

Factores asociados a la lactancia materna exclusiva

ROSA NIÑO M.¹, GIOCONDA SILVA E.², EDUARDO ATALAH S.³

1. Matrona. Escuela de Obstetricia. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.
2. Matrona. Escuela de Obstetricia. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.
3. Médico. Departamento de Nutrición. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

ABSTRACT

Determinants of exclusive breastfeeding in health centers in Santiago, Chile

Introduction: Limited information is available regarding factors contributing to exclusive breastfeeding until the sixth month. This information is needed to design appropriate policy interventions. **Methods:** A survey about socio-demographic characteristics, information received, onset and duration of breastfeeding and causes of weaning was applied. Factors associated with exclusive breastfeeding for 6 months were determined by multivariate logistic regression. **Results:** 256 mothers attending a public sector hospital and 158 mothers attending a private sector hospital responded to the survey. The following factors were higher in the private sector group: Education level, primiparity, cesarean sections and work outside the home ($p < 0.02$). 45.8% of mothers continued exclusive breastfeeding up to 6 months, with no difference seen between groups. The main causes of weaning were: maternal decision (27.2%), perceived hunger (24.1%), esthetic factors (17.3%) and child's illness (13.0%). Exclusive breastfeeding up to 6 months was associated with a previous successful breastfeeding (OR 5.4, 95% CI 2.2-13.2), female child (OR 5.5 CI 2.5-12.3), lower maternal education (OR 5.4 CI 2.4-11.7) and public health system (OR 2.1 CI 1.0-4.5). **Conclusion:** Weaning is often associated with maternal perceptions rather than objective data. Socio-demographic variables influence successful prolonged breastfeeding. Better education in health factors and breastfeeding might improve this situation.

(Key words: Breastfeeding, weaning, nutrition, feeding, childhood).

Rev Chil Pediatr 2012; 83 (2): 161-169

RESUMEN

Introducción: Existe limitada información de los factores que contribuyen a una lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes, datos necesarios para diseñar adecuadas políticas de intervención. **Pacientes y Método:** Estudio de corte transversal. Se aplicó una encuesta sobre características socio-demográficas, información recibida, inicio y duración de la lactancia y causas de destete. Por regresiones logísticas multivariadas se determinaron factores asociados a lactancia exclusiva de 6 meses. **Resultados:** 256 madres del sector público y 158 del sector privado fueron incluidas. Se observó mayor escolaridad, primiparidad, cesáreas y trabajo fuera del hogar en sistema privado ($p < 0,02$); 45,8% de madres mantuvo lactancia exclusiva hasta 6 meses, sin dife-

Trabajo recibido el 21 de septiembre de 2011, devuelto para corregir el 14 de noviembre de 2011, segunda versión 20 de diciembre de 2011, aceptado para publicación el 13 de enero de 2012.

Correspondencia a:
Eduardo Atalah S.
E-mail: eatalah@med.uchile.cl

rencias entre grupos. Principales causas de destete: decisión materna (27,2%), percepción de hambre (24,1%), factores estéticos (17,3%) y enfermedad del niño (13,0%). La lactancia exclusiva hasta los 6 meses se asoció con una lactancia previa exitosa (OR 5,4, 95% IC 2,2-13,2) sexo femenino del hijo (OR 5,5, IC 2,5-12,3), menor escolaridad materna (OR 5,4, IC 2,4-11,7) y sistema público de salud (OR 2,1, IC 1,0-4,5). **Conclusión:** El destete muchas veces está relacionado con percepciones maternas más que con datos objetivos. Variables socio-demográficas influyen en lactancia exitosa. Mayor educación en controles de salud y clínicas de lactancia mejorarían esta situación.

(Palabras clave: Lactancia, destete, nutrición, alimentación, lactante).

Rev Chil Pediatr 2012; 83 (2): 161-169

Introducción

Una lactancia hasta el sexto mes de vida, favorece un adecuado crecimiento y desarrollo¹, impactando en causas evitables de morbi-mortalidad infantil, sin distinción de nivel socioeconómico o trabajo materno². Un mejor conocimiento de los beneficios de la LM, está asociado a inicio temprano y mayor duración de Lactancia materna (LM)^{3,4}. La educación en salud, las intenciones prenatales, experiencias de amamantamiento y el apoyo a la madre, inciden en el inicio o suspensión temprana de la LM⁵⁻⁸.

