

# Tendencias y Factores asociados con la Lactancia Materna Exclusiva en el Perú

Trends and factors associated with exclusive breastfeeding in Peru

Mg. Jennifer del Pilar Lihim Prado

Licenciada en Obstetricia. Obstetrix de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.  
E-mail: jennifer\_lihim@hotmail.com

**Capacidades adquiridas:** Al finalizar el artículo, los lectores podrán:

- Describir las tendencias de lactancia materna exclusiva en el Perú en el periodo 1996 – 2011 e identificar los factores asociados.
- Determinar la prevalencia de lactancia materna exclusiva en el Perú durante el periodo 1996 a 2011.
- Identificar los factores sociodemográficos, individuales y maternos asociados a la lactancia materna exclusiva en el Perú en 4 puntos de corte: 1996 (inicial), 2000 (intermedio I), 2006 (intermedio II) y 2011 (final).

---

## Resumen

**Introducción.** La lactancia materna (LM) es uno de los factores que más contribuye con la salud y alimentación de los niños, especialmente si se ofrece en forma exclusiva hasta el sexto mes. **Objetivo.** Describir las tendencias de lactancia materna exclusiva en el Perú e identificar los factores asociados a su cumplimiento en los años: 1996, 2000, 2006 y 2011. **Materiales y Métodos.** Estudio observacional, descriptivo-analítico, de corte transversal. Análisis secundario de la base de datos de ENDES. **Resultados.** Para el año 1996, se encontró que la ocurrencia de LME estuvo asociada significativamente con el estado civil de la madre, el nivel educativo materno, el periodo intergenésico, la edad del niño y el uso de biberón. Para el año 2000, el residir en la Sierra, el inicio precoz de LM, el nivel educativo del padre, la edad del niño y el uso del biberón, fueron factores asociados significativamente a LME. Para el año 2006: el residir en la Sierra, el uso de biberón y la frecuencia de lectura de periódicos o revistas por parte de la madre. Finalmente, para el año 2011: el inicio precoz de LM, el nivel educativo de la madre y el uso de biberón. **Conclusiones.** A la vista de los resultados expuestos, la LME durante los primeros seis meses de vida está influenciada por numerosos factores que en ocasiones se conocen sólo de modo parcial, que muestran variaciones geográficas y contextuales, y que probablemente actúen con diferente intensidad a lo largo de los primeros meses de la relación madre-hijo.

**Palabras claves:** Lactancia materna, factores asociados, prevalencia.

## Summary

**Introduction.** Breastfeeding is one of the factors that contributes to the health and nutrition of children, especially if offered exclusively through the sixth month. **Objective.** To describe trends in exclusive breastfeeding in Peru and to identify factors associated with compliance in the years 1996, 2000, 2006 and 2011. **Materials and methods.** descriptive - analytical, cross-sectional observational study. Secondary analysis of the DHS database. **Results.** For the year 1996, it was found that the occurrence of exclusive breastfeeding was significantly associated with marital status of the mother, maternal educational level, interpregnancy period, the child's age and the use of bottle. For the year 2000, reside in the Sierra, the early onset of breastfeeding, the educational level of the father, the child's age and

bottle use were significantly associated with exclusive breastfeeding. For the year 2006: reside in the Sierra, the use of bottle and frequency of reading newspapers or magazines by the mother. Finally, for 2011: early onset of breastfeeding, the educational level of the mother and the use of bottle.

**Conclusions:** In view of the above findings, the exclusive breastfeeding during the first six months of life is influenced by many factors which are sometimes known only partially, showing geographic and contextual variations, and probably act different intensity to over the first months of the mother-child relationship.

**Keywords:** breastfeeding, associated factors, prevalence

## 1. Introducción

La evidencia de los beneficios de la lactancia materna (LM) para la salud del lactante y la madre a corto y largo plazo es sólida, tanto en países desarrollados como en desarrollo, y reconocida a nivel mundial (1). Prácticas deficientes de LM y alimentación complementaria, junto con las altas tasas de morbilidad por enfermedades infecciosas, son consideradas como las principales causas inmediatas de desnutrición en los primeros dos años de vida (2).

