

ARTÍCULO ORIGINAL

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DISMINUCIÓN DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS 6 MESES DE VIDA: REVISIÓN TEMÁTICA Y CONTEXTO EN CHILE

Salomé Valenzuela Galleguillos¹, Estefany Vásquez Pinto², Pablo Gálvez Ortega³

1. Matrona del Hospital San Juan de Dios. Santiago de Chile, Chile.
2. Matrona del Hospital San Borja Arriarán. Santiago de Chile, Chile.
3. Académico instructor, Matrón, Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

RESUMEN

Esta revisión bibliográfica analiza críticamente la literatura relacionada con la práctica de la lactancia materna exclusiva (LME) y los factores que influyen en su falta de adherencia. Objetivo: identificar factores que influyen en la mantención de la LME hasta los 6 meses de vida a través de una revisión de la literatura, considerando el contexto en Chile. Metodología: revisión temática con búsqueda en PubMed, Lilacs, Medline y Scielo. Resultados: se seleccionaron 13 artículos donde los principales factores que afectan la LME eran edad materna, nivel educacional materno, factores socioeconómicos, ámbito laboral, paridad, tipo de parto, asesoramiento profesional de salud, razones del destete precoz y redes de apoyo. Discusión y Conclusión: madres con menor edad, más bajos niveles educacionales y socioeconómicos, las que tuvieron partos quirúrgicos o instrumentales y factores negativos culturales son los principales detractores de la mantención de la LME. Las dinámicas familiares positivas, la presencia de redes de apoyo y la educación por profesionales de la salud u otros serían factores sumamente preponderantes en la instalación y mantención de la lactancia.

Palabras claves: lactancia materna, lactancia artificial, factores de riesgo, prevalencia.

ABSTRACT

This review we sought to critically analyze the literature related to the practice of exclusive breastfeeding (EB) and the factors influencing their debonding is. Objective: To identify factors that influence the maintenance of EB until 6 months of life through a literature review, considering the context in Chile. Methodology: thematic review with search in PubMed, Lilacs, Medline and Scielo. Outcomes: were selected 13 papers where the main factors affecting the EB were maternal age, maternal education, socioeconomic factors, work, parity, type of delivery, professional health advice, reasons for early weaning and support networks. Discussion and Conclusion: mothers with younger age, lower educational and socioeconomic levels, which had surgical or instrumental deliveries and cultural negative factors are the main opponents of maintaining the EB. Positive family dynamics, the presence of support networks and education for health professionals or others, would be very preponderant factors in the installation and maintenance of breastfeeding.

Keywords: breastfeeding, formula feeding, risk factors, prevalence

INTRODUCCIÓN

Cuando se practica la lactancia materna exclusiva (LME), se utiliza un recurso que beneficia tanto a la madre como al recién nacido, proporcionando una adecuada nutrición y asegurando protección en períodos críticos al inicio de la vida (1), reduciendo la mortalidad neonatal, particularmente después de la primera semana de vida, existiendo evidencia además, de que la pérdida de la lactancia materna (LM) aumenta el riesgo de mortalidad temprana y de sepsis neonatal tardía (2,3).

En la actualidad existen innumerables mitos, costumbres y rituales que han afectado la práctica de lactancia, reflejando la posición social o valoración cultural de la mujer, y la importancia asignada al desarrollo del vínculo; por lo cual muchas mujeres, en diversos lugares y épocas, no han amamantado a sus hijos, y han debido recurrir a diversas alternativas de sustitución de la alimentación (1). Con los avances de la industria química y el desarrollo de la pasteurización, lentamente se han conseguido modificaciones más o menos aceptables de adaptación de la leche de vaca para la alimentación infantil, con productos químicamente similares a ella y que, administrados en condiciones adecuadas, comenzaron a dar resultados nutricionales aparentemente satisfactorios, y por ello la especie humana cambió su forma de alimentación natural por leche modificada de una especie distinta, lo que hoy en día se conoce como Lactancia Artificial (LA) (1).