La OMS sugiere “mantener como patrón fundamental la lactancia materna exclusiva (LME) hasta los seis meses y luego, junto con otros alimentos, hasta los dos años de vida”, pero hay países lejanos a esta meta⁹. Chile logró aumentar la LME al sexto mes de 16% en 1993 a 43% el 2002 en el sector público, según encuestas nacionales¹⁰. En forma más reciente, las estadísticas regulares del MINSAL muestran un descenso de la prevalencia de LME al sexto mes de vida de 49,0 a 43,5% entre 2008 y 2010.

Para revertir esta situación se ha realizado una reedición actualizada del Manual de Fomento de Lactancia Materna del MINSAL¹¹ y existe un proyecto de ley para prolongar hasta los 6 meses el descanso post natal, que está en trámite en el Congreso. Sin embargo, según MINSAL, la prevalencia de LME al primer mes de vida es 78% y al tercer mes 66%. Por lo cual, antes del tercer mes de vida la tasa de deserción afecta a un tercio de los niños, siendo un importante desafío de salud pública para el país.

Existe muy limitada información nacional sobre las causas de destete precoz, lo que impide definir las intervenciones que pudieran ser más costo-efectivas. Estudios en diversos países han identificado que la duración de la lactancia materna exclusiva se relaciona fundamentalmente con la edad materna, paridad, nivel socioeconómico, tabaquismo, consejería en lactancia, uso de chupete, jornada laboral y algunas características del recién nacido¹²⁻¹⁷. Un estudio reciente en Chile demostró que el uso de sueros o de sustitutos de la lactancia materna en la maternidad reduce la probabilidad de tener una lactancia materna exclusiva al mes de vida¹⁸.

Casi no existe información sobre prácticas de LM en el sistema privado, el que representa un tercio de la población del país. En ese escenario, cabe preguntarse además ¿Cuáles son actualmente, los factores de destete precoz en Chile?. Con este propósito se realizó este estudio exploratorio para conocer la prevalencia de lactancia materna y causas de destete precoz, en mujeres de distinto nivel socioeconómico controladas en el sistema público y privado de salud de Santiago.

Pacientes y Método

Diseño

Estudio descriptivo transversal en una muestra de mujeres atendidas en el sistema público y privado de atención de salud en Santiago de Chile.

Tamaño de muestra

Se estimó una diferencia de 12 puntos porcentuales en la prevalencia de lactancia

materna exclusiva entre el sistema público y privado de atención de salud al sexto mes, nivel de confianza 0,05, poder 80 y un test de una cola, lo que definió un tamaño de muestra de 220 mujeres en cada grupo. Aún cuando no existe información adecuada para estimar la prevalencia de lactancia materna en el sistema privado de salud, arbitrariamente se consideró que esta sería menor que en el sistema público y la estimación del tamaño muestral se basó en un test de una cola.

Selección de la muestra

Las madres se seleccionaron en las salas de espera de dos consultorios del sistema público y dos del sistema privado de atención de salud, cuando asistían al control de crecimiento y desarrollo de sus hijos/hijas, durante los meses de octubre y noviembre de 2010.

Criterios de inclusión: Madres entre 3 y 8 meses post parto, con antecedentes obstétricos de parto o cesárea, que aceptaron participar y firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: Madres con post parto con patología sistémica grave o enfermedad grave del hijo/a.

Instrumento

Fue desarrollado en el marco de lo mencionado por Hernández, Fernández y Baptista¹⁹, como una encuesta de respuestas cerradas y codificadas. Fue sometido a una validez de contenido a través de una consulta de revisión de expertos, quienes ajustaron enunciados de concepto en referencia a conocimientos, actitudes y prácticas.

La capacidad/facilidad se evaluó para entender la idea de las preguntas y se aplicó la medida de estabilidad del instrumento, mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia de 30 madres (previo consentimiento informado), aplicando la confiabilidad de Test-Retest.

Posteriormente, fue aplicado a las madres en las instituciones de salud pública y privada seleccionadas, por profesionales de la salud y estudiantes del último año de la Escuela Obstetricia, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Se resguardaron los aspectos éticos recomendados internacionalmente, otorgando

la debida información a las madres encuestadas, así como también respetando su autonomía, y confidencialidad, anexando la firma de un consentimiento informado a cada una de las participantes.