A pesar de ello, existe aún un enorme número de lactantes y de niños pequeños que son alimentados de forma inadecuada, lo que hace peligrar su estado de nutrición, crecimiento y desarrollo, su salud y su propia supervivencia (3). Es por todo ello que la prevalencia y la duración de la LM son importantes indicadores de salud a nivel poblacional (4) y representan la medida preventiva más eficaz para salvar las vidas de los niños. Junto con las tasas bajas de LM, el abandono precoz del amamantamiento acarrea considerables efectos adversos sanitarios, sociales y económicos (6), tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo (7).

La LM es un comportamiento complejo que se ve influenciado en su inicio y duración por múltiples factores inherentes a la madre y al padre, características del recién nacido, factores relacionados con la atención del embarazo y del parto, experiencias previas de amamantamiento, otras prácticas de alimentación del lactante y factores sociales o

comunitarios (8). Sin embargo, uno de los principales obstáculos que se plantean a la hora de abordar el problema de la LM es la escasez de información recogida de manera periódica y con criterios metodológicos rigurosos que permita establecer la magnitud real del problema, así como comparar la situación en las distintas regiones del mundo sobre la base de análisis estadísticos fiables (7).

En el Perú, desde hace varios años que las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDES) muestran un crecimiento sostenido en la prevalencia de LM. Más alentador aún es el aumento de la prevalencia de la LME hasta los seis meses de vida. Sin embargo, la encuesta más reciente (ENDES 2012) ha evidenciado una caída de la LME de 70.6% a 67.6%, en comparación con la ENDES del año previo. Es por ello que resulta fundamental investigar periódicamente no sólo la prevalencia de LME, sino también los factores que promueven o no la LME.

De tal forma, la presente investigación estuvo dirigida a describir las tendencias de Lactancia Materna Exclusiva en el Perú e identificar los factores socio-demográficos, maternos e individuales asociados a su cumplimiento.

## 2. Materiales y Métodos

### 2.1 Tipo de estudio, población y muestra

El estudio fue de diseño transversal; de tipo observacional-restrospectivo, descriptivo-analítico y de corte transversal. De acuerdo con la fuente de información, el presente corresponde a un análisis secundario de las bases de datos de Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES) desarrollada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del Perú durante los años 1996 a 2011 mediante la realización de las encuestas del mismo nombre.

La población del estudio corresponde aquella seleccionada por la ENDES de 1996 al 2011 y estuvo conformada por unidades grupales (viviendas, comunidades, ciudades, distritos, provincias y regiones) e individuales (mujeres en edad fértil y niños menores de 5 años).

El tamaño de la muestra estuvo constituida por: 31 241 mujeres, 27 843 mujeres, 17515 mujeres y 22517 mujeres para la ENDES 1996, 2000, 2006 y 2011, respectivamente; representando las muestras seleccionadas a la totalidad de la población del país.

La muestra fue seleccionada en dos etapas: selección de conglomerados en la primera y la selección de viviendas en la segunda etapa.

La ENDES utiliza como técnica el encuestamiento personal (cara a cara), llevado a cabo por personal previamente entrenado mediante la visita vivienda por vivienda, recogiendo la información en la encuesta familiar (encuestando al jefe de familia) y, en aquellas viviendas donde se encuentre población objetivo (mujeres en edad fértil y niños menores de 5 años), la encuesta individual. La ENDES utiliza como instrumento una encuesta doble, una familiar (dirigida al hogar) y otra individual (dirigida a las mujeres de 15 a 49 años y sus hijos menores de 6 años). Ambas encuestas incluyen preguntas abiertas y cerradas.