La mayoría de las madres pueden amamantar exitosamente, lo que significa iniciar la lactancia materna durante la primera hora de vida, dar LME durante los primeros 6 meses y continuarla (además de alimentación complementaria apropiada) hasta los 2 años de edad o más, sin embargo en Chile, según las cifras oficiales del Ministerio de Salud (MINSAL) al año 2009, sólo alcanzó 45,1% (4), descendiendo a 41,6% el año 2011 (5), muy por bajo la meta establecida (60%) (6). Existen determinadas condiciones de salud del recién nacido y de la madre que podrían justificar que se recomendara no amamantar de

manera temporal o permanente, pero existen otras condiciones maternas que, aunque serias, no son razones médicas para el uso de sucedáneos de la leche materna (7). En Chile, un 12% de las madres no logran egresar de la institución hospitalaria con LME (8).

Actualmente existe poca evidencia científica que respalde esta realidad y aún más se desconocen los motivos y/o limitantes que llevan a esta determinación, quién lo decide y por qué (9), pero ha confluído en este contexto el desconocimiento de ventajas de la LME, mitos, creencias y patrones culturales adversos, el despliegue de recursos industriales, tecnología que impuso la creencia de que lo artificial es mejor a lo natural (“maternidad científica”), corrientes culturales que destacan a la mujer más como símbolo de belleza y erotismo que como madre (biberon y chupete como símbolo de liberación y status social) (1). Lo anterior es reforzado además con el ingreso masivo de la mujer al campo laboral, con sistemas y leyes insuficientes para proteger la lactancia, prácticas de equipos de salud que entorpecen la lactancia, y la negación a otorgar a las mujeres posibilidades de intervención válida en su parto y en la crianza de sus hijos (1); además, destacan factores como ausencia de redes sociales, falta de apoyo familiar, ausencia de pareja estable, nivel socioeconómico bajo, baja edad materna, paridad, exceso de trabajo doméstico (10-13) entre otros. Por lo tanto, factores maternos podrían estar influenciando fuertemente el descenso de la LME (14), y como consecuencia de la notoria falta de investigación, las tasas de lactancia alcanzaron bajísimos niveles (2005 al 2008 de 46% a 50% respectivamente, durante el año 2009 y en el corte a junio del 2010 ha declinado en alrededor de 4 puntos porcentuales) (1). Consecuentemente, factores maternos como bajo compromiso, poca educación sobre lactancia materna, ausencia o escasez de redes sociales podrían estar influenciando fuertemente en la falta de adherencia a la LME y baja asistencia al lactario, los cuales son ambientes donde las madres pueden extraer la leche materna y conservarla adecuadamente para la alimentación de su hijo.

Cabe destacar que en Chile han sido dictadas leyes protectoras y se han firmado una serie de convenios internacionales que privilegian el desarrollo de actividades orientadas a mejorar la salud infantil (1,15-17). La permanente capacitación del personal, el monitoreo de estrategias, el Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, el establecimiento de lactarios en centros hospitalarios y la mantención de una alta cobertura de control sano del niño, son algunas de las intervenciones que se realizan para fomentar la LME (18,19), todo esto, ¿será un beneficio o más bien algo perjudicial? ¿Estas medidas estarán dando resultado?

Existe escasa evidencia actual que justifique el aumento de uso de fórmulas lácteas en reemplazo de la leche materna, que es reconocida por sus innumerables beneficios tanto para la madre como para el recién nacido, y para la economía tanto familiar como de las instituciones de salud. A través de esta revisión temática se pretende conocer los principales factores asociados a la disminución del consumo de leche materna exclusiva en lactantes, con el fin de evidenciar de manera científica esta realidad y a la vez ésta pueda sustentar nuevas medidas para favorecer, apoyar y aumentar la adherencia a la LME.

El objetivo de esta revisión bibliográfica es identificar los factores que influyen en la mantención de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida y comparar con la realidad en Chile.