El documento utilizado posee un total de 20 ítems agrupados en las siguientes áreas (anexo 1):

- Variables sociodemográficas maternas: edad, paridad, nivel educativo, ocupación, estado civil.
- Antecedentes del recién nacido: vía del parto, sexo, peso al nacer.
- Variables sociodependientes, que evalúan características intervinientes en la duración de la lactancia materna: experiencia previa en LM anteriores, orientaciones recibidas sobre ventajas e importancia de la LM, momento en que recibió la información, principales fuentes de información, edad de inicio ingesta de jugos, leche artificial y comidas, causas de abandono de LM.

Análisis estadísticos

Se generó una base de datos electrónica, que fue procesada con el programa STATA 9.2. En las variables categóricas se utilizaron distribuciones de frecuencia y se comparó la situación entre el sistema público y privado con el test χ^2 . Por medio de regresiones logísticas de un factor se calculó la razón de disparidad (odds ratio) entre cada una de las variables de exposición estudiadas y la probabilidad de tener una lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad del niño. Las variables categóricas fueron analizadas en forma dicotómica: edad materna (< 25 años vs 25 años y más), escolaridad (universitaria vs básica o media); actividad laboral (trabajadora/estudiante vs dueña de casa), vía de parto (cesárea vs parto vaginal), estado civil (casada vs soltera/conviviente), información sobre la lactancia (sí vs no), sistema de salud (público vs privado), paridad (primigesta vs múltipara) y experiencias anteriores de lactancia (exitosa vs sin experiencia o regular/mala). En una segunda etapa se realizó un análisis de regresión logística multifactorial con el procedimiento de adición de variables una a una (forward stepwise), considerando como criterio de inclusión una probabilidad de 0,05 y

de eliminación de 0,2. Los modelos estadísticos propuestos permiten estudiar el efecto conjunto de exposición a distintos factores, controlando el efecto de variables de confusión. En todos los casos se consideraron significativos valores de $p < 0,05$.

Resultados

Se realizaron 414 encuestas (256 sector público y 158 sector privado), eliminándose 3 por datos incompletos. Las madres tenían edad promedio de $28,2 \pm 5,9$ años y sus caracte-

terísticas sociodemográficas se presentan en la tabla 1. La mayor proporción tenía enseñanza media, con un mejor nivel de escolaridad en el sector privado ($p < 0,001$). También hubo diferencias en el número de hijos, con mayor proporción de primíparas en el sector privado ($p < 0,001$). Hubo una proporción similar de madres casadas, convivientes y solteras, sin diferencias entre ambos grupos. La mayor parte de las madres encuestadas trabajaba fuera del hogar, con mayor proporción en el grupo del sistema privado ($p < 0,01$). Destaca también que el 10% de las madres eran estudiantes. Casi la mitad de los partos fue por cesárea, con

Tabla 1. Características sociodemográficas de las madres según sistema de salud (n = 411)

Variable	Sector Público		Sector Privado		Total		χ^2 p
Edad años	n	%	n	%	n	%	
16 a 24	82	32,4	45	28,5	127	30,9	
25 a 29	69	27,3	49	31,0	118	28,7	
30 a 34	65	25,7	36	22,8	101	24,6	
35 a 44	37	14,6	28	17,7	65	15,8	
Total	253	100,0	158	100,0	411	100,0	NS
Escolaridad							
Básica	45	17,8	8	5,1	53	12,9	
Media	151	59,7	60	37,9	211	51,3	
Universitaria	57	22,5	90	57,0	147	35,8	
Total	253	100,0	158	100,0	411	100,0	< 0,001
Paridad							
Primípara	94	37,2	94	59,5	188	45,7	
Múltipara	159	62,8	64	40,5	223	54,3	
Total	253	100,0	158	100,0	411	100,0	< 0,001
Estado Civil							
Soltera	66	26,1	49	31,0	115	28,0	
Casada	85	33,6	57	36,1	142	34,5	
Conviviente	102	40,3	52	32,9	154	37,5	
Total	253	100,0	158	100,0	411	100,0	NS
Ocupación							
Ama de Casa	110	43,5	34	21,5	144	35,0	
Trabajo fuera hogar	120	47,4	105	66,5	225	54,8	
Estudiante	24	9,1	19	12,0	42	10,2	
Total	253	100,0	158	100,0	411	100,0	< 0,001
Vía del parto							
Vaginal	149	58,9	61	38,6	210	51,1	
Cesárea	104	41,1	97	61,4	201	48,9	
Total	253	100,0	158	100,0	411	100,0	< 0,001

una proporción significativamente mayor en el sector privado (61,5 vs 38,5% $p < 0,001$).