### 2.2 Tratamiento de la información

Se seleccionaron los segmentos de base de

datos del ENDES identificados como RECH0 (Datos básicos del hogar), RECH1 (Listado del hogar), RECH4 (Listado del hogar específico del país), RECH2 (características del hogar), RECH5 (mujeres talla/peso/hemoglobina), RECH6 (niños talla/peso/hemoglobina), RECH9 (módulo de salud) del grupo de datos obtenidos a partir de la encuesta dirigida al hogar, así como las bases REC01 (datos básicos de la entrevistada), REC21 (reproducción), REC41 (maternidad), REC42 (salud y lactancia), REC43 (salud), REC44 (talla y peso), REC83 y REC84 (ambos de mortalidad materna), REC91 (específicas del país – variables simples), REC71 (características del compañero), RECDV (violencia doméstica), REC94 (específicas del país – maternidad), REC95 (específicas del país – salud), y REC96 (etnicidad) del grupo de datos obtenidos a partir de la encuesta dirigida a la mujer en edad fértil.

Todos estos segmentos se obtuvieron en formato *-.savll* (formato electrónico para el software SPSS) para su posterior conversión en archivos con la extensión *-.dtall* (formato electrónico para el software Stata). Luego de ello, se procedió a fundir y añadir variables a la base REC42 tomando en cuenta las variables HHID (identificador del hogar) y CASEID (identificador de la mujer en edad fértil) como variables claves. Teniendo la fusión de las bases se procedió a fundir y añadir datos, obteniéndose una sola base consolidada LACTANCIA-XX.

Se revisó cada una de las variables y se le asignó la categoría correspondiente: nominal, ordinal o de escala. Se identificaron los casos que podían contener información duplicada en cuyo caso, esos datos fueron excluidos del análisis.

Se realizó la identificación de códigos de valores perdidos (datos perdidos), codificados como 9, 99, ó 999 según sea el caso, así como aquellos “na” (no aplicable). Asimismo, se procedió al etiquetado de las variables y también, en caso que sean de tipo categórico, de los valores de las variables. Este procedimiento se repitió para generar una base LACTANCIA-XX, siendo XX el año correspondiente a la realización de la ENDES

respectiva. Las tres bases se fusionaron para crear una base única LACTANCIA, creándose una variable adicional para identificar el año correspondiente a la encuesta.

Finalmente, se realizó un análisis exploratorio de la data para la identificación de las variables con valores atípicos o extremos, generando un listado para la ejecución de un doble análisis estadístico (incluyendo y excluyendo los valores atípicos o extremos) siempre que aquellas variables participaran de algún análisis en particular.

### 2.3 Plan de análisis de los datos

El procesamiento estadístico fue de tipo descriptivo y analítico bivariado inferencial, mediante el uso del paquete de software estadístico Stata (versión 12.0, StataCorp, CollegeStation, TX). Se trabajó con un nivel de confianza del 95% ( $\alpha=0.05$ ).

Luego de fusionarse las bases de datos correspondientes al cuestionario dirigido a la mujer en edad fértil, tomando como variables de fusión los códigos de las viviendas, madres y niños, se utilizó el comando `svyset` para el tratamiento de datos provenientes de un survey como lo es la ENDES. Para la estimación de los resultados se utilizaron los comandos dispuestos para ello (`svyestimation`) y soportados por el comando `svy`.

Para la estadística descriptiva, según la naturaleza de la variable socio-demográfica (edad; región, tipo, y lugar de residencia; índice de riqueza; nivel educativo; y aseguramiento en salud), se calcularon las proporciones (para variables categóricas) y promedios (para variables cuantitativas) poblacionales (puntuales y por intervalos) para cada variable. Por lo reducido de la sub-población seleccionada para el análisis de LME, los datos para este análisis fueron tratados como un diseño que consideró solamente conglomerados y factores de expansión, pero no estratos. En el resto de análisis se consideró todas las características del diseño del survey utilizado.

Los resultados se presentaron con un intervalo de confianza al 95%. Las asociaciones significativas ( $p < 0.05$ ) para cada uno de los desenlaces de estudio (ocurrencia de LME, tiempo hasta el inicio de la LM) fueron posteriormente exploradas con los modelos estadísticos apropiados de manera independiente entre sí. La significancia fue evaluada mediante las pruebas de Chi Cuadrado de Pearson y Test de Walt.