MATERIAL Y MÉTODO

Se utilizaron las siguientes bases de datos: PubMed, Lilacs, Medline, y Scielo. Para la búsqueda de los artículos se utilizaron las palabras claves: lactancia materna, lactancia artificial, factores de riesgo y prevalencia. Se obtuvieron los estudios tras la combinación de las diferentes palabras claves y se aplicaron filtros de búsqueda como: hasta 20 años de publicación (hasta 2016), sólo estudios provenientes de las bases de datos mencionadas, accesibilidad Free-Full Text, estudios de idiomas español, inglés y portugués.

Sólo se tomaron en cuenta estudios de intervención realizados en humanos. Se utilizó un acceso remoto proporcionado por la Universidad de Chile, para obtener mayor acceso a los documentos de las bases de datos.

Al realizar la búsqueda inicial se encontraron un total de 382 estudios, al aplicar los filtros se llegó a un total de 35 trabajos, de los cuales se seleccionaron 13 tras la lectura completa de éstos.

Dentro de las limitaciones deben mencionarse la falta de accesibilidad a algunos textos que poseían la alternativa de ser comprados y la escasez de estudios dirigidos a la población chilena.

RESULTADOS

De los 13 artículos seleccionados, uno correspondía a una revisión sistemática del año 2006, 6 eran estudios de cohorte prospectiva entre los años 1997 y 2014, y 6 correspondían a estudios transversales entre los años 2004 y 2013. Los 13 estudios fueron realizados en 12 países distintos incluyendo Brasil (Veneziano, F. 2006), Bagladesh (Haider, R.), México (Delgado, A. 2006), España (Oliver, A. 2010), Sri Lanka (Perera, P. 2012), Chile (Cardoso, I. 2012, Niño, R. 2012 y Pino, J. 2013), Alemania y USA (Rose, V. 2004), Colombia (Saeed, G. 2011), Nepal (Ulak, M. 2012), Emiratos Arabes Unidos (Radwan, H. 2013) y Kuwait (Dashti, M. 2014). En general se consideraban como unidad de análisis a puérperas o diadas (que incluyen al neonato y su madre). Las muestras utilizadas van desde los 70 hasta los 2.500 participantes. La mayoría de los estudios tuvo por objetivo determinar las causas de la continuidad de la LM hasta los 6 meses y determinar la prevalencia de lactancia en la población blanco.

Se han organizado los resultados en los siguientes apartados, los cuales fueron los principales factores determinados por los autores: edad, nivel educacional materno, factores socioeconómicos, ámbito laboral, paridad, tipo de parto, asesoramiento profesional de salud, razones del destete precoz y redes de apoyo.

Edad: un estudio en Chile, donde se estudiaron 414 mujeres (20), no demostró relación estadística significativa de este aspecto con la LME, al igual que Perera, P. en 2012 en Sri Lanka (21), sin embargo, otros de los estudios analizados, utilizando muestras entre 81 y 2.500 mujeres (13,22-24), consideran éste como factor influyente de la mantención de la LME. Radwan, H. Con 593 pacientes en estudio indicó una relación de este factor con la LME ($p < 0,034$), al igual que Rose, A. En USA y Alemania, con 70 mujeres en estudio ($p = 0.0001$); menor edad se asocia a disminución de la LME determinada por menor educación de la madre, bajo poder adquisitivo, falta de apoyo de la familia y/o pareja, la ansiedad y la inseguridad que estas mismas tienen hacia ellas; por otro lado, mayor edad podría asociarse a madurez, preparación psicológica, experiencia previa y éxito de la LME (13, 20,21,22,24).