El 90,5% de las encuestadas reconoció haber recibido información de LM (tabla 2). La mayor parte de ellas la recibieron en diferentes períodos, destacando en segundo lugar el rol de los controles prenatales. Llama la atención la baja proporción de madres que reconoce haber recibido información en controles de crecimiento, aunque en muchos casos está incluido en la alternativa “en varios momentos”. Destaca también que una proporción mayor de

madres no recibió información sobre LM en el sistema privado ($p < 0,02$). Respecto a la fuente de información casi la mitad de los casos reconoció haberla recibido de diversos integrantes del equipo de salud (médicos, enfermeras, nutricionistas, matronas). En una proporción muy similar, la matrona fue la fuente de información, sin diferencias significativas entre ambos grupos.

La duración de la LME se presenta en la tabla 3, incluyendo sólo a niños que habían cumplido 6 meses (93 del sistema público y

Tabla 2. Información recibida por la madre sobre la lactancia según sistema de salud

Información sobre lactancia	Sector Público		Sector Privado		Total		χ^2 p
	n	%	n	%	n	%	
No recibió información	18	7,1	21	13,3	39	9,5	
Antes embarazo	10	4,0	5	3,1	15	3,6	
Durante embarazo	65	25,7	36	22,8	101	24,6	
En la maternidad	13	5,1	10	6,3	23	5,6	
Control de crecimiento	0	0,0	5	3,2	5	1,2	
Varios momentos	147	58,1	81	51,3	228	55,5	
Total	253	100	158	100	411	100	< 0,02
Fuente de información							
Familia	9	3,8	9	6,6	18	4,8	
Médico	11	4,7	12	8,7	23	6,2	
Enfermera	5	2,1	2	1,5	7	1,9	
Matrona	102	43,4	49	35,8	151	40,6	
Medios de comunicación	2	0,9	1	0,7	3	0,8	
Otras fuentes	2	0,8	3	2,2	5	1,3	
Diversos miembros equipo salud	104	44,3	61	44,5	165	44,4	
Total	235	100	137	100	372	100	NS

Tabla 3. Edad de término de la lactancia materna exclusiva en niños de 6 meses y más según sistema de salud (n = 181)

Edad / meses	Sector Público		Sector Privado		Total	
	n	%	n	%	n	%
Menos de 1	10	10,8	18	20,5	28	15,5
1 a 2	11	11,8	6	6,8	17	9,4
3 a 4	10	10,8	5	5,7	15	8,3
5	18	19,3	20	22,7	38	21,0
6 y más	44	47,3	39	44,3	83	45,8
Total	93	100,0	88	100,0	181	100,0

$\chi^2 = 5,69$ NS.

Tabla 4. Causa de abandono de la lactancia materna exclusiva según sistema de salud (n = 162)

Motivo de abandono	Sector Público		Sector Privado		Total	
	n	%	n	%	n	%
Enfermedad del niño	7	8,4	14	17,7	21	13,0
Enfermedad de la madre	1	1,2	1	1,3	2	1,2
Niño rechaza pecho	2	2,4	5	6,3	7	4,3
Queda con hambre	30	36,2	9	11,4	39	24,1
Decisión de la madre	19	22,9	25	31,6	44	27,2
Inicio trabajo/estudio	2	2,4	10	12,7	12	7,4
Estética	15	18,1	13	16,5	28	17,3
Otros	7	8,4	2	2,5	9	5,5
Total	83	100,0	79	100,0	162	100,0

$\chi^2 = 23,91$; $p < 0,001$.

Tabla 5. Factores asociados a una lactancia materna exclusiva de 6 meses según modelo de regresión logística multivariado

Variable	OR	95% IC	p
Experiencia exitosa en una lactancia previa	5,4	2,2 – 13,2	< 0,001
Sexo femenino del recién nacido	5,5	2,5 – 12,3	< 0,001
Escolaridad materna básica o media	5,4	2,4 – 11,7	< 0,001
Sector público de salud	2,1	1,0 – 4,5	0,06

Pseudo χ^2 0,23 $p < 0,001$.

