajustarse para que las madres puedan estar esos seis meses disponibles física y temporalmente al lado del bebé, y fuera del mercado de trabajo. Desde algunos discursos se esgrime que esta declaración normativa de la autoridad sanitaria debería llevar a extender el permiso de maternidad a los 6 meses, independientemente del diseño y el uso correspondiente que se haga del permiso de paternidad, y de la relación real que tenga con la difusión de la lactancia materna en exclusiva entre la población. Es decir, se apuesta por que la extensión del permiso de maternidad promovería la lactancia materna en exclusiva y se apuesta por las bondades de esta por encima de los costes que conlleva un sistema de permisos parentales no igualitario. Sin embargo, existe abundante evidencia sobre los efectos directos de los permisos parentales igualitarios en la participación y responsabilidad asumida de los padres varones en el cuidado de la infancia, en la participación y condiciones laborales de las madres y, por

tanto, en la reducción del riesgo de pobreza infantil y familiar, así como de las situaciones de dependencia económica y riesgo de exclusión social.

Este artículo plantea la necesidad de una reflexión sobre la existencia o no de evidencia disponible para defender un permiso de maternidad más amplio que el de paternidad basándose exclusivamente en el hecho de que la lactancia materna sea un factor protector, sin considerar otros factores relevantes para el bienestar infantil y la igualdad de género. ¿Determina la duración de los permisos parentales la elección de la madre sobre la lactancia? ¿Qué otros factores son clave para el bienestar infantil? Es relevante considerar los beneficios del uso paterno de los permisos y las implicaciones sobre la corresponsabilidad de los padres en las propuestas de cambio del diseño del sistema de permisos parentales.

Este artículo surge de debatir resultados no esperados de las dos investigaciones que se presentan en el artículo, que parten de dos disciplinas distintas, la economía y la psicología infantil. Desde la psicología se podía suponer que la incorporación laboral temprana de la madre y la entrada en “la guardería” (escuela infantil de primer ciclo) podrían aumentar el riesgo de recibir un diagnóstico de trastorno mental en edad escolar, pero el estudio aquí presentado evidencia que estos factores resultan, por el contrario, protectores para el bienestar infantil. Desde la economía se podía plantear que la duración de los permisos parentales estuviera relacionada con la lactancia materna y su duración. Sin embargo, los resultados empíricos encontrados muestran que no hay diferencia en el tipo y tiempo de duración de lactancia proporcionada según el uso del permiso de maternidad. Por tanto, decidimos presentar conjuntamente los resultados de estas investigaciones en este artículo, para sacar conclusiones de política laboral y sanitaria basadas en la evidencia.

El resto del artículo se estructura de la siguiente forma. En primer lugar, se explica la complejidad de este análisis debido a los roles tradicionales de género, acompañado por una revisión de la literatura sobre los principales factores de riesgo y protección de la infancia y sobre lactancia materna, desde la perspectiva económica y psicológica. Tras presentar la metodología en el apartado 3, en los apartados 4 y 5 se exponen los resultados principales de dos trabajos de investigación realizados desde la perspectiva económica y psicológica que incluyen el estudio de la lactancia materna. Por último, se discuten los resultados y se concluye evidenciando las consecuencias para el diseño de políticas públicas, en concreto sobre el sistema de permisos parentales y ciertos instrumentos de política sanitaria en España.

## **2. Revisión de la literatura**

### *2.1. Roles tradicionales de maternidad y paternidad*

El Sector Público es capaz de incidir en muchos ámbitos de la sociedad y la economía. Muchas políticas públicas tienen distintos objetivos directos o indirectos. La mayor parte de las políticas públicas tienen resultados e impactos esperados e inesperados, algunos buscados explícitamente y otros asumidos implícitamente. Además, muchas políticas públicas interactúan entre sí, de forma que impulsan ciertos comportamientos y situaciones en la misma dirección o en sentidos contrarios. Por tanto, a la hora de evaluar y diseñar las políticas públicas es necesario ampliar el marco y observar y analizar los procesos complejos de interacciones y efectos que se producen, desde una perspectiva multidisciplinar y abierta.

Este es el caso de ciertos instrumentos de política laboral y sanitaria, en concreto, el diseño específico del sistema de permisos parentales y de las políticas de promoción de la

lactancia materna, que tienen efectos directos e indirectos en la participación de las mujeres en el mercado de trabajo y de los hombres en los cuidados, es decir, en los roles de género.

El rol paterno tradicional es el de principal proveedor económico. El trabajo remunerado se realiza mayoritariamente en el ámbito público y una mayoría de hombres participan en el mismo. El 82,6% de los hombres entre 25 y 54 años estaba empleado en 2022 en España (INE, 2023). En España, solamente el 8.8% de los hombres con hijos menores de 15 años han adoptado medidas de conciliación que suponen una penalización económica frente a un 26% de las mujeres (Martínez-Pastor et al, 2022). En este sentido, el rol materno tradicional se considera el de proveedora principal de cuidados. El trabajo no remunerado y el de cuidados queda mayoritariamente en manos de las mujeres en el ámbito privado, que emplean más de 4 horas al día en estas tareas frente a las menos de dos horas al día de los varones (INE, 2010). No obstante, en la actualidad, el rol materno se une con la provisión de recursos económicos, siempre y cuando los cuidados estén cubiertos. El 71,8% de las mujeres entre 25 y 54 años estaba empleado en 2022 en España (INE, 2023). Esta división sexual del trabajo se enraíza en el sistema económico en el que el empleo es la principal fuente de recursos económicos y un elemento clave para la protección social. Los roles maternos y paternos tradicionales se suelen describir en familias biparentales de distinto sexo, puesto que son la mayoría de las parejas -99% según la Encuesta Continua de Hogares (INE, 2021)- y sus dinámicas tienen el peso más relevante en la sociedad y economía. Sin embargo, se observa que los efectos en el mercado de trabajo van más allá de los roles efectivamente realizados dentro del hogar, siendo los fenómenos de penalización por maternidad, brecha salarial de género, techo de cristal o suelo pegajoso, fenómenos sociales y económicos de relevancia. La penalización por maternidad le ocurre a todo tipo de madres, aunque no usen reducciones de jornada por cuidado o excedencias (Dominguez-Folgueras et al, 2022).

El sistema de permisos parentales y las políticas de fomento de la lactancia materna tienen efectos sanitarios, económicos, sociales, de igualdad de género, culturales, psicológicos, etc. Estas políticas afectan tanto al ámbito familiar, como al laboral y personal.

En concreto, un sistema de permisos parentales en los que se garantice la igualdad de género es clave para la incorporación y mantenimiento en el mercado laboral de las madres, para permitir un adecuado cuidado del niño, al incorporar a los padres al cuidado en pie de igualdad a las madres, tener unos niveles de renta más altos con familias de dos ingresos, reducir los niveles de estrés si se consigue que el cuidado se convierta en un trabajo compartido, y que se potencie la cohesión familiar. Se entiende por *sistema de permisos parentales igualitario* aquel en el que los permisos para cada progenitor, para padres y madres, son iguales, intransferibles, pagados al 100 % y que se pueden usar turnándose entre los progenitores, cuando haya dos, en el primer año de vida para alargar al máximo el tiempo de cuidado infantil en el hogar, de tal forma que cada progenitor pueda ejercer de cuidador principal mientras el otro se reincorpora al mercado de trabajo o estudios (Castellanos-Serrano et al, 2023). Un sistema igualitario fomenta que los padres cuiden de forma autónoma, sin que esté presente la madre necesariamente, y que las madres se reincorporen al mercado laboral.

La vinculación entre las funciones biológicas de la maternidad y las funciones sociales han sido especialmente influyentes en la creación del discurso de naturalización de la mujer como madre y su rol en la sociedad y la economía (Nuño, 2008). De forma paralela, el desarrollo legislativo que sustenta ese discurso político concibió al hombre como marido-

padre y figura predominante en la toma de decisiones y en el deber de cubrir las necesidades económicas de la familia (Glendon, 1999).

Un discurso ya activo desde el siglo XIX que vincula a las mujeres con la maternidad y el espacio doméstico, ensalzando la maternidad en el discurso público, pero con unas condiciones fuertemente discriminatorias en su protección (Martin Palomo, 2010). La ideología patriarcal tiende a reducir la maternidad a su función biológica y otorgarle un carácter “natural”. Así se le ha atribuido a la mujer una responsabilidad exclusiva y excluyente (Coria, 1995).

Sin embargo, el cuidado y la crianza no están solamente unidos a la maternidad. La paternidad puede tener una importancia semejante según muestra la actual evidencia y la literatura que se ha dado en llamar *nuevas masculinidades*, que incluye las *nuevas paternidades*, y que consiste fundamentalmente en la inclusión de los varones en las políticas de igualdad de género y en las tareas de cuidado, normalmente desde la perspectiva de los hombres. La teoría feminista ha incluido e incluye la posibilidad, conveniencia y necesidad de que los hombres cuiden. Esto además se considera que puede ayudar a eliminar la jerarquización del cuidado frente a otras actividades y poner en evidencia la interdependencia del espacio público y privado.

La paternidad se puede considerar como un constructo social, en el que las prácticas de los padres son un proceso que, a través de los discursos culturales y las negociaciones, definen y dan forma a los comportamientos paternos (Haas et al., 2002; Romero Balsas, 2014).