Para la estimación de los factores asociados a LME se utilizó un modelo del tipo Generalized Linear Model (GLM) o de Poisson robusto en caso de ausencia de convergencia para el modelo GLM. Para la estimación de factores asociados a inicio precoz de LM se utilizó un modelo de regresión lineal múltiple. Los análisis se realizaron para luego proceder a la presentación gráfica y tabular por cada año de estudio y mostrar la tendencia temporal de los resultados.

### 3. Resultados

Los resultados muestran prevalencias de LME menores que las reportadas oficialmente por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) para los años revisados, excepto para 1996: 1996 (52.55% versus 53%), 2000 (50.85% versus 67.2%), 2006 (49.55% versus 62.8%) y 2011 (51.33% versus 70.6%).

Los datos muestran un cumplimiento de la LME menor del 50% en la Costa, a diferencia de la Sierra y Selva, donde se observa un cumplimiento mayor en todos los periodos de estudio. Según el tipo de residencia, la LME es significativamente menor en la zona urbana que en la rural en todos los años de estudio (Tabla 1).

Para el año 1996, en el análisis ajustado se encontró que la ocurrencia de LME estuvo asociada significativamente con el estado civil de la madre, el nivel educativo del padre y de la madre, el periodo intergenésico, la edad del niño y el uso de biberón (tabla 2).

Tabla 1.  
Lactancia materna exclusiva y región de residencia de la población peruana, ENDES - INEI Perú 1996, 2000, 2006, 2011

Región de residencia	1996 (n=1530)		2000 (n=1161)		2006 (n=52)		2011 (n=788)	
	Con LME	Sin LME	Con LME	Sin LME	Ref	Ref	Ref	Ref
Costa	41.16 (35.47-47.10)	58.84 (52.90-64.53)	41.43 (34.80-48.39)	58.57 (51.61-65.20)	32.01 (18.75-49.00)	64.38 (52.19-74.95)	38.20 (29.99-47.14)	61.80 (52.86-70.01)
Sierra	62.54 (57.92-66.95)	37.46 (33.05-42.08)	58.62 (53.39-63.66)	41.38 (36.34-46.61)	64.38 (52.19-74.95)	35.62 (25.05-47.81)	60.68 (53.87-67.09)	39.32 (32.91-46.13)
Selva	58.80 (52.40-64.92)	41.20 (35.08-47.60)	57.17 (50.65-63.46)	42.83 (36.54-49.35)	62.57 (48.87-74.52)	37.43 (25.48-51.13)	69.90 (61.90-76.85)	30.10 (23.15-38.10)

£: Significancia estadística en relación al grupo de referencia basado en la diferencia en los valores de intervalo (inferencia). IC 95%: Intervalo de confianza al 95%; Valores calculados con comandos `svyestimation` (proporciones y promedios poblacionales).

### Factores sociodemográficos, individuales y materno asociados a lactancia materna exclusiva en el Perú en el periodo 1996-2011

Para el año 2000, el residir en la Sierra, el inicio precoz de LM, el nivel educativo del padre, la edad del niño y el uso del biberón, fueron factores asociados significativamente a LME (tabla 3).

Para el año 2006, el residir en la Sierra, el uso de biberón y la frecuencia de lectura de periódicos o revistas por parte de la madre, se comportaron como factores asociados a LME (tabla 4).

Finalmente, para el año 2011, el inicio precoz de LM, el nivel educativo de la madre y el uso de biberón se asociaron significativamente a LME (Tabla 5).

Tabla 2.  
Análisis multivariable para los factores asociados a Lactancia Materna Exclusiva en la población nacional de niños de 5 meses o menos en el año 1996.