88 del sistema privado). Destaca casi un 25% de las madres suspendió la LME antes de tres meses y el 46% la mantuvo hasta los 6 meses, proporción similar a la información del MIN-SAL. Aunque hubo destete más precoz en el sistema privado, las diferencias no fueron significativas (p NS).

Según lo referido por las madres los principales motivos de abandono de la lactancia fueron “decisión propia” y percepción materna que el niño “quedaba con hambre” (tabla 4), con comportamiento diferente entre ambos grupos ($p < 0,001$). En una proporción significativa el destete se vinculó a problemas de estética y en menor frecuencia a la salud del niño, trabajo o estudio materno. En la mayor parte de estas variables el comportamiento fue diferente entre las beneficiarias de ambos servicios de salud ($p < 0,001$).

El análisis por regresión logística univariada no mostró una asociación significativa entre una lactancia materna hasta los 6 meses

y la edad de la madre, paridad, estado civil, información sobre la lactancia, momento que la recibió y sistema de salud. Las variables asociadas a una lactancia exitosa fueron una experiencia previa positiva (OR 3,0 95% IC 1,5-6,2), una menor escolaridad materna (OR 4,7 95% IC 2,4-9,2), ser dueña de casa (OR 1,8 95% IC 1,0-2,9) y sexo femenino del lactante (OR 3,6 95% IC 1,9-7,0). El análisis multivariado excluyó la variable actividad laboral y consideró el sistema de salud, aunque en el límite de la significación estadística (tabla 5). Estas cuatro variables explicaron el 23% de la varianza respecto a duración de la lactancia materna exclusiva al sexto mes.

Discusión

Existen muy pocos datos nacionales sobre las causas del destete precoz, a pesar de la amplia preocupación que ha habido sobre el tema en los últimos 20 años. Tampoco existe

información sobre la situación de lactancia el sistema privado de salud, la que representa un tercio de la población nacional. Este es el principal aporte de este estudio, que nos demuestra que casi en la mitad de los casos el destete precoz está asociado a decisiones o percepciones maternas, que no necesariamente reflejan la realidad. La impresión de que el niño “queda con hambre” no siempre está asociada a un hecho objetivo o no se relaciona con la curva de crecimiento del niño. Ello podría reducirse con una mayor información en los controles de salud o con clínicas de lactancia materna. Preocupa también la alta proporción de casos en el que el destete está asociado a razones estéticas, a pesar de las insuperables ventajas de la lactancia materna, lo que refleja probablemente que la información recibida no ha sido suficiente o adecuada.

El trabajo o estudio materno aparece en una muy baja proporción como causa de destete, lo que puede poner en duda el potencial impacto de la ley de prolongación del descanso postnatal. Sin embargo, es posible que pudiera haber algún grado de superposición con la respuesta “decisión materna”, ya que las madres que deben incorporarse en las próximas semanas a un actividad laboral, puede que se “preparen previamente” iniciando una alimentación complementaria.

Otro dato interesante de destacar en la información recibida sobre lactancia materna. Aunque el 90% de las madres recibió información sobre la importancia de la lactancia materna, no es menor el hecho que eso no ocurrió en el 10% restante, proporción que fue significativamente mayor en el sistema privado de salud. Algo más de la mitad de las madres recibió información en varios momentos y de distintas fuentes, aunque lo ideal sería que eso ocurriera en todos los casos, lo que refuerza la necesidad de enfatizar el tema durante el embarazo, parto, puerperio y controles de crecimiento y desarrollo.

La prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 6 meses mostró cifras parecidas a la información que genera el Ministerio de

Salud a través del Departamento de Estadísticas e Información en Salud a nivel nacional, lo que contribuye a validar esta información. Con alguna sorpresa la situación fue similar en el sistema privado, lo que sugiere un avance muy importante en este grupo de población, aunque deben tenerse en cuenta las limitaciones de este estudio.

Se observó que a menor edad materna disminuye el período de lactancia, grupo que debiera ser prioritario para el equipo de salud en las acciones de promoción y prevención²⁰. La alta incidencia de cesáreas es un problema a resolver, para que no afecte el inicio precoz del amamantamiento que favorece la LME hasta los 6 meses. Dos de los factores asociados en este estudio a una lactancia exclusiva hasta los 6 meses (experiencia previa exitosa, menor nivel de escolaridad) han sido descritos en la literatura^{13,15,16}. Sin embargo, llama la atención la importante diferencia en función del sexo del lactante, lo que no ha sido descrito previamente. Este hecho sugiere la necesidad de evaluar esta asociación en estudios de mayor representatividad. Aún cuando el sistema de salud no demostró diferencias en los análisis univariados, si se demostró una situación más favorable en el sistema público, al utilizar modelos multivariados.