## *2.2. Factores de riesgo y de protección en la infancia*

El sistema de permisos parentales tiene efectos sobre los progenitores y sobre el desarrollo y bienestar infantil. Sin embargo, la evidencia existente sobre estos efectos es asimétrica, no siempre concluyente y tiene, en muchas ocasiones, relevantes sesgos, ya que existen cuestiones éticas y prácticas que impiden que en las actuaciones relacionadas con el bienestar infantil se planteen experimentos en los que se asigne a las criaturas a grupos de control y de tratamiento de forma controlada. No solo existen distintas prioridades políticas en cuanto a las medidas que se toman y los discursos que se realizan en cada una de estas políticas, sino que, de forma consistente, la inversión en datos relevantes y evaluación de políticas es acorde a las prioridades políticas dadas. Los datos sobre cuidados y bienestar infantil y sobre las políticas que les afectan son escasos, poco frecuentes y no sistemáticos.

A pesar de las dificultades en la investigación sobre los factores de riesgo y protección en la infancia, la literatura científica evidencia que hay factores que dificultan y otros que facilitan una buena salud mental de la infancia y, por tanto, de las futuras personas adultas. Desde el **enfoque psicológico**, los principales factores de riesgo y de protección de la infancia son los señalados en el Esquema 1 y Esquema 2.

### Esquema 1. Factores de riesgo en la Infancia

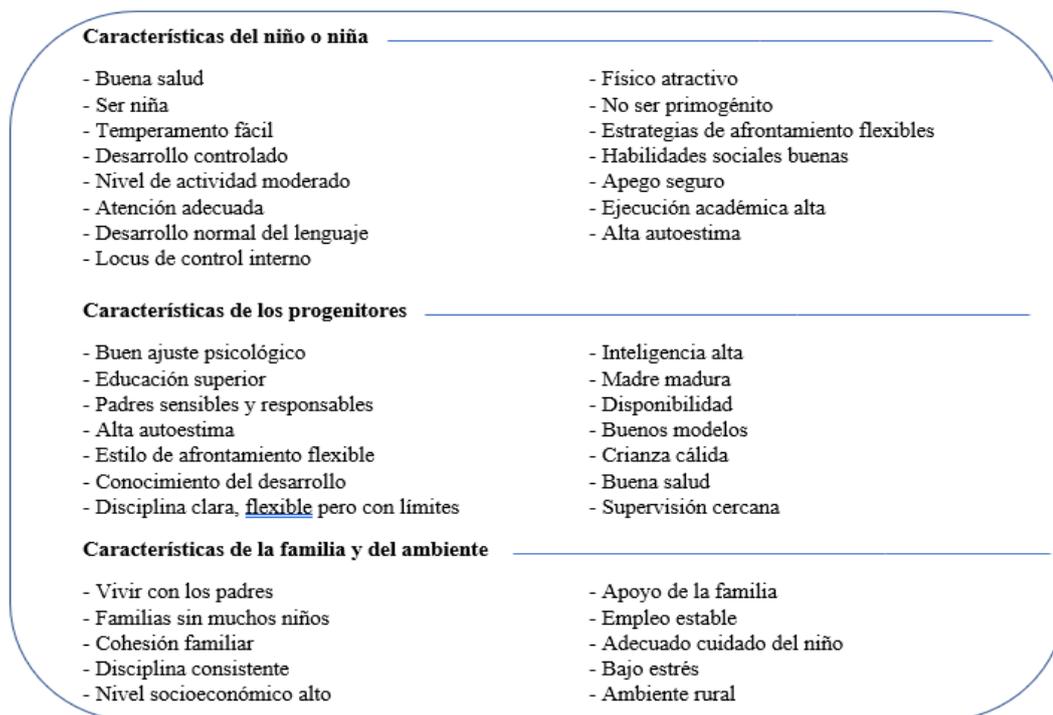
<b>Características del niño o niña</b>	
- Problemas médicos	- Retraso o trastorno del lenguaje
- Alteraciones genéticas	- Niveles extremos de actividad
- Problemas neonatales	- Falta de estrategias de afrontamiento
- Desarrollo irregular	- Déficits de habilidades sociales
- Baja capacidad intelectual	- Baja autoestima
- Déficits en el desarrollo cognitivo	- Locus de control externo
- Bajo desempeño académico	
<b>Características de los progenitores</b>	
- Modelos inconsistentes	- Disciplina excesiva o ausente
- Estilo de afrontamiento evitativo	- Educación excesivamente crítica
- Expectativas inapropiadas del desarrollo	- Negligencia
<b>Características de la familia y del ambiente</b>	
- El niño vive sólo con el padre o con madre	- Recursos financieros/materiales escasos
- Muchos hermanos	- Desempleo o subempleo
- Conflictos maritales y familiares	- Bajo nivel de instrucción de los padres
- Desacuerdos sobre crianza	- Cuidado deficiente de los hijos.
- Estado de pobreza crónica	

Fuente: Schroeder y Gordon (1991).

Para minimizar los factores de riesgo y potenciar los factores protectores, las políticas públicas poco pueden hacer en términos de las características de cada menor y de sus padres y madres, más allá de la provisión universal de servicios sanitarios generales y de salud mental entendida en un sentido amplio. Quizá lo más plausible sería proporcionar educación a los progenitores en cuanto al desarrollo infantil normal y estrategias educativas, desde el entorno sociosanitario en los momentos previos y durante el desarrollo de las y los menores, así como apoyo psicológico para manejar la etapa de crianza, al ser una etapa especialmente demandante. Esto además probablemente influiría en reducir los desacuerdos sobre crianza, si la formación ha sido exitosa.

Sin embargo, las políticas públicas pueden afectar directa e indirectamente a prácticamente todos los factores de riesgo y de protección relacionados con las características de la familia y del ambiente, en especial las políticas de carácter educativo, económico y laboral. La pobreza y los recursos escasos afectan negativamente a la salud infantil, estrechando las relaciones entre lo económico, psicológico y sanitario. Además, en concreto, el sistema de permisos parentales tiene efectos directos e indirectos en muchos de los factores de riesgo: situación laboral, niveles de ingresos presentes y futuros, tipo de crianza y cuidados proporcionados, conflictos en el hogar, etc. (Fernández-Cornejo et al, 2016, 2018, Castellanos-Serrano, 2016, 2022). Respecto a los factores protectores, parece haber incluso más capacidad de acción, ya que el sistema de permisos parentales, en particular, y las políticas laborales, sociales y económicas, en general, tienen efectos muy significativos en la estructura y cohesión familiar, participación y situación en el mercado laboral, nivel de estrés y disponibilidad de tiempo y recursos para el cuidado, sensibilidad y responsabilidad de los padres, tasas de fecundidad, redes de apoyo, etc. (Castellanos-Serrano y Perondi, 2022; Castellanos-Serrano et al, 2023).

## Esquema 2. Factores protectores en la Infancia



Fuente: Schroeder y Gordon (1991).

Desde la **perspectiva económica y sociológica**, las variables laborales, los niveles de ingresos, la estructura del hogar, las variables educativas y el nivel socioeconómico en general son factores ampliamente considerados y estudiados como clave para el bienestar, el potencial riesgo de pobreza y el análisis de la igualdad de género (Daly, 2018; Fernández-Cornejo et al, 2016, 2018, Jurado-Guerrero y Muñoz-Comet, 2021, Stock et al, 2014).

### 2.3. La lactancia materna como factor protector de la infancia

La lactancia materna, como hecho biológico y social, es un fenómeno muy variable y variado, en el que pueden influir los distintos deseos y posibilidades de las madres y las políticas públicas, tanto sanitarias como laborales. A continuación, se exponen sus características principales y de su estudio en la literatura, así como de los factores que influyen en su prevalencia, duración y exclusividad.

#### 2.3.1. Características de la lactancia y evidencia empírica

La relación entre el rol de las madres como cuidadoras principales y la lactancia materna plantea ciertas controversias dentro de la sociedad. La maternidad es un fenómeno complejo que incluye por lo menos dos tipos de funciones (Coria, 1995): la función biológica (gestación, parto y lactancia) y la función social (cuidado y crianza de hijos). La lactancia, sin embargo, estaría a caballo entre estas dos funciones, siendo un fenómeno bio-psico-social y no exclusivamente biológico y, por lo tanto, influido incluso más que la gestación y el parto por el contexto cultural y social.

Dar el pecho es una tarea de las muchas que requiere el cuidado infantil, teniendo componentes nutricionales y emocionales, que pueden ser complementados y/o sustituidos por otras actividades como la lactancia por biberón (sea leche materna o de fórmula) y otras actividades de apego seguro y sostenimiento del vínculo. La lactancia materna en exclusiva

requiere normalmente una dedicación directa e indirecta de las madres. En cuanto a la dedicación directa, esta es intermitente, no necesariamente constante en su frecuencia, por ejemplo, si se provee lactancia a demanda, y ocupa un tiempo variable según la edad del bebé, ya que normalmente se reduce el tiempo de las tomas y la frecuencia según avanzan las semanas y meses del bebé. Requiere también presencia y atención si se da directamente y/o tiempo adicional para la extracción si se proporciona leche materna en biberón, por la propia madre o por otra persona. Además, la dedicación indirecta viene de la atención a la propia salud y alimentación de la madre, para que la lactancia sea nutritiva, así como la atención a las necesidades mostradas por el bebé, previa y durante el tiempo de las tomas.

La literatura existente sobre los beneficios de la lactancia materna en el desarrollo infantil es ampliamente conocida y promocionada por las instituciones internacionales, como la OMS o la Academia Americana de Pediatras (AAP), y nacionales, como el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad o la Asociación Española de Pediatría (AEP). Estas instituciones trasladan un mensaje normativo de lo que debería hacerse respecto a la alimentación de los bebés, y transmiten un mensaje de causalidad y de permanencia de sus efectos positivos, mucho más allá de los meramente sanitarios. Sin embargo, estos resultados son relativizados por la evidencia, cuando se tienen en cuenta los sesgos de selección y la influencia de otras variables correlacionadas con la lactancia materna como el contexto familiar, las características de los progenitores o el país de residencia (Der et al., 2006; Horta et al., 2013; Cebolla-Boado et al., 2017). Esta parte de la evidencia no es normalmente incorporada en el discurso sanitario y político.