Nivel educacional Materno: este factor es controvertido dentro de la literatura, ya que existen estudios que lo asocian significativamente (2,20,22,23,25). Como Radwan, H. quien asocia niveles de mayor educación con mejores resultados en LM ($p = 0.01$), al igual que Niño, R. con un $p < 0.02$ en Chile con 256 participantes. Oliver, A. En España con 270 diadas en estudio asocia la disminución de LM al bajo nivel educacional (HR 2,00 con IC95% 1,27-3,15). Otros estudios no logran demostrar esta asociación (13,21,24). Un estudio (26) demostró que las madres con más de 12 años de educación mantenían por más tiempo la LM exclusiva, en comparación con las que tenían menos de 12 años (AdjHR=0.68 con IC95% 0.47–0.96).

Factores socioeconómicos: se presenta en la literatura fuertemente asociado en algunos estudios (13,21,23), afectando positiva o negativamente, según las distintas realidades. Por ejemplo, una falta de adherencia en aquellas madres con un nivel socioeconómico más bajo en una primera instancia asociado a la baja adherencia a control prenatal y con ello falta de educación sobre LME, situación que se revierte con el tiempo dado la falta de recursos para adquirir fórmulas lácteas.

Ámbito laboral: existen derechos para las embarazadas, entre los que cabe mencionar en la población chilena el postnatal de 6 meses (27), por ejemplo, beneficios que tratan de influenciar positivamente la instalación de la LME y su mantención; en estudios donde se debate este factor se logra demostrar una asociación significativa (11,21-23,26,28): se demuestra que no sólo es el ámbito laboral lo que influye directamente sobre la LME, sino que también está asociado a la falta de conocimiento de las madres sobre sus derechos (24). Radwan, H. demuestra que el inicio de la LM se ve beneficiado más con madres que posteriormente no trabajan ($p = 0.009$), y esto se refuerza con Dashti, M. en 2014 quien indica que mantención de la LME a los 6 meses es mayor en madres que no ingresan a trabajar (AjHR=0.76 IC95% 0.60–0.96).

Paridad: existen estudios que no logran asociar significativamente este factor a la LME (11,24); sin embargo la mayoría (20-23,25,26) que analizan este factor, lo hacen en base a las experiencias previas de las madres (múltiparas) y en base al temor y a la ansiedad por parte de las primíparas, quienes tienden a demostrar un establecimiento precoz de la LME pero con una menor mantención a lo largo del tiempo; si bien gran parte de los estudios logra hacer esta asociación (20-23), se sugiere que éste es un factor, que se ve fuertemente influenciado por la dinámica familiar, más que por las experiencias previas. Radwan, H. indica que el inicio de la LM está asociado a la paridad (OR = 2,13, $p < 0,001$), quien confirma con Niño, R. ($p < 0,02$) y Dashti, M (AdjHR=0.67 0.49–0.92) quien indica que múltiparas tienen mayor probabilidad de mantener la LME.

Tipo de parto: la mayoría de los textos analizados concuerdan que el tipo de parto en sí influye indirectamente al inicio de la LM al afectar al colecho y a las dificultades que pueden presentarse en las madres (22,23,26,29).

Asesoramiento profesional de salud: si bien existen estudios que no logran demostrar esta asociación (13,18, 20,26), éstos son escasos, ya que en la mayoría se concuerda que el rol del

profesional de salud juega un papel fundamental en la decisión de amamantar de la madre. Un ejemplo es el demostrado por Cardoso, I en Chile quien estudia a 72 pacientes y no encuentra relación entre la educación previa sobre LM y la extensión de la LME. La educación, en la mayoría de los estudios, está ligada fundamentalmente a este ente, quien debe capacitarse para no interferir negativamente con sus experiencias o creencias (21-23,25,28,29).

Razones de destete precoz: casi en la mitad de los casos el destete precoz está asociado a decisiones o percepciones maternas, que no necesariamente reflejan la realidad. En varios de los artículos analizados (2,11,20-24,28,29) uno de los principales motivos referidos por las madres es el de poseer “leche insuficiente” o “leches débiles”, influyendo negativamente en el inicio y/o duración de la LM. Sin embargo al no ser una razón objetiva es considerada como una excusa por parte de las madres para no amamantar, ya que la baja producción de leche sólo se presenta de manera real entre el 4 y 10% de las mujeres (2, 24).