En la interpretación de resultados se deben considerar algunas limitantes del estudio, como su reducido tamaño de muestra, uso de una muestra no aleatoria y que las madres del sistema privado de salud, correspondían a un nivel socioeconómico más bien medio y no alto. Los datos se obtuvieron a través de una encuesta realizada en algunos casos varios meses después del destete, lo que podría determinar menor confiabilidad de la información por una sobreestimación de la duración real de la lactancia²¹.

A pesar de ello se aportan datos de interés para proponer y fortalecer futuras intervenciones, con acciones coordinadas del equipo de salud, la mujer y su familia durante el embarazo, parto y puerperio, en todas las instancias de contacto y seguimiento²².

Anexo 1. Encuesta lactancia materna

Ítem	Variable	Alternativas de respuesta	Código
1	Centro de Salud	Público =1 ; Privado =2	
2	Número encuesta		
3	Edad de la madre	Años	
4	Escolaridad materna	Básica incompleta= 1, Básica completa=2, Media incompleta= 3, Media completa= 4, Universitaria incompleta= 5, Universitaria completa= 6	
5	Ocupación	Ama de casa= 1, Trabajadora= 2, Estudiante= 3	
6	Estado Civil	Soltera= 1, Casada= 2, Conviviente= 3, Sin pareja= 4	
7	Número total de hijos	Registre sólo recién nacidos vivos	
8	Orientaciones previas sobre ventajas e importancia LM	Sí= 1, No= 2	
9	¿Cuándo las recibió?	Antes del embarazo= 1, Durante el embarazo= 2, Después del parto en la maternidad= 3, Después del parto en controles de salud =4; En varios momentos= 5. Si se ha recibido información en varios momentos (Destaque todos los números que corresponda)	
10	Principales Fuentes de información	Familia= 1, Médico= 2, Enfermera= 3, Matrona= 4, Medios masivos de comunicación= 5, Amigos o conocidos= 6, Otros= 7; varios = 8. (Destaque todos los números que corresponda)	
11	Fecha nacimiento lactante	Día ____ Mes ____ Año ____ Registre posteriormente la edad actual en meses	
12	Sexo	Femenino = 1 Masculino = 2	
13	Vía de nacimiento	Vaginal= 1 Cesárea= 2	
14	¿Cuál fue su experiencia en lactancias previas?	Buena = 1, Regular = 2, Mala = 3, No corresponde, Primípara= 4	
15	En esta lactancia hasta qué edad le dio sólo pecho sin ningún otro alimento	Edad en meses	
16	¿A que edad empezó a darle agua o jugos?	Edad en meses	
17	¿A que edad empezó a darle leche artificial?	Edad en meses. Registre 9 en caso que aún no recibe fórmulas	
18	¿A que edad empezó a darle comida?	Edad en meses. Registre 9 en caso que aún no recibe comidas	
19	¿Hasta qué edad le dio leche materna además de otro alimento?	Edad en meses. Registre la edad actual en caso de que aún recibe pecho	
20	Principal motivo por el cual abandonó la lactancia materna o sustituyó/ complementó con leche artificial	Enfermedad del niño= 1, Enfermedad de la madre con utilización de fármacos excretados por la leche materna= 2, Enfermedad de la madre relacionada con la mama o el pezón= 3, Rechazo del niño al pecho= 4, No se llena, queda con hambre= 5, Incorporación a la sala cuna= 6, Falta de leche= 7, Voluntariedad de la madre=8, Inicio de actividades laborales o estudiantiles= 9, Estética= 10, Ambiente familiar inadecuado= 11, Otros= 12	