En concreto se pueden leer recomendaciones como la siguiente, y guías detalladas de puesta en práctica de estas recomendaciones en la mayoría de los contextos sociosanitarios del mundo occidental:

“La estrategia mundial se basa en pruebas científicas de la importancia de la nutrición en los primeros meses y años de vida y del papel fundamental que juegan las prácticas de alimentación correctas para lograr un estado de salud óptimo. No practicar la lactancia natural, y especialmente la lactancia natural exclusiva durante el primer medio año de vida, representa un factor de riesgo importante a efectos de morbilidad y mortalidad del lactante y del niño pequeño, que se agrava aún más por la alimentación complementaria inadecuada. Las repercusiones duran toda la vida y son, entre otras, los malos resultados escolares, una productividad reducida y las dificultades de desarrollo intelectual y social.” (OMS, 2003, p.V)

Sin embargo, la revisión de la literatura en la que se basan dichos documentos no ha plasmado explícitamente los sesgos de autoselección de las evidencias encontradas. Las tasas de morbilidad y mortalidad son muy diferentes en los distintos países del mundo, siendo de las más reducidas en Europa. Sin embargo, la lactancia materna en exclusiva en Europa es la menor del mundo (Theurich et al., 2019). Existen relevantes factores diferentes a la lactancia materna que influyen en las tasas de morbilidad y mortalidad. En la mayor parte de los países occidentales, la lactancia materna es más frecuente en los hogares con más recursos, por lo que las evidencias sobre ciertos beneficios para la salud y el desarrollo infantil que se atribuían a la lactancia materna pueden ser debidos a sesgos de selección (Cebolla-Boado et al., 2017). Es decir, es probable que quienes hayan recibido lactancia materna en exclusiva al menos seis meses hayan crecido en un tipo de hogar determinado que, en general, pueda ofrecer condiciones ventajosas a sus hijos de otro tipo, como ventajas educativas o de un tipo de atención y cuidado determinado. Por lo tanto, es probable que quienes optan por la lactancia materna en exclusiva durante 6 meses

presenten más frecuentemente características de la familia y el ambiente que se han definido como protectores en el Esquema 2.

Son muchas las estrategias usadas para intentar superar el problema del sesgo de selección, como analizar países con distintos patrones culturales y normativos de lactancia materna, como Brasil, India, Guatemala, Filipinas, Sudáfrica o China, donde esta no esté asociada necesariamente a familias con mayores recursos (Horta et al., 2013; Cebolla-Boado et al., 2017) o controlar distintas variables como la inteligencia de las madres o el tipo de familia con análisis de fratrías (Der et al., 2006; Colen y Ramey, 2014).

La experiencia clínica desde el punto de vista de la salud mental, en base a la teoría del apego (Bowlby, 1986), sugiere que la lactancia materna es un factor de protección ya que se relaciona con un buen inicio del proceso de vinculación madre-hijo fuera del útero materno. A pesar de la evidencia en cuanto a salud física y desarrollo psicomotor hay muy pocos estudios sobre la influencia de la lactancia materna en la calidad del vínculo y la salud mental de los niños y existe cierta discrepancia acerca de la duración óptima de la misma.

Mientras los beneficios sanitarios de la lactancia materna exclusiva durante en torno a los seis primeros meses parecen claros, existe mucho menos consenso y evidencias científicas sobre la duración óptima de la lactancia y sus impactos posteriores, así como la importancia relativa frente a otros factores. Desde el punto de vista fisiológico, el abandono del pecho materno o destete, supone un complejo proceso que exige ajustes nutricionales, microbiológicos, inmunológicos, bioquímicos y psicológicos entre madre y bebé. Durante el primer año, el lactante pasa varios momentos de aparente desinterés por el pecho (entre los 4-5 meses, los 7 y después entre los 9-12 meses), donde el destete podría ocurrir de forma natural. Sin embargo, a partir del primer año, el lactante que es amamantado rara vez se desteta voluntariamente antes de los 4 años (AEP, 2004).

Se sabe que los patrones de duración de la lactancia materna han sido influidos por factores históricos, culturales, científicos, médicos y personales. De hecho, el tiempo de lactancia en los humanos ha permanecido hasta hace menos de 100 años, e incluso hasta hoy en algunas regiones del mundo, estabilizado entre los 18 meses y los 3 años de vida. Es muy escaso el número de estudios sobre el momento óptimo del destete o las consecuencias a largo plazo de destetes más o menos precoces, en el lactante humano (AEP, 2004). No se encuentran razones nutricionales para adelantar el inicio del destete antes de los 6 meses de vida (Kramer y Kakuma, 2002) pero se considera que, a partir de los 6 meses, debido al almacén de hierro del bebé, se deben introducir otros alimentos (AEP, 2004).

Existe muy poca literatura científica sobre la asociación entre lactancia materna y la psicopatología infantil a largo plazo. La ausencia de lactancia materna se considera un factor de riesgo para el diagnóstico de trastorno mental grave (Sorensen et al., 2005). La evidencia más reciente y metodológicamente más rigurosa sugiere que puede que no sea la leche materna en sí, sino las madres, sus características y su implicación en la crianza, las que tienen un impacto positivo y duradero en el bienestar de sus hijas e hijos (Cebolla-Boada et al., 2017). Además de muchas variables de confusión, principalmente el entorno y las características de las madres que amamantan un mayor período, existen otros problemas metodológicos a la hora de conocer los efectos de la lactancia materna. Por un lado, existe una gran variedad de definiciones sobre lactancia, y como se recogen en los estudios. Por otro lado, la variación de la cantidad de leche materna recibida, si es en exclusiva o no, y el mecanismo (por biberón o directamente desde el pecho) no son generalmente recogidos.

### 2.3.2. Factores determinantes para optar por la lactancia materna

A pesar de las fuertes recomendaciones de la OMS y de la evidencia científica disponible en la actualidad, la incidencia y la duración de la lactancia materna en el mundo y en España están muy por debajo de las recomendaciones expuestas anteriormente. En Estados Unidos solo el 13% de la población cumple la recomendación de lactancia exclusiva durante 6 meses. En un estudio comparativo europeo, Theurich et al (2019) indican que la lactancia materna en exclusiva a los seis meses en España es del 28%, mayor que en muchos países europeos con permisos parentales más largos que cubren ampliamente los seis meses, como Suecia: 14%, Alemania: 19%, Dinamarca: 13% o Noruega 17%. Solo Holanda presenta unas tasas mayores de lactancia en exclusiva (39%).

Según los estudios publicados en nuestro país, donde no existe un método sistemático de monitorización de la lactancia materna a nivel nacional, aquí tampoco se acerca a las recomendaciones (Hernández Aguilar, 2004). La lactancia materna (en exclusiva y parcial) se estima en torno al 70% a las seis semanas del bebé en 2012, cifra semejante a 1995. Sin embargo, la proporción a los 6 meses muestra una tendencia creciente del 32.6% en 1995 al 46.9% en 2012 (Gimeno Navarro, 2017). Según la Encuesta Nacional de Salud (INE, 2017), el 39% recibía lactancia natural en España a los 6 meses, el 15,3% mixta y el 41,6% artificial. Es decir, un 54,3% en 2017 recibiría algún tipo de lactancia materna (INE, 2017). Es probable que el fomento de la lactancia materna desde el sistema sanitario sea un factor importante en dicho incremento.

Considerando la lactancia materna un factor protector de la salud infantil, más allá de los sesgos que puedan existir en la evidencia, y siendo el aumento de la lactancia materna un posible objetivo de las políticas de salud pública, parece interesante plantearse qué factores son los que favorecen o no que las madres elijan o puedan dar el pecho durante un determinado periodo de tiempo. Hernández Aguilar (2004) opina que la incorporación laboral de la mujer ya no es un factor que determine el abandono o disminución de la duración de la lactancia, sino más bien al contrario. Parece ser que el grupo de mujeres que más inicia la lactancia materna es el de las mujeres que después reiniciaron su trabajo a jornada completa, seguidas por las que trabajaron a tiempo parcial y, por último, las que menos la iniciaron fueron las que no iban a trabajar fuera de casa. Por otra parte, es el grupo de mujeres con un nivel de estudios más alto, y por tanto con más probabilidades de trabajo remunerado, el que con más frecuencia y durante más tiempo amamanta a sus hijos (Hernández Aguilar, 2004).

Entre los factores que influyen de forma positiva o negativa en el establecimiento de la lactancia materna no se encuentra el permiso de maternidad o el diseño del sistema de permisos parentales (Yaque et al., 2000). La cuestión principal de la lactancia materna se encuentra en el establecimiento en las primeras semanas, protegidas por el permiso de maternidad obligatorio. La duración del permiso podría facilitar prolongar la lactancia, pero la incorporación laboral en sí no tiene por qué significar el fin de la lactancia, que depende de otras muchas situaciones. Hoy en día en los contextos occidentales las madres pueden dar el pecho en horario laboral usando el permiso de lactancia, congelan leche materna, reducen el número de tomas, optan por lactancia mixta, flexibilizan sus jornadas, teletrabajan, etc. Y en el contexto español, además de esas opciones, la mitad de las madres alargan los 4 meses de permiso con las vacaciones, más allá de las que han usado el permiso de lactancia acumulado u otros permisos (Castellanos-Serrano et al, 2023). De esta forma, se pueden incorporar prácticamente a los 6 meses del bebé, facilitando la lactancia en exclusiva en ese periodo.