Redes de apoyo: en la mayoría de los estudios analizados (11,13,23,27,28,29) estos factores son los más ampliamente discutidos e influyentes a la hora de evaluar el éxito de la LME: pareja, abuela, amigos y cultura son parte de ellos y son quienes a través del apoyo y de los consejos que manifiestan a las madres, influyen en su decisión de amamantar. Entran en este ámbito mitos y tabúes conocidos en la población actual como lo es la “leche insuficiente” o “leche de mala calidad” lo que hace preferir o complementar la alimentación mucho antes de lo recomendado (6 meses por la OMS) con productos comercializados como lo es la fórmula láctea y otros alimentos, costumbre que a la vez se asocia a la cultura donde se describa la situación, ya que existen prácticas arraigadas a cada una de ellas.

Finalmente, los principales resultados obtenidos indican que las madres con menor edad, con más bajos niveles educacionales y socioeconómicos, las que tuvieron partos quirúrgicos o instrumentales y factores negativos culturales son

los principales detractores de la mantención de la LME. Así mismo, se verificó que las dinámicas familiares positivas, la presencia de redes de apoyo y la educación por profesionales de la salud u otros serían factores sumamente preponderantes en la instalación y mantención de la lactancia.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La edad es un factor que se discute en cuanto a la influencia en la práctica de la LME, la mayoría de los autores (13,21,23,24) consideran que menor edad se asocia a menor grado de adherencia a la LME relacionándose con mayor ansiedad, menor ingreso monetario, menor educación, inestabilidad en la relación de pareja y muchas veces la falta de apoyo familiar; mientras que mayor edad podría asociarse a mayor madurez, preparación psicológica, experiencia previa y éxito de la LME (13,20,21,23,24) sin embargo, dos estudios analizados no pudieron demostrar esta relación estadística (20,22), lo que no es representativo para descartar este factor como influyente en la LME.

El factor educacional es un tema controvertido, ya que existen autores que discrepan en cuanto a su asociación; cinco de los ocho estudios (20,22,23,25,26) que analizaron el factor demuestran que a mayor nivel educacional existe mayor adherencia y mantención de la LME; mientras que el resto (13,21,24) no logra demostrar una asociación estadísticamente significativa. Probablemente un mayor nivel educacional materno podría asociarse al éxito de LME debido a la mayor información que alcanzase a tener esta población en cuanto a las prácticas de lactancia y a los beneficios que ésta le otorga a su hijo/a y a ella como madre, mientras que un menor nivel educacional pudiese estar asociado a ingreso tardío a control prenatal y por ende una desadherencia a la LME por falta de educación sobre las prácticas asociadas a ella.

El nivel socioeconómico es ampliamente discutido en cuanto a su asociación a la LME dependiendo de las características de la población en donde se

estudie, ya que algunos autores (11,13,23) afirman que un nivel socioeconómico bajo en países en desarrollo se asocia a un ingreso a control prenatal más tardío y con ello menor educación sobre amamantamiento y consecuente decisión tardía de adherencia a la LME en una primera instancia lo que se revierte a los 6 meses de edad pues sus ingresos no les permite adquirir otros alimentos para complementar la lactancia; aquellas mujeres que tienen mejor nivel socioeconómico en países desarrollados optan por la LME al tener un mayor conocimiento sobre sus beneficios, mientras que en los países en desarrollo, optan por fórmulas lácteas al tener la oportunidad, en cuanto a lo económico, de poder optar por este tipo de alimentación y con ello tener más “libertad” como han referido, por lo tanto es un factor que a la vez se ve fuertemente influenciado por las condiciones de vida y desarrollo de la sociedad donde se analice (11,20,22,23).