1996	RP	(IC 95%)	p. valor	
Región de residencia				
Costa	1.00			
Sierra	1.06	(0.94-1.19)	0.324	
Selva	0.96	(0.85-1.09)	0.551	
Estado civil de la madre				
Soltera	1.00			
Casada	1.72	(1.11-2.65)	0.015	£
Conviviente	1.49	(0.96-2.30)	0.073	
Viuda	2.31	(1.44-3.71)	0.001	£
Nivel educativo materno (años)				
	0.98	(0.97-0.99)	0.024	£
Nivel educativo materno				
Ninguno o preescolar	1.00			
Primaria	1.02	(0.88-1.18)	0.808	
Secundaria	0.83	(0.69-0.99)	0.049	£
Superior	0.65	(0.51-0.84)	0.001	£
Nivel educativo paterno (años)				
	1.00	(0.99-1.02)	0.838	
Periodo intergenésico				
	0.99	(0.99-0.99)	0.009	£
Parto institucional				
No	1.00			
Sí	1.16	(1.04-1.30)	0.009	£
Edad del niño (meses)				
	0.90	(0.87-0.92)	0.000	£
Uso de biberón				
No	1.00			
Sí	0.03	(0.01-0.06)	0.000	£

£: p-valor < 0.05 para el test de Walt para el modelamiento lineal generalizado. IC 95%: Intervalo de confianza al 95%; Valores calculados con comandos svyestimation (proporciones y promedios poblacionales)

Tabla 3  
Análisis multivariable para los factores asociados a lactancia materna exclusiva en la población nacional de niños de 5 meses o menos en el año 2000.

2000	RP	(IC 95%)	p. valor	
Región de residencia				
Costa	1.00			
Sierra	1.15	(1.03-1.29)	0.014	£
Selva	1.00	(0.89-1.12)	0.932	
Nivel educativo materno (años)				
	1.00	(0.98-1.01)	0.342	
Nivel educativo materno				
Ninguno o preescolar	1.00			
Primaria	1.01	(0.91-1.13)	0.810	
Secundaria	1.01	(0.88-1.17)	0.852	
Superior	0.88	(0.71-1.08)	0.214	
Nivel educativo paterno (años)				
	0.99	(0.97-0.99)	0.026	£
Edad del niño (meses)				
	0.94	(0.92-0.95)	0.000	£
Inicio Precoz LM				
No	1.00			
Sí	1.50	(1.39-1.62)	0.000	£
Uso de biberón				
No	1.00			
Sí	0.10	(0.07-0.15)	0.000	£
Frecuencia lectura de periódicos o revistas				
Casi nunca	1.00			
<de 1vez/sem.	0.96	(0.88-1.04)	0.287	
Al menos 1vez/sem.	1.03	(0.85-1.24)	0.751	
Casi siempre	1.02	(0.85-1.24)	0.800	

Tabla 4  
Análisis multivariable para los factores asociados a LME en la población nacional de niños de 5 meses o menos en el año 2006.

2006	RP	(IC 95%)	p. valor	
Región de residencia				
Costa	1.00			
Sierra	1.41	(1.06-1.88)	0.020	£
Selva	1.31	(0.98-1.75)	0.071	
Uso de biberón				
No	1.00			
Sí	0.04	(0.01-0.14)	0.000	£
Frecuencia lectura de periódicos o revistas				
Casi nunca	1.00			
<de 1vez/sem.	0.90	(0.78-1.04)	0.137	
Al menos 1vez/sem.	1.13	(0.78-1.62)	0.525	£
Casi siempre	0.61	(0.38-0.99)	0.048	

£: p-valor < 0.05 para el test de Walt para el modelamiento lineal generalizado. IC 95%: Intervalo de confianza al 95%; Valores calculados con comandos syestimation (proporciones y promedios poblacionales)

Tabla 5  
Análisis multivariable para los factores asociados a LME en la población nacional de niños de 5 meses o menos en el año 2011.