### 3. Método

En este artículo se presentan resultados de dos estudios cuantitativos relacionados con el bienestar de la infancia, desde el marco psicológico y económico, realizados en el contexto sociocultural español y, considerando la perspectiva de género, en su metodología. Ambos estudios son complementarios. El económico se centra en los progenitores, el uso de los permisos parentales y el cuidado provisto a la infancia, incluyendo la lactancia provista. El psicológico estudia directamente a menores de 6 a 12 años, e incluye información de la lactancia que recibieron, sus progenitores y entorno.

La primera base de datos proviene de una encuesta retrospectiva realizada en la Comunidad de Madrid realizada en 2012 a padres y madres de niños y niñas de 3 a 8 años. Incluye datos sobre cada progenitor y la familia relativos al cuidado y a la participación en el mercado de trabajo en el momento de nacimiento de la criatura y varios años después. Abarca a 1130 hogares, con un menor clave, que incluye a 2156 progenitores, de los que el 85,5% estaban trabajando cuando nació su bebé. Esta encuesta ad hoc, denominada “Encuesta sobre uso de permisos parentales y sus consecuencias laborales (EUPPCL 2012)” utilizó un muestreo de conglomerados en dos etapas con estratificación en la primera etapa. Su error de muestreo es de 2,91% (Escot et al, 2012).

El estudio psicológico es un estudio de casos y controles con población clínica ambulatoria de la Comunidad de Madrid realizado en 2010. Entre los niños y las niñas de 6 a 12 años se identifican los factores que han ocurrido en los tres primeros años de vida de cada menor y que se asocian a un aumento o disminución del riesgo de desarrollar trastornos mentales durante la edad escolar. Se trata de un estudio observacional analítico que, con mayor potencia que un estudio transversal, trata de resolver el problema de la causalidad mediante un proceso de reconstrucción de los acontecimientos. Se trata de poner de manifiesto posibles diferencias en las exposiciones a los factores estudiados que expliquen, al menos parcialmente, la razón por la que unos enferman y otros no. Al final de este proceso se comparan dos grupos: el de los individuos que han tenido un desenlace específico, en este caso un diagnóstico de trastorno mental (grupo de casos) y el de quienes han transitado por un proceso similar, pero no se les ha diagnosticado ningún trastorno mental (grupo de control), al que se llega a través de citas regulares del programa “niño sano”. Es una muestra de 220 menores, 110 en cada grupo, dentro de un distrito madrileño.

### 4. Resultados del estudio económico: lactancia y sistema de permisos parentales

La EUPPCL proporciona datos de lactancia materna, que no tiene que ser necesariamente en exclusiva. Es decir, puede ser combinada con otra lactancia u otra alimentación, por lo que las características de presencia y disponibilidad temporal y física pueden ser sustancialmente diferentes. No obstante, con esta aproximación, se quiere analizar si la lactancia materna (existencia y duración) está relacionada con la duración del permiso de maternidad.

#### 4.1. Lactancia materna y uso del permiso de maternidad

No todas las madres dan el pecho a sus bebés. El 16% de las madres no dieron el pecho a su bebé. No existen diferencias estadísticamente significativas entre la proporción de madres que usaron el permiso y las que no en proveer la lactancia materna (Cuadro 1).

**Cuadro 1. Proporción de madres que optan por lactancia materna**

	Lactancia artificial	Lactancia materna	N
<b>Madre no usa permiso de maternidad</b>	18,0%	82,0%	167
<b>Madre usa permiso de maternidad</b>	16,6%	84,4%	777
<b>Total</b>	<b>16,0%</b>	<b>84,0%</b>	<b>100%</b>
N	151	793	944
<b>Contraste estadístico</b>			
Chi cuadrado	0,585	Sig.As. (bil)	0,444

Fuente: Elaboración propia (N=944).

El 16% de las madres, usen o no el permiso de maternidad, no proveen leche materna. Dar lactancia materna no es por tanto un factor determinante para ejercer un rol de madre, que será el de cuidadora principal para una proporción significativa de las madres. El permiso de maternidad y su duración actual de 16 semanas no se relacionan con la decisión inicial de optar por la lactancia materna, sino que podrían ser otros factores, como la situación personal, la mayor o menor facilidad de establecimiento de la lactancia materna, las preferencias u otros factores sociales o económicos. Estos resultados son consistentes con las estadísticas oficiales, que indican que a las 6 semanas del nacimiento el 18,9% provee leche artificial exclusivamente (INE, 2017).

#### 4.2. Duración de la lactancia y relación con el sistema de permisos parentales

La mayoría de las madres sí proporcionaron lactancia materna. El 84% de las madres dieron el pecho a sus bebés durante algún tiempo. Esta proporción es similar entre las madres que usaron el permiso de maternidad y las que no (Cuadro 1).

Además del permiso de maternidad, existe un permiso de lactancia. El permiso de lactancia, cuando no se acumula en días enteros, tiene como objetivo acomodar el tiempo de trabajo para permitir la lactancia materna durante los nueve primeros meses de vida del bebé.

Resulta relevante no sólo si las madres dan el pecho o no, sino la duración de dicha práctica. Dado que la madre y el bebé suelen normalmente estar en el mismo espacio y tiempo para proporcionar la lactancia materna, la duración del uso del permiso de maternidad, que son 112 días, podría estar relacionada con el tiempo de duración de la lactancia materna.

La duración media es de 165 días. El 25% de las madres dieron el pecho 42 días o menos, el 50% de las madres 112 días o menos y el 75%, 210 días o menos.

**Cuadro 2. Características de la distribución de la duración de lactancia materna**

	Media	Desv. Tip	Percentiles			N
			25	Mediana (50)	75	
<b>Días</b>	164.8	194.8	42	112	210	1130

Fuente: Elaboración propia.

Alrededor del 90% de las madres con empleo usa el permiso de maternidad durante unos 106 días de media (Castellanos-Serrano, 2016). La lactancia continua cuando las madres se han incorporado al empleo para alrededor del 40%. Por el contrario, para al menos el 25% de las mujeres, la lactancia materna se termina mucho antes que el permiso por maternidad.

Se observa que no hay diferencia estadísticamente significativa entre el tiempo medio de lactancia materna de las madres que han usado el permiso de maternidad y de aquellas que no lo han usado (Cuadro 3).

**Cuadro 3. Tiempo de lactancia materna, según uso del permiso de maternidad**

	Duración de lactancia materna (días)			
	Media	Desv.Tip.	N	
<b>No usa p. maternidad</b>	153,3	170,2	171	
<b>Usa p. maternidad</b>	162,7	194,6	787	
<b>Total</b>	<b>161,0</b>	<b>190,5</b>	<b>958</b>	
Contrastes estadísticos				
<b>Test de homogeneidad de varianzas</b>	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
	0,099	1	956	0,753
<b>ANOVA</b>	df	Mean Square	F	Sig. As. (bil)
	1	12281,616	,338	0,561
<b>Test robusto de igualdad de medias</b>	Welch	df1	df2	Sig.
	0,099	1	956	0,753

Fuente: Elaboración propia.

Es decir, el tiempo medio que las madres dan el pecho es ligeramente superior al tiempo que están de permiso por maternidad. Sin embargo, este tiempo es similar en las madres que no usan el permiso. Según la evidencia de este estudio usar o no el permiso de maternidad no influye en la duración media de la lactancia materna, por lo que el sistema de permisos parentales no muestra estar relacionado con la opción materna de dar cabida a la función de lactar ni la duración de la misma.

También se puede cuestionar si más allá del rol social, la práctica de uso o no de los permisos parentales en cada familia puede haber modificado el rol del padre, y en concreto, su interacción con la lactancia materna.

Usando los mismos contrastes estadísticos que en el caso de maternidad, se evidencia que no hay relación entre el uso o no del permiso de paternidad y la duración de la lactancia materna. Sin embargo, sí está relacionado de forma estadísticamente significativa al 95% el uso del permiso de nacimiento (dos días, o tres según algunos convenios) con la duración de la lactancia materna. Esta relación existe tanto para toda la muestra entera como para la submuestra a partir del 2007 que también contaba con permiso de paternidad de trece días. Cuando los padres no usan el permiso de nacimiento, la duración de la lactancia es mucho mayor: antes de 2007, la lactancia dura de media 189 días si los padres no usan el permiso de nacimiento y 156,7 días cuando sí lo usan. Después del 2007 las cifras son de 221,7 días y 157,1 respectivamente (Castellanos-Serrano, 2016).

Se han realizado los mismos contrastes estadísticos para el resto de posibles permisos para el padre (parte transferible del permiso de maternidad, permisos parentales ofrecidos por la empresa, excedencias, lactancia acumulada o vacaciones) y las diferencias en la duración de la lactancia natural según el padre los use o no, no son estadísticamente

significativos, al igual que pasa con el permiso de paternidad. Tampoco lo son si en lugar de usar sólo la muestra posterior a la introducción del permiso de paternidad se utiliza toda la muestra.

El permiso de nacimiento, establecido en el Estatuto de los Trabajadores, y que son los dos días posteriores al nacimiento, estaba concebido para usarse en el momento de máxima emergencia de recuperación de la madre del parto. El no usar dicho permiso (si es que se tiene derecho a él) podría suponer una asunción de roles de género muy tradicionales. Que el padre no emplee ni dos días ante un nacimiento parece implicar que el cuidado no es una prioridad en los comportamientos del padre y esto parece relacionarse con una implicación mayor de la madre en el cuidado, y en concreto de mayor duración de la lactancia materna. Esto podría coincidir con roles de género muy marcados respecto al cuidado. En estos casos, las madres darían el pecho durante un periodo significativamente más largo cuando los padres no usan el permiso de nacimiento. Esto se produce de forma más acusada, con un incremento en 32 días, en un 15% de tiempo, tras la reforma del sistema de permisos parentales en marzo de 2007. Las madres cuyas parejas sí usan el permiso mantienen la duración media. Esto podría interpretarse como una reacción al cambio social que se está reconociendo por el cambio de ley, en el que el cuidado infantil parental empieza a concebirse como una cuestión social que incluye también a los padres. En reacción, el cuidado infantil, intenta relacionarse más estrechamente con la función biológica de la lactancia materna, alargándola, en un intento de recuperar una interpretación biologicista de los roles de género tradicionales.