En cuanto al ámbito laboral, cabe destacar que la literatura revela que no es el trabajo en sí lo que influye en la adherencia a la LME (23), ya que por políticas públicas las madres disponen de un período de tiempo para que puedan vivir tranquilamente su período de lactancia, sino que son otras razones las que se ven implicadas en este ámbito, como lo es el desconocimiento de los derechos que tienen las madres, lo que aumenta su ansiedad y vuelven antes de lo reglamentario al trabajo por miedo a perderlos, de igual forma afecta la falta de guarderías o salas cunas en empresas donde tienen una alta empleabilidad femenina; todo esto conlleva al aumento de uso de fórmulas lácteas para complementar la LM (23), realidades que comparten todos los autores que analizaron este tópico (11,20,22,23,26,28).

Madres primíparas inician precozmente la lactancia pero con menor duración que las multíparas (12,22,23); la mayoría de los autores (20-23) convienen que más que la paridad y las experiencias previas, lo más influyente es la dinámica familiar en donde se desenvuelve la madre y su hijo. A pesar de esto, dos estudios (11,24) no lograron encontrar asociación significativa de este factor con la LME.

El tipo de parto se ha asociado al colecho y con ello a la iniciación de la lactancia la primera hora de vida, esto favorece el número de tomas nocturnas y la lactancia a demanda, prácticas que a su vez benefician la mantención de la LME (22,29); los artículos comparten la visión de que esta situación se ve dificultada en los partos por cesáreas, las cuales además tienen una tasa que va en aumento, ya sea por malas condiciones perinatales como por elección de las madres y el resultado de mala información sobre la intervención en donde el efecto de la anestesia y la dificultad de la madre para optar por una posición cómoda interfiere con la práctica (22,29), mientras que en los partos vaginales el estado de las madres generalmente favorece el contacto precoz con el recién nacido (22,23). Sin embargo uno de los estudios difiere con el resto, no encontrando asociación significativa para este factor (24).

Si bien las investigaciones sobre LME en recién nacidos hospitalizados son escasas, ambos autores (11,18) que analizaron este aspecto reflejan una baja adherencia a la LME en los recién nacido que ingresan a la hospitalización pero en sus análisis no se demostró que el hecho de estar hospitalizado tenga un efecto negativo sobre la LME, sino que un efecto positivo, ya que es en este lugar donde las madres reciben educación sobre la práctica y beneficios de ésta (11,12,18); de todas formas existen condiciones de infraestructura que dificultan este proceso como la falta de un lactario adecuadamente equipado (18,22).

A través del análisis todos los autores que consideraron este tópico comparten la visión de que existen factores que influyen fuertemente en la adherencia de la LME como pareja, familia y amigos, quienes prestan apoyo emocional a la madre y orientan según sus experiencias, visiones y/o mitos que comparten acerca de esta práctica y que determinan la mantención o no de LME o su complementación con fórmulas antes de los 6 meses de edad; parte de estas influencias negativas son el tener el concepto de “leches débiles” o “falta de leche”, situaciones que desfavorecen la perseverancia de la estimulación

de la lactancia causando mayor ansiedad (11,13,20-24,28,29). En cuanto al entorno, la raza y más ampliamente la cultura, afectan la mantención de la LME a lo largo del tiempo, ciertas costumbres y ritos, como por ejemplo la introducción de gotas de janamghuti o la ceremonia de pasni (28), favorecen la introducción de alimentos complementarios precozmente en la alimentación de los neonatos interfiriendo con la práctica ideal de alimentación y es así como lo refleja en parte la literatura disponible (28).