2011	RP	(IC 95%)	p. valor	
Región de residencia				
Costa	1.00			
Sierra	1.05	(0.88-1.25)	0.613	
Selva	1.18	(0.98-1.42)	0.081	
Nivel educativo materno (años)				
	0.95	(0.93-0.98)	0.000	£
Nivel educativo materno				
Ninguno o preescolar	1.00			
Primaria	0.84	(0.66-1.07)	0.155	
Secundaria	0.65	(0.50-0.85)	0.001	£
Superior	0.53	(0.38-0.74)	0.000	£
Nivel educativo paterno (años)				
	1.01	(1.00-1.03)	0.276	
Inicio Precoz LM				
No	1.00			
Sí	1.52	(1.30-1.77)	0.000	£
Uso de biberón				
No	1.00			
Sí	0.11	(0.06-0.21)	0.000	£
Frecuencia lectura de periódicos o revistas				
	NS			
Casi nunca	0.97	(0.86-1.09)	0.556	
<de 1vez/sem.	1.07	(0.85-1.35)	0.583	
Al menos 1vez/sem.	0.98	(0.77-1.25)	0.864	
Casi siempre				

£: p-valor < 0.05 para el Test de Walt para el modelamiento lineal generalizado. IC 95%: Intervalo de confianza al 95%; Valores calculados con comandos svyestimation

#### 4. Discusión

Según los resultados encontrados en este estudio, y tal como lo ha venido reportando el INEI en sus informes oficiales, no se muestra una tendencia positiva para el crecimiento de la prevalencia de LME en el Perú. Por otro lado, diversos factores se encuentran asociados al cumplimiento de la LME durante los 6 primeros meses de vida, entre los cuales se encuentran el residir en la Sierra, el nivel educativo de la madre, el inicio precoz de lactancia materna, la edad del niño y el uso del biberón.

Existe una brecha entre las cifras de este estudio y las reportadas por INEI en relación a la

prevalencia de LME. Esta brecha es debida a las diferencias metodológicas en la definición operacional de LME. El uso del período recordatorio del día anterior puede dar como resultado, una estimación excesiva de la proporción de lactantes alimentados exclusivamente con leche materna, ya que algunos lactantes a quienes se les dan otros líquidos en forma irregular podrían no haberlos recibido en el día anterior al estudio (9). Además, no se considera la posibilidad que el niño reciba alimentos o líquidos de personas distintas a la madre.

El indicador propuesto en este estudio, a pesar de ser más restrictivo, supone que igualmente a



lo que ya ocurre con la metodología del ENDES, sobreestima la prevalencia de LME al no tomar en cuenta la posible administración de alimentos y líquidos diferentes a la leche materna después del tercer día de vida y antes de las 24 horas de la realización de la encuesta.

Por otro lado y al igual que otros indicadores basados en el estado actual, la LME se basa en un corte transversal de niños en un rango de edad determinado, en este caso niños con edad comprendida entre el nacimiento hasta justo antes de alcanzar los 6 meses de edad. Por lo tanto, no representa adecuadamente a toda la población de lactantes que han sido alimentados exclusivamente con leche materna hasta justo antes de cumplir los 6 meses de edad y no debería ser interpretado como tal. Generalmente, se acepta que la proporción de exclusivamente amamantados hasta justo antes de los 6 meses de edad sea más baja que el número derivado del indicador del estado actual (9).

Es posible que los padres con mayor educación, estén mejor informados y conscientes de los beneficios de la lactancia materna, por lo que algunos estudios resaltan que el mayor nivel de educación materno está asociado positivamente con la LME (10), coincidiendo con el resultado encontrado en este estudio con el nivel educativo paterno. Sin embargo, se encontró lo contrario con respecto al nivel educativo materno, mostrando los hijos de madres sin nivel educativo alguno un mayor cumplimiento de la LME con respecto a aquellos hijos de madres con nivel instructivo superior.

Un periodo intergenésico corto estuvo asociado a un mejor cumplimiento de la LME, lo cual podría explicarse por el hecho que aquellas mujeres con periodos más cortos no siendo usuarias de métodos anticonceptivos estrictos ni teniendo una planificación familiar estructurada como