#### 4.3. Duración de la lactancia y participación en el mercado de trabajo

La participación en el mercado de trabajo suele condicionar la posibilidad de tener presencia física y disponibilidad temporal de los progenitores en el cuidado infantil en general y para la lactancia materna en particular. En promedio, las madres dan lactancia materna durante 166 días, inferior a los 180 días señalados por los estándares normativos de la OMS. Se analiza si la situación laboral está relacionada con la duración de la lactancia materna.

**Cuadro 4. Tiempo de lactancia materna, según situación laboral de la madre**

	Duración de lactancia materna (días)			
	Media	Desv.Tip.	N	
Con empleo	157,0	189,8	841	
En paro	170,6	188,8	105	
Ama de casa	208,9	225,5	158	
Otra	202,1	131,5	15	
<b>Total</b>	<b>166,2</b>	<b>195,2</b>	<b>1119</b>	
Contrastes estadísticos				
<b>Test de homogeneidad de varianzas</b>	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
	4,058	3	1115	0,007
<b>ANOVA</b>	df	Mean Square	F	Sig. As. (bil)
	3	127,090,251	3,358	0,018
<b>Test robusto de igualdad de medias</b>	Welch	df1	df2	Sig.
	2,866	3	62	0,044

Fuente: Elaboración propia.

La duración media que la madre da el pecho al bebé es distinta según la situación laboral de la madre de forma estadísticamente significativa al 95%. Las madres con empleo dan el pecho durante 157 días, aquellas en paro durante 171 días (inferior también a los 180 días) y aquellas que son amas de casa en 209 días y aquellas que se encuentran en otra situación durante 202 días (Cuadro 4).

Estar en paro y ser ama de casa tiene una similitud en la posibilidad de acceso físico y temporal al bebé. No obstante, el tiempo medio entre uno y otro estado varía sustancialmente más (38 días) que entre tener un empleo y estar en paro (14 días).

Ser “ama de casa” tiene significativas implicaciones de género, que se asocian con el rol tradicional de la mujer de cuidadora y asunción de las tareas en la esfera privada. Parece que la duración de la lactancia natural no es sólo afectada por la duración del permiso de maternidad o las posibilidades de presencia física y disponibilidad temporal, sino también por otros factores, como puede ser la ideología de género.

## **5. Resultados del estudio psicológico: factores de riesgo y protectores para el diagnóstico de trastorno mental en edad escolar**

Se presentan a continuación aquellos resultados del estudio sobre factores de riesgo y protección que están relacionados con la lactancia materna y con la situación laboral de las madres. En cuanto a la lactancia materna se consideró por una parte si la madre había dado en algún momento lactancia materna al bebé o si la lactancia había sido siempre artificial y por otra parte se registraron los meses de lactancia materna (sin discriminar si la lactancia era o no exclusiva). En cuanto a la relación de la madre con el mundo laboral se incluyen en el estudio tres variables estrechamente relacionadas. Se registró la situación laboral de la madre en el momento de quedarse embarazada, la incorporación o no al mundo laboral tras el nacimiento del niño y, por último, el momento en que tiene lugar dicha incorporación. Se registró también el uso de “guarderías” (centros de educación infantil de primer ciclo) y el número de veces que el niño cambia de cuidador auxiliar (cuidador que ayuda a los progenitores con el cuidado sea este familiar, institución o profesional contratado).

Los resultados se presentan utilizando la Odds Ratio (OR) que representa la magnitud de la asociación entre la exposición al factor de riesgo y la enfermedad. Mide cuantas veces es más frecuente el trastorno en expuestos frente a los no expuestos. Es la magnitud de la asociación entre la exposición y la enfermedad. Su interpretación sería similar a la del riesgo relativo. Cuando es mayor que uno hay asociación, se trata de un factor que confiere riesgo, si es igual a uno no hay asociación y si es menor que uno, la asociación indica que se trata de un factor que confiere protección.

Otro aspecto importante para entender los resultados que presentamos es que en el estudio se recoge información sobre varios factores potenciales de riesgo y de protección. Algunas de estas variables, como se mencionaba en la introducción, están relacionadas entre sí, por lo que se realiza un análisis previo para conocer estas asociaciones y posteriormente corregir estadísticamente esta asociación (mediante análisis de regresión).

Vemos en los Cuadros 5 y 6 cuál es la relación de estas variables con el resultado de recibir un diagnóstico de trastorno mental en la edad escolar (entre los 6 y los 12 años). En un primer momento vemos la magnitud de la OR (a mayor puntuación mayor riesgo) sin estar ajustado por la relación con otros factores.

**Cuadro 5. Factores relacionados con los roles de género que aumentan significativamente el riesgo de recibir un diagnóstico de Trastorno Mental en edad Escolar**

Factor de Riesgo	Expuestos (%)	OR	IC 95%
<b>Cambios de cuidador</b>	17(7,9)	8,819	1,964-39,588
<b>Lactancia Artificial</b>	30 (14,0)	2,745	1,194-6,312

Nota: IC: Índice de Confianza.

Fuente: Elaboración propia.

**Cuadro 6. Factores que disminuyen significativamente el riesgo de recibir un diagnóstico de Trastorno Mental en edad Escolar**

Factor Protector	Expuestos (%)	OR	IC95%
<b>Incorporación Laboral de la madre</b>	144 (68,89)	0,263	0,140-0,494
<b>Lactancia durante más de 6 meses</b>	101 (47,0)	0,273	0,155-0,480
<b>Situación Laboral Activa de la madre en el embarazo</b>	130(61,9)	0,308	0,172-0,552
<b>Guardería</b>	143 (66,2)	0,463	0,260-0,824

Nota: IC: Índice de Confianza.

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la lactancia, como podemos ver, la lactancia artificial (que la madre no haya provisto ni un día de lactancia materna) aparece como factor de riesgo estadísticamente significativo, aunque con un aumento del riesgo mucho menor a otros factores como el cambio de cuidadores auxiliares. El mantenimiento de la lactancia materna durante un mínimo de 6 meses (no necesariamente en exclusiva) se presenta como un factor protector estadísticamente significativo. Sin embargo, la lactancia prolongada, más allá del año (OR=0,874, IC=0,284-2,692) o los dos años (OR=4,235; IC=0,466-38,529), no presenta ninguna relación estadísticamente significativa.

Ningún factor relacionado con la situación laboral de la madre aparece como factor de riesgo, al contrario. Que la madre tuviera un trabajo remunerado durante el embarazo, así como su incorporación al mercado de trabajo después de tener al bebé, así como el que haya acudido a un centro de educación infantil de primer ciclo (“guardería”), son factores protectores para la infancia de forma estadísticamente significativa. Sin embargo, el momento concreto de incorporación al trabajo, como en el caso de la lactancia prolongada, no presenta ninguna relación estadísticamente significativa (OR=1,541; IC=0,739-3,210).

En el Cuadro 7 se exploran las posibles asociaciones mutuas (contrastes ji-cuadrado) entre los factores cuya OR ha resultado significativa estadísticamente y se muestran las asociaciones, señalándose las significativas.

**Cuadro 7. Asociación entre los factores de riesgo relacionados con los roles de género**

	1	2	3	4	5	6
<b>1. Cambio de cuidador</b>						
<b>2. Convivencia durante 3 años</b>	3,967*					
<b>3. Lactancia Artificial</b>	1,493	4,142*				
<b>4. Lactancia durante 6 meses</b>	0,245	3,165	30,889***			
<b>5. Incorporación Laboral</b>	4,502*	1,181	9,001**	4,263*		
<b>6. Situación activa durante el embarazo</b>	2,177	0,42	4,972*	1,663	127,762***	
<b>7. Guardería</b>	0,015	0,379	7,455**	2,156	28.494***	14,796***

Nota: \*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\* p<0,001.

Fuente: Elaboración propia.

La situación laboral activa durante el embarazo, la incorporación laboral de la madre y el uso de guarderías son variables que se asocian fuertemente y de forma estadísticamente significativa (Ver Cuadro 7).

Puede observarse también en el Cuadro 7 cómo las madres que se encontraban en activo en el momento de quedarse embarazadas son más propensas a elegir la alimentación con lactancia materna en lugar de leche artificial y también es más frecuente que mantengan la lactancia materna por más tiempo. La incorporación laboral tras el parto, durante los tres primeros años del niño, y que en la mayor parte de la muestra lo realizaron entre el cuarto y sexto mes, no sólo no impide la lactancia materna, sino que la favorece.

A continuación, se observan los factores de riesgo y protección cuando se corrigen por las diferentes variables con las que están relacionados según el Cuadro 7, y se puede ver también la comparación en el contexto de otros factores de riesgo diferente. En los Cuadros 8 y 9 se ven en subrayado gris los factores de riesgo o protección que mantienen la significación estadística en los dos modelos estadísticos (es decir, después de que su efecto se ajuste por dos grupos de variables).