Tras el análisis realizado, es importante que a futuro puedan plantearse nuevas investigaciones que ayuden a evidenciar la realidad local con mayor certeza, pues existe limitada información nacional referente a este tópico y sobre datos necesarios para diseñar adecuadas políticas de intervención o intervenciones más costo-efectivas. Con este fin, es importante también dar lugar a nuevos grupos de investigación como lo son los recién nacidos hospitalizados en las diversas Unidades de Neonatología del país, tanto del sector público como del privado. Por otra parte, se propone como estrategias de intervención, apoyar la educación sobre LME en madres, involucrando a padres y/o familiares cercanos y capacitando constantemente sobre el fomento y la promoción de ésta a profesionales de salud, siendo necesario a la vez que exista supervisión de estas prácticas y evaluación del grado de satisfacción de aquellas madres que la reciban, ya que muchas veces el profesional influye negativamente producto de sus realidades y experiencias. Se espera que la presente revisión forme parte de un sustento para futuras investigaciones y creación de políticas públicas de alimentación infantil.

CORRESPONDENCIA

PABLO GÁLVEZ ORTEGA

Académico instructor, Matrón, Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Correo: pablogalvez@med.uchile.cl

Recibido: 15 / 11 / 2016

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de Salud. Manual de Lactancia Materna. Capítulo I: Marco Conceptual Cognitivo. 3ª ed. Santiago: Sin editorial; 2010. p. 11-53.
2. Delgado A, Arroyo LM, Díaz MA, Quezada Claudia A. Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 2006; 63(1): 31-39.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS) [En línea]. Lactancia Materna Exclusiva. Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (eLENA); 2010 [Citado el 26/04/2013] Disponible en: http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/es/index.html
4. Ministerio de Salud. Situación Nutrición en el sistema público de salud. Chile 2009 [acceso 20 nov 2013]. Disponible en: <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/89185968d325a51ee04001011e010c92.pdf>
5. Atalah E [En línea]. Situación actual e histórica de la lactancia materna en Chile. Presentación Cuarto ciclo Actualizaciones en Gastroenterología y Nutrición Infantil. Santiago 2011 [acceso 20 nov 2013]. Disponible en: <http://www.sochipe.cl/aporta.php/presentaciones/2011/situacion-actual-e-historica-de-la-lactancia-materna-en-chile/22>
6. Ministerio de Salud [En línea]. Estrategia de Intervención Nutricional a través del Ciclo Vital para la Prevención de Obesidad y otras Enfermedades No Transmisibles. 2ª ed. Chile 2010 May [acceso 20 nov 2013]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/8a2cacad32ce5b9ce04001011e017fb4.pdf>
7. Organización Mundial de la Salud, UNICEF [En línea]. Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de leche materna. Artículo, 2009. [acceso 18 abr 2013]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_FCH_CA_H_09.01_spa.pdf
8. Brugal MI [En línea]. ¿Cómo apoyar la lactancia materna?. Artículo, 2012 nov [acceso 18 may 2013]. Disponible en: http://maternidad.uc.cl/link.cgi/noticias/embarazo_parto_y_maternidad/como_apoyar_la_lactancia_materna.act