Referencias

- 1.- *Morán M, Naveiro JC, Blanco Fernández E, Cabañeros I, Rodríguez M, Peral A*: Prevalencia y duración de la lactancia materna: influencia en el peso y morbilidad. *Nutr Hosp* 2009; 24: 213-7.
- 2.- *Bartick M, Reinhold A*: The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. *Pediatrics*. 2010; 125: e 1048-56.
- 3.- *Kohlhuber M, Rebhan B, Schwegler U, Koletzko B, Fromme H*: Breastfeeding rates and duration in Germany. A Bavarian cohort study. *Br J Nutr* 2008; 99: 1127-32
- 4.- *Sisk PM, Lovelady CA, Gruber KJ, Dillard RG, O'Shea TM*: Human milk consumption and full enteral feeding among infants who weigh $\leq 1\ 250$ grams. *Pediatrics* 2008; 121: e1528-33.
- 5.- *Dyson L, Renfrew MJ, McFadden A, McCormick F, Herbert G, Thomas J*: Policy and public health recommendations to promote the initiation and duration of breast-feeding in developed country settings. *Public Health Nutr* 2010; 13: 137-44.
- 6.- *McNiel M, Labbok M, Abrahams S*: What are the risks associated with formula feeding? A re-analysis and review. *Birth* 2010; 37: 50-8.
- 7.- *DiGirolamo A, Thompson N, Martorell R, Fein S, Grummer-Strawn L.*: Intention or Experience? Predictors of Continued Breastfeeding *Health Educ Behav* 2005; 32: 208-26.
- 8.- *Gigena P*: Abandono de la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses, en mujeres de Villa el Rosario, Córdoba, Argentina. *Claves de Odontología* 2008; 15: 41-6.
- 9.- *Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U*: Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics* 2005; 116: 702-8.
- 10.- *Comisión Nacional de Lactancia Materna*: Efectividad del Programa de Lactancia, Resultados Encuestas Nacionales 1993-2002. Chile, 2005.
- 11.- *Ministerio de Salud*: Lactancia Materna: contenidos técnicos para profesionales de la salud. 2º Edición, Santiago, 2010.
- 12.- *França MCT, Giugliani ERJ, Oliveira LD, et al*: Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. *Rev Saúde Pública* 2008; 42: 607-14.
- 13.- *Baptista GH, Andrade AHKG, Giolo SR*: Fatores associados à duração do aleitamento materno em crianças de famílias de baixa renda da região sul da cidade de Curitiba, Paraná, Brasil. *Cad Saude Pública* 2009; 25: 596-604.
- 14.- *Franco SC, Nascimento MBR, Reis MAM, Islerr H, Gri-si SJFE*: Aleitamento materno exclusivo em lactentes atendidos na rede pública do Município de Joinville, Santa Catarina, Brasil. *Rer Bras Saude Matern Infant* 2008; 8: 291-7.
- 15.- *Barbosa BM, Palma D, Domene SMA, Taddei JAAC, López FA*: Fatores de risco associados ao desmame precoce e ao período de desmame em lactentes matriculados em creches. *Rev Paul Pediatr* 2009; 27: 272-81.
- 16.- *Cabezuelo G, Vidal S, Abeledo A, Frontera P*: Factores relacionados con el abandono precoz de la lactancia materna. *Rev Esp Pediatr* 2006; 62: 212-8.
- 17.- *Villanueva M, Álvarez J, Peña L*: Factores condicionantes de la lactancia materna durante el puerperio inmediato en el Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias. *Rev Española Nutr Comun* 2008; 14: 30-41.
- 18.- *Cardoso KI, Toso MP, Valdés LV, Cerda LJ, Manríquez TV, Paiva CG*: Introducción Precoz de Sustitutos de Lactancia Materna e Incidencia de Lactancia Materna Exclusiva al Mes de Vida. *Rev Chil Pediatr* 2010; 81: 326-32.
- 19.- *Hernández R, Fernández C, Baptista P*: Metodología de la Investigación. McGraw-Hill Interamericana. México, D. F. Tercera edición 2003; 9: 343-447.
- 20.- *Glass T, Tucker K, Kauffman R, et al*: Infant Feeding and Contraceptive Practices Among Adolescents With a High Teen Pregnancy Rate: A 3-Year Retrospective Study *Journal of Women's Health* 2010; 19: 1659-63.
- 21.- *Cupul-Uicab LA, Gladen BC, Hernández-Ávila M, Longnecker MP*: Reliability of reported breastfeeding duration among reproductive-aged women from Mexico. *Matern Child Nutr* 2009; 5: 125-37.
- 22.- *Lawrence RA, Lawrence RM*: Lactancia Materna: una guía para la profesión médica 6ª ed. Elsevier Mosby, Madrid, 2007.