**Cuadro 8. Factores de Riesgo OR ajustada**

Factor de Riesgo	OR	OR Modelo1	IC 95%	OR Modelo2	IC 95%
<b>Antecedentes Psiquiátricos Padres</b>	16,916	11,766	2,459-56,313	6,485	1,140-36,881
<b>Antecedentes Psiquiátricos Madre</b>	13,655	11,401	2,319-56,051	4,589	0,813-25,900
<b>Trastorno Postparto</b>	10,899	18,072	2,148-152,075	3,796	0,367-39,264
<b>Cambios de Cuidador</b>	8,819	14,434	1,494-	24,311	1,701-

			139,418		47,371
<b>Antecedentes Psiquiátricos Familiares</b>	5,049	5,6	1,804-17,377	2,394	0,661-8,668
<b>Enfermedad Crónica del Niño</b>	4,865	3,886	1,377-10,971	1,782	0,577-5,0502
<b>Temperamento</b>	3,964	3,527	1,491-8,344	2,159	0,780-5,980
<b>Ing. Hospitalario</b>	3,473	4,62	1,949-10,949	3,229	1,282-8,143
<b>IQ</b>	3,404	3,51	1,254-9,830	1,11	0,318-3,878
<b>Convivencia</b>	2,95	3,091	0,622-15,362	3,292	0,565-19,168
<b>Lactancia Artificial</b>	2,745	5,596	1,601-19,566	4,296	1,144-16,127
<b>Crianza Difícil</b>	2,634	4,606	1,442-14,715	0,82	1,78-3,785

Nota: Modelo 1: Ajustados por Sexo, Inmigración, Nivel Educativo del Padre, Nivel Educativo de la Madre y Ocupación Laboral de la Madre. Modelo 2: Ajustados adicionalmente por los factores asociados (ver Cuadro 7).

Fuente: Elaboración propia.

Como vemos, tanto la variable Cambios de cuidador (más de tres cambios de cuidador auxiliar durante los tres primeros años del niño) y Lactancia artificial siguen aumentando el riesgo de trastorno una vez son ajustados por otras variables. La variable Lactancia artificial está ajustada en el segundo modelo, por todas las variables del modelo 1 (ver pie del Cuadro 8) y además por la falta de convivencia con los progenitores durante los tres primeros años de vida (convivir con personas diferentes a los padres biológicos es factor de riesgo, aunque pierde la significación al ajustarse en ambos modelos). La variable Cambios de cuidador (más de tres cambios de cuidador auxiliar durante los tres primeros años del niño) está ajustada por antecedentes psiquiátricos paternos.

**Cuadro 9. Factores Protectores OR ajustada**

Factor Protector	OR	OR Modelo1	IC95%	OR Modelo2	IC95%
<b>Incorporación Laboral de la madre</b>	0,263	0,366	0,159-0,845	0,425	0,154-1,174
<b>Lactancia más de 6 meses</b>	0,273	0,204	0,096-0,434	0,331	0,145-0,754
<b>Situación Laboral Activa de la madre</b>	0,308	0,458	0,211-0,996	0,602	0,263-1,376
<b>Guardería</b>	0,463	0,532	0,238-1,191	0,754	0,319-1,782

Nota: Modelo 1: Ajustados por Sexo, Inmigración, Nivel Educativo de los padres y Ocupación Laboral de la Madre. Modelo 2: Ajustados adicionalmente por los factores asociados (ver Cuadro 7).

Fuente: Elaboración propia.

Como podemos ver en el Cuadro 9, sólo la lactancia más de 6 meses mantiene la significación estadística en ambos modelos. En el modelo 2, esta variable está ajustada por las siguientes variables: trastorno postparto, antecedentes psiquiátricos familiares, enfermedad crónica del niño, ingresos hospitalarios, lactancia e inclusión laboral.

La incorporación laboral de la madre sigue siendo significativamente protectora independientemente del nivel educativo de los padres y su ocupación laboral, pero a pesar de seguir apuntando a la protección pierde la significación en el segundo modelo en el que se ajusta por otras variables (cambios de cuidador, temperamento, lactancia y dificultad en la crianza).

## **6. Discusión y limitaciones**

Este artículo tiene la principal limitación que se ha encontrado en otra evidencia, ya que en el contexto urbano español, ambas muestras parecen presentar sesgos por los que la infancia que recibe lactancia materna durante los 6 primeros meses puede ser aquella que viva en familias y contextos con situaciones más favorables, y no se haya podido recoger en las variables ciertas características inobservadas. No obstante, pese a no poder superar una de las limitaciones de la literatura sobre lactancia, presentamos evidencia sobre qué está pasando con la lactancia materna en España y cómo se relaciona con dos políticas clave que afectan a este fenómeno bio-psico-social. Por un lado, la política laboral no afecta a través del sistema de permisos parentales y, por otro lado, la política sanitaria influye a través del discurso, consejo y formación de las madres que acuden al sistema de salud. Además, se incluye la perspectiva de género en ambos estudios, considerando variables comunes que no se encuentran necesariamente en enfoques distintos como la psicología infantil y la economía laboral.

A pesar de que haya estudios con resultados dispares, en general parecería que existe un considerable consenso en la literatura clínica en cuanto a que la lactancia materna, no necesariamente en exclusiva, es un factor protector de la salud infantil y favorecedor del vínculo de apego (Crowell y Waters, 2005). Sin embargo, existe más controversia en cuanto a la duración óptima de la misma, si es la lactancia en sí o las características de las familias y madres que optan por la lactancia materna. Existe muy poca investigación relacionando la lactancia prolongada con la salud mental.

Aunque los resultados de estos estudios no son necesariamente generalizables, se apoyan en literatura previa y están realizados en el ámbito urbano español, en Madrid concretamente, abarcan la situación de poblaciones similares, favoreciendo su complementariedad. Este estudio indica que la lactancia materna, no necesariamente en exclusiva, es un factor protector para la salud mental infantil, tal como era esperado. También evidencia que, lejos de comportarse como factores de riesgo, la incorporación laboral de la madre y la asistencia a escuelas infantiles de primer ciclo actúan como factores protectores, lo cual no era necesariamente esperado. No solo por los motivos económicos clásicos de provisión de ingresos, reducción del riesgo de pobreza y mayor inversión en educación en la infancia, sino también para reducir el riesgo de enfermedad mental de los menores. Lo que sí se manifiesta como un riesgo importante para el adecuado desarrollo de la infancia son los cambios frecuentes de cuidadores auxiliares. Por lo que, las políticas encaminadas a esta estabilidad del cuidado por parte de ambos progenitores, como la provisión universal de educación de 0 a 3 años, permisos parentales usados de forma sucesiva y la menor necesidad de cuidadores auxiliares, por ejemplo, por jornadas laborales

más reducidas y flexibles, son medidas que promueven un desarrollo infantil sano, además de reducir los roles tradicionales de género (Martinez-Pastor et al, 2022).

En cuanto a la relación entre la actividad laboral de la madre y la lactancia materna, los resultados concuerdan con la literatura al respecto ya que son las madres en situación laboral activa en el momento de quedarse embarazadas las que más eligen la alimentación con lactancia materna y también es más frecuente que mantengan la lactancia materna por más tiempo. Además, la incorporación laboral de la madre durante los tres primeros años del niño, que en la mayor parte de la muestra ocurre entre el cuarto y el sexto mes, al incorporarse tras el permiso, favorece la lactancia materna. El hecho de mantener la lactancia materna podría ser una amortiguación de la separación con el bebé, es decir, que estas madres se separan durante el horario de trabajo del bebé, pero continúan manteniendo un vínculo fuerte a través de la lactancia materna. Se podrían estar incorporando patrones que ayudaran a favorecer el aprendizaje de una separación y unión sana, y que en el medio plazo podría ser un mecanismo que explicara las mejoras en la posterior salud infantil. Sin embargo, se necesita más investigación a este respecto para concluir los mecanismos que se relacionan con los efectos positivos.

Según los resultados empíricos obtenidos en este estudio, el permiso de maternidad de 16 semanas no tiene relación directa con la elección de la lactancia materna o su duración. Usar o no el permiso de maternidad no influye ni el inicio ni en la duración de la lactancia materna, por lo que la duración de 16 semanas del permiso de maternidad no muestra afectar a la opción materna de dar cabida a la función bio-psico-social de lactar. El consejo sanitario y la formación al respecto son probablemente factores más influyentes. Aunque el permiso de maternidad no ha variado, las proporciones de madres que optan por la lactancia materna hasta los seis meses ha ido aumentando en las últimas décadas. En contraste, se mantiene estable que en torno al 30% de las madres ya no optan por la leche materna a las seis semanas del bebé, mucho antes de acabarse las 16 semanas de permiso de maternidad (Gimeno Navarro, 2017).

De los factores considerados, que aumentan significativamente el riesgo de recibir un diagnóstico de trastorno mental en edad escolar, sólo el cambio de cuidador auxiliar (más de tres veces durante los tres primeros años de vida) es una cuestión directamente afectada por las políticas públicas relativas al cuidado. La universalización de los servicios educativos de 0 a 3, un diseño de permisos parentales que cubriera una parte amplia del primer año con cuidado similar y autónomo del padre y de la madre y unos horarios laborales más reducidos sin pérdida de remuneración que permitieran no necesitar cuidadores auxiliares podría reducir este factor de riesgo. Entre los factores protectores, un permiso igualitario que permita que el padre cuide cuando la madre se incorpora al trabajo reduciría la frecuencia de este factor sin menoscabar las posibilidades de lactancia materna. Estas medidas son las clásicas políticas planteadas por la sociología y economía feminista (Martinez-Pastor et al, 2022, Castellanos-Serrano, 2020; Castellanos-Serrano et al., 2023, Castro-García y Pazos-Morán, M.,2016; Stock et al, 2014, Van Huizen y Plantenga, 2018).