9. Long M [En línea]. La hospitalización no debería interrumpir la lactancia materna exclusiva. 2010 feb [acceso 16 abr 2013]. Disponible en: <http://www.bebesymas.com/alimentacion-para-bebes-y-ninos/la-hospitalizacion-no-deberia-interrumpir-la-lactancia-materna-exclusiva>
10. Earle S. Factors affecting the initiation of breastfeeding: implications for breastfeeding promotion. *Health Promot Int.* 2002;17(3):205–14
11. Haider R, Kabir I, Hamadani JD, Habte D. Reasons for failure of breast-feeding counselling: mothers' perspectives in Bangladesh. *Bull World Health Organ.* 1997;75:191–196.
12. McKean KS, Baum JD, Sloper K. Factors influencing breast feeding. *Arch Dis Child.* 1975 Mar;50(3):165–170.
13. Rose V., Warrington V., Linder R., & Williams C. (2004). Factors influencing infant feeding method in an urban community. *Journal of the National Medical Association*, 96(3), 325–331.
14. Ampuero S, Chaura C [En línea]. Lactancia materna exclusiva en menores de seis meses. Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar. Modulo 1: Tendencias en Salud Pública, Salud Familiar y comunitaria y promoción. Sin lugar y sin año. p1-14 [acceso 18 may2013]. Disponible en: http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Puerto%20Montt%202003/Lactancia_materna_exclusiva.pdf
15. Valdés V [En línea]. Como favorecer el establecimiento de una lactancia materna exitosa. Artículo, 2010 [acceso 24 abr 2013]. Disponible en: <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod06/Mod%206%20Diez%20pasos.pdf>
16. Piñera S [En línea]. Modifica las normas sobre protección a la maternidad e incorpora el permiso postnatal parental. Ley N° 20.545. Santiago, 2011 [acceso 22 nov 2013]. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1030936>
17. Organización Mundial de la Salud [En línea]. Instrumento de autoevaluación de hospitales para la iniciativa conjunta OMS/UNICEF “Hospitales amigos de los niños y de las madres”. [acceso 26 abr 2013]. Disponible en: <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/lactanciamaterna/autoevaluacionhospitales.pdf>
18. Cardoso I, Jaime F, Carrillo D, Soto M, Menchaca G. Efecto de la hospitalización sobre la mantención de la lactancia materna en niños menores de 6 meses de edad. *Rev. chil. pediatr.* 2012 Abr; 83(2): 128-133.
19. Bejarano JJ. El banco de leche humana y el lactario hospitalario. *Rev Gastrohup.* 2013 Ene Vol 15 Núm 1 Supl 2: p30-40.
20. Niño R, Silva G, Atalah E. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva *Rev. chil. pediatr.* 2012 Abr; 83(2): 161-169.
21. Perera PJ, Ranathunga N, Fernando MP, Sampath W, Samaranyake GB. Actual exclusive breastfeeding rates and determinants among a cohort of children living in Gampaha district Sri Lanka: a prospective observational study. *International Breastfeeding Journal* 2012. 7:21.
22. Radwan H. Patterns and determinants of breastfeeding and complementary feeding practices of Emirati mothers in the United Arab Emirates. *BMC Public Health.* 2013;13 doi: 10.1186/1471-2458-13-171.
23. Veneziano FT, Carone EM, Carandina L. Lactancia: Factores de influencia en su decisión y duración. *Rev. de Nutr;* Vol. 19. N°5. 2006.
24. Pino JL, López MA, Medel AP, Ortega A. Factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad rural de Chile. *Rev chil nut,* 40(1), 48-54.
25. Oliver A, Richart M, Cabrero J, Pérez S, Laguna G, Flores JC, et al. Factores asociados al abandono de la lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2010; Vol. 18; p79-87.
26. Dashti, M, Scott J, Edwards C, Al-Sughayer M. Predictors of Breastfeeding Duration among Women in Kuwait: Results of a Prospective Cohort Study. *Nutrients* 2014, 6, 711-728; doi:10.3390/nu6020711
27. Strain H [En línea]. Declaración Comisión Nacional de Lactancia Materna 2013: Apoyo a las madres que amamantan cercano, continuo y oportuno. 2013 Jul [acceso 20 nov 2013]. Disponible en: <http://www.paho.org/blogs/chile/>
28. Ulak M., Chandyo R.K., Mellander L., Shrestha P.S., Strand T.A. Infant feeding practices in bhaktapur, Nepal: A cross-sectional, health facility based survey. *Int. Breastfeed. J.* 2012;7:1. doi: 10.1186/1746-4358-7-1.
29. Saeed G, Fakhar S, Imran T, Laila L, Abbas K. The effect of modes of delivery on infants' feeding practices. *Iranian Journal of Medical Sciences.* 2011;36(2):128–132.



Centro de Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal "Lazos de Amor" brinda atención y educación integral a la mujer, gestante y familia en todo proceso.

DIRECCIÓN:

Calle Sibelius 117, San Borja, Lima, Perú

CONTACTOS:

996 323 200 / compartiendo.salud@hotmail.com



Centro de Psicoprofilaxis y Estimulación Pre Natal
Lazos de Amor