La disponibilidad, presencia, crianza cálida, supervisión cercana y sensibilidad y responsabilidad de los padres es más probable con periodos de aprendizaje y práctica del cuidado intensivo como son los permisos de maternidad y paternidad, especialmente cuando se usan en solitario (Bünning, 2015). Más investigación es necesaria en esta cuestión, ya que las posibilidades de desarrollo del apego entre padres e hijos han aumentado recientemente debido a la equiparación de los permisos de paternidad a los de maternidad en 2021 en España, que han pasado a denominarse permiso por nacimiento y cuidado del menor. El permiso de paternidad favorece la implicación del padre en el

cuidado y esto, a su vez, favorece la participación laboral de la madre y la reducción de la penalización por maternidad (Fernández-Cornejo et al., 2016, 2018). Hay poca investigación sobre la relación entre la presencia paterna prolongada y en exclusiva en el primer año de vida con el bienestar infantil debido a la escasez de sistemas de permiso que favorezcan esta situación y a la escasa prevalencia de esta situación en las familias con bebés.

## **7. Conclusiones**

Son muchos los factores de riesgo y de protección para el bienestar infantil, tanto económicos, como psicológicos y sociales. Desde la psicología, la presencia estable y el cuidado de ambos progenitores suelen valorarse como prioritarios para el bienestar infantil. Desde la economía, la participación en el mercado laboral y la obtención de ingresos suficientes y estables que eviten el riesgo de pobreza se priorizan como factores clave para el bienestar infantil y la igualdad de género. Podría parecer que quizá ambos factores, estuvieran enfrentados. Sin embargo, este artículo muestra evidencias en la dirección contraria. Se presenta una relación positiva entre la incorporación laboral de la madre y el mantenimiento de la lactancia materna, mostrándose ambos factores como protectores para la salud mental de la infancia. No se puede concluir si la protección proviene de la leche materna en sí o de las características de las madres y las familias donde prevalece en mayor medida la lactancia. Además, se muestra que la existencia y duración de la lactancia materna no depende del uso del permiso parental remunerado de 16 semanas.

Por tanto, se puede concluir que tanto la lactancia materna como que las madres trabajen de forma remunerada son factores de protección infantil desde el punto de vista psicológico y de salud. Su participación en el mercado de trabajo es el factor clave de protección frente a la pobreza tanto adulta como infantil, además de esencial para garantizar la igualdad de género en la sociedad y en las familias. Ambos factores no se muestran enfrentados por la actual duración del permiso de maternidad. Sin embargo, el rol del padre como cuidador y figura de apego principal en la primera infancia sí está en riesgo actualmente en la sociedad, ya que es minoritario. Menos del 25% de los padres usaron su permiso por nacimiento y cuidado de menor de forma autónoma, cuando la madre había vuelto al mercado de trabajo, en 2021 y 2022 (Castellanos-Serrano, 2022; Castellanos-Serrano et al, 2023). Además, el fomento de la responsabilidad de los hombres y su participación en el cuidado tiene relevantes efectos positivos para la igualdad de género, la participación de las mujeres en el mercado laboral y el bienestar de la infancia y la sociedad. De acuerdo con Strazdins et al (2013) las políticas de conciliación de la vida familiar y laboral y trabajos que ayuden a madres y padres a combinar empleo y cuidado podrían suponer beneficios para la salud que se observarán a través de generaciones.

Un sistema de permisos parentales igualitario (permisos iguales para hombres y mujeres, intransferibles, pagados al 100% y que se puedan usar fácilmente de forma sucesiva por ambos progenitores en el primer año de vida) permite que se den varios de los factores protectores de la infancia: cuidado de padres varones, trabajo remunerado de madres, lactancia materna, cohesión familiar, menor estrés, empleo estable y una mejor situación económica. El fomento de la lactancia materna desde el sistema sanitario parece ser más adecuado, puesto que desde el sistema de permisos no se observan efectos, mientras que las recomendaciones sanitarias parecen haber conseguido un aumento significativo de la lactancia materna en la población. Para modificar el uso de los permisos parentales de forma amplia sería necesario una reforma de la legislación laboral que

garantizara el tener derecho a turnarse en el uso del permiso a tiempo completo y, por tanto, en los cuidados. Fomentar el cambio para que los padres usen su permiso por nacimiento de forma consecutiva a las madres también desde el consejo y la pedagogía del sistema sanitario puede ser una vía de apoyar el cambio social y favorecer la presencia estable y continuada de dos figuras de apego donde las hubiera, así como una visión compartida de la crianza.

Si solo se obligara en la ley a dos semanas simultáneas de uso de permisos por nacimiento, en lugar de las 6 actuales, y se diseña de tal forma que se garantice y extienda el cuidado a tiempo completo de los padres de forma autónoma y consecutiva a la de las madres, se podría cubrir el cuidado del bebé entre 8 y 10 meses en la mayor parte de los hogares (Castellanos-Serrano 2022). Si se evaluara y consiguiera esto, una extensión del permiso parental remunerado al 100%, intransferible y a usar en el primer año de vida podría conjugar una protección extra al cuidado infantil y a la lactancia materna sin poner en peligro los avances hacia la igualdad de género que supone la equiparación de permisos parentales. Además de los efectos positivo para la infancia, la cobertura del primer año de vida con permisos remunerados al 100% podría tener efectos palpables en el medio plazo en la disminución de la penalización por maternidad, ya que las excedencias en el primer año son las más numerosas y tienen un fuerte efecto en dicha penalización (Domínguez-Folgueras et al, 2022). Las excedencias o reducciones de jornada durante el primer año no serían necesarias para cubrir el cuidado si este primer año es cubierto por el sistema de permisos parentales remunerado. La universalización de la educación de 0 a 3 puede cubrir el resto de tiempo no cubierto por los permisos remunerados hasta los tres años. Los incentivos económicos funcionan y los padres usan los permisos remunerados al 100% que son intransferibles (Castellanos-Serrano et al, 2023). Diseñarlos para cubrir las necesidades sociales de cuidado, proteger a la infancia, garantizar la igualdad de género y facilitar la lactancia materna es posible. La infancia criada en hogares donde los padres se implican más en el cuidado y hacen tareas del hogar, no solo tienen la ventaja de ser cuidados en mejores condiciones y poder desarrollar un apego seguro con más de una figura, sino que incorporan la igualdad de género en sus actitudes en mayor medida en el largo plazo (Cano y Hofmeister, 2023). La incorporación mayoritaria de los padres en el cuidado tendría además un efecto social, no solo en cada hogar, que abarcaría también las condiciones laborales generales y la valoración social del cuidado.

La visión excluyente de una maternidad más importante que la paternidad, basándose en la lactancia en exclusiva como factor más relevante que el resto, resulta perjudicial para el bienestar infantil, especialmente si es apoyada por políticas laborales que no incorporen la igualdad de género. Ese enfoque genera menores recursos económicos y situaciones laborales precarias, además de desacuerdos sobre crianza y situaciones de cuidado subóptimo. Sin embargo, la política pública que aboga por permisos parentales igualitarios no está reñida con la lactancia materna en exclusiva, la fomenta, y además garantiza el bienestar de la infancia y fomenta la igualdad de género en el mercado de trabajo y en el hogar.

La complementariedad de perspectivas y entender los factores de riesgo y protección de la infancia desde la complejidad que les caracteriza permite pensar las políticas públicas basadas en la evidencia científica de forma que realmente supongan un elemento protector para las familias, las mujeres, los hombres y, en especial, para la infancia, respetando la consecución del objetivo de igualdad de género.

## Agradecimientos

Este trabajo se encuadra en el proyecto Couples' Divisions of Paid and Unpaid Labour over the Life Course across Social Class (CLASSPARENT), Agencia Estatal de Investigación (AEI), PID2020-119339GB-C21 /AEI/10.13039/501100011033.

## Bibliografía

- AEP (2004). *MONOGRAFÍA Nº5. Guía de Lactancia para profesionales*. Madrid: AEP.
- Barnett, W. S. y Masse, L.N. (2007), Comparative Benefit-Cost Analysis of the Abecedarian Program and Its Policy Implications. *Economics of Education Review*, 26 (1): 113–25.
- Bowlby, J. (1986). Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida. Madrid: Morata.
- Bünning, M. (2015). What happens after the “Daddy Months”? Fathers’ involvement in paid work, childcare, and housework after taking parental leave in Germany. *European Sociological Review*, 31 (6), 738–748. <http://doi.org/10.1093/esr/jcv072>
- Cabrera, N.J. y Tamis-LeMonda, C.S. (2013) Handbook of father involvement: multidisciplinary perspectives. New York: Routledge.
- Cano, T., y Hofmeister, H. (2023). The intergenerational transmission of gender: Paternal influences on children's gender attitudes. *Journal of Marriage and Family*, 85(1), 193– 214 <https://doi.org/10.1111/jomf.12863>
- Castellanos-Serrano, C. (2016). Evaluation of public policies: Marital property regimes and PLSs. Effects on welfare regime from the gender perspective Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid. <http://eprints.ucm.es/37399/1/T37129.pdf>
- Castellanos-Serrano, C. (2020). Is universal education and care for children aged 0–3 feasible? The case of Spain. *Política económica, Journal of Economic Policy*, 3(2020), 317–339. <https://doi.org/10.1429/99566> <https://www.rivisteweb.it/issn/1120-9496>
- Castellanos-Serrano, C. (2022). Reformar y evaluar el permiso de nacimiento y cuidado de menor para asegurar el objetivo de corresponsabilidad *IgualdadES*, 7, 579–609. <https://doi.org/10.18042/cepc/lgdES.7.08>
- Castellanos-Serrano, C., Escot, L., & Fernández-Cornejo, J. A. (2023). Parental leave system design impacts on its gendered use: Paternity leave introduction in Spain. *Family Relations*, 1– 20. <https://doi.org/10.1111/fare.12875>
- Castellanos-Serrano, C., & Perondi, A. C. (2022). Presupuestos y legislación con perspectiva de género: educación 0 a 3, permiso de nacimiento, jornadas y condiciones laborales *Papers*, 107 (3), e3064. <https://doi.org/10.5565/rev/papers.3064>
- Castro-García, C. y Pazos-Morán, M. (2016), Parental Leave Policy and Gender Equality in Europe. *Feminist Economics*, 22(3), 51-73.
- Cebolla-Boado H, Jiménez-Buedo M, Salazar L. (2017) Avoiding selection bias without random assignment? The effect of breastfeeding on cognitive outcomes in China. *Soc Sci Med*. 2017 Dec; 194:151-159. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.10.015.
- Colen, C.G y Ramey, D.M (2014) Is breast truly best? Estimating the effects of breastfeeding on long-term child health and wellbeing in the United States using sibling comparisons, *Social Science & Medicine*, Vol. 109, 55-65,
- Coria, C. (1995) El dinero en la pareja. Barcelona: Altaya.
- Crowell, J. y Waters, E. (2005). Attachment representations, secure-base behavior, and the evolution of adult relationships: The Stony Brook Adult Relationships Project. In: K.E,

- Grossman & E. Waters. (Eds.). Attachment from infancy to adulthood: the major longitudinal studies. (pp.223-244). New York: Guilford Press.
- Daly, M. (2018). Towards a theorization of the relationship between poverty and family. *Social Policy & Administration*, 52(3), 565-577. <https://doi.org/10.1111/spol.12350>
- Del Boca, D. (2015) Child care arrangements and labor supply. IDB Working Paper Series; 569. Inter-American Development Bank.
- Der, G., Batty, G.D. y Deary, I.J. (2006) Effect of breast feeding on intelligence in children: prospective study, sibling pairs analysis, and meta-analysis, *British Medical Journal* ; Nov 4; 333(7575):945-; doi:10.1136/bmj.38978.699583.55
- Dominguez-Folgueras, M., González, M.J. y Lapuerta, I. (2022) The Motherhood Penalty in Spain: The Effect of Full- and Part-Time Parental Leave on Women's Earnings, *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, Volume 29, Issue 1, Spring 2022, Pages 164–189, <https://doi.org/10.1093/sp/jxab046>
- Elborgh-Woytek, K. Newiak, M., Kochhar, K., Fabrizio, S., Kpodar, K., Wingender, P., Clements, B. y G. Schwartz (2013) Las mujeres, el trabajo y la economía: Beneficios macroeconómicos de la equidad de género. FMI Septiembre de 2013/SDN/13/10 [https://www.igualdaddenlaempresa.es/enlaces/webgrafia/docs/Las mujeres el trabajo y-FMI.pdf](https://www.igualdaddenlaempresa.es/enlaces/webgrafia/docs/Las_mujeres_el_trabajo_y-FMI.pdf)
- Escot, L., Fernández-Cornejo, J. A., Castellanos-Serrano, C. Y Del-Pozo, E., (2012) *Microdata from the Survey on the Use of Parental Leave and their Labor Consequences. Encuesta sobre el uso de los permisos parentales y sus consecuencias laborales (EUPPCL 2012)* ResearchGate. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.26675.55848>
- Eydal, G.B. y Gíslason, I.V., 2018. 'Iceland country note', en Blum, S., Koslowski, A., Macht, A. y Moss, P. (eds.) *International Review of Leave Policies and Research 2018*. [http://www.leavenetwork.org/lp\\_and\\_r\\_reports/](http://www.leavenetwork.org/lp_and_r_reports/)
- Fernández-Cornejo, J. A., Del-Pozo, E. Escot, L. y Castellanos-Serrano, C. (2018) "Can an egalitarian reform in the parental leave system reduce the motherhood labor penalty? Some evidence from Spain". *Revista Española de Sociología RES*, 27(3-Sup) 45-64 doi:10.22325/fes/res.2018.33
- Fernández-Cornejo, J.A., Escot, L., Del-Pozo, E. y Castellanos-Serrano, C. 2016. Do Fathers Who Took Childbirth Leave Become More Involved in Their Children's Care? The case of Spain. *Journal of Comparative Family Studies*, XLVII (2), pp. 169-191.
- Gimeno Navarro, A. (2017) Lactancia materna en cifras: tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países, Asociación Española de Pediatría <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201602-lactancia-materna-cifras.pdf>
- Glendon, M. A. (1999) "Derecho y familia", *Estudios Públicos* Nº 76, 1999. Centro de Estudios Públicos, 137-209.
- Haas, L., Allard, K., y Hwang, P. (2002) "The impact of organizational culture on men's use of parental leave in Sweden", *Community, Work, and Family*, 5(3), 319-342.
- Heckman, J.J. and D.V. Masterov (2007) 'The Productivity Argument for Investing in Young Children', *Review of Agricultural Economics*, 29(3), 446-493.
- Hernández Aguilar, M.T. (2004). Epidemiología de la lactancia materna. Prevalencia y tendencias de la lactancia materna en el mundo y en España. En: Asociación Española de Pediatría. MONOGRAFÍA Nº5 Guía de Lactancia para profesionales. (pp. 31-45). Madrid: AEP.

- Horta, B.L., Bas A., Bhargava, S.K., Fall, C.H.D, Feranil, A, et al. (2013) Infant Feeding and School Attainment in Five Cohorts from Low- and Middle-Income Countries. *PLOS ONE* 8(8): e71548. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0071548>
- INE (2010) Encuesta de Empleo del Tiempo 2009-2010. Avance de resultados <https://www.ine.es/prensa/np606.pdf>
- INE (2017) Encuesta Nacional de Salud <https://acortar.link/eCH3TQ>
- INE (2021) Encuesta Continua de Hogares. Año 2020 [https://www.ine.es/prensa/ech\\_2020.pdf](https://www.ine.es/prensa/ech_2020.pdf)
- INE (2023) Encuesta de Población Activa. Datos anuales <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=4942&L=0>
- Jurado-Guerrero, T., y Muñoz-Comet, J. (2021). Design matters most: Changing social gaps in the use of fathers' leave in Spain. *Population Research and Policy Review*, 40(2), 589–615 (2021). <https://doi.org/10.1007/s11113-020-09592-w>
- Karila, K. (2012), A Nordic Perspective on Early Childhood Education and Care Policy, *European Journal of Education*, Part I. (47), 584-595.
- Kramer, M.S., Kakuma, R. (2002). Optimal duration of exclusive breastfeeding (Cochrane Review). In: The Cochrane Library (Issue 1). Oxford: Update Software.
- Martin Palomo, M.T. (2010) *Los cuidados en las familias. Estudio a partir de tres generaciones de mujeres en Andalucía*. Instituto de Estadística de Andalucía.
- Martínez-Pastor, J. I, Jurado-Guerrero, T., Fernández-Lozano, I., y Castellanos-Serrano, C. (2022). Caring Fathers in Europe: Toward Universal Caregiver Families? *Gender, Work & Organization*: 1–23. <https://doi.org/10.1111/gwao.12948>.
- Nuño Gómez, L. (2008) La incorporación de las mujeres al espacio público y la ruptura parcial de la división sexual del trabajo: el tratamiento de la conciliación de la vida familiar y laboral y sus consecuencias en la igualdad de género, Tesis Doctoral UCM.
- OMS (2003). Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño. Ginebra: Biblioteca de la OMS. *Pediatrics* March 2012, 129 (3) e827-e841; DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2011-355>
- Reynolds, A. J., Temple, J.A., White, B.A., Ou, S.R., y D. L. Robertson (2011), Age 26 Cost-Benefit Analysis of the Child-Parent Center Early Education Program, *Child Development*, 82 (1), 379–404.
- Romero-Balsas, P. (2014) El uso social del permiso de paternidad en España, Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Madrid.
- Ruhm, C.J., Waldfogel, J. (2012) Long-term effects of early childhood care and education. *Nordic Economic Policy Review* 1, 23–51.
- Schroeder, C. y Gordon, B. (1991). Assessment and treatment of childhood problems. A clinician's guide. New York: The Guilford Press.
- Sørensen, H. J., Mortensen, E. L., Reinisch, J. M. & Mednick, S. A. (2005). Breastfeeding and risk of schizophrenia in the Copenhagen Perinatal Cohort. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(1), 26-29.
- Staab, S. (2015) Gender equality, child development and job creation: How to reap the 'triple dividend' from early childhood education and care services, UN Women
- Stock, L., Corlyon, J., Castellanos-Serrano, C. y Gieve, M. (2014) *Personal Relationships and Poverty. An Evidence and Policy Review*, Tavistock Institute of Human Relations.
- Strazdins, L., O'Brien, L., Lucas, N y Rodgers, B. (2013). Combining work and family: Rewards or risks for children's mental health? *Social science & medicine*, 87, 99-107.
- Theurich, M. A.; Davanzo, R.; Busck-Rasmussen, M.; Díaz-Gómez, N. M.; Brennan, C., Kylberg, E.; Bærug, A.; McHugh, L.; Weikert, C.; Abraham, K.; Koletzko, B. (2019)

- Breastfeeding Rates and Programs in Europe: A Survey of 11 National Breastfeeding Committees and Representatives. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 68(3): pp 400-407, DOI: 10.1097/MPG.0000000000002234
- Van Huizen, T., y Plantenga, J. (2018). Do children benefit from universal early childhood education and care? A meta-analysis of evidence from natural experiments. *Economics of Education Review*, 66, 206–222.
- Yaque, M., Castillo, E., Praena, M., Sancho, C., Fernández, A., Herrera, C., Estévez, E., Estrada, J., Chaves, C. y Ruiz-Canela, J. (2000). Factores relacionados con el inicio de la lactancia materna en nuestro medio. *Revista de Pediatría Atención Primaria*, 2(5), 35-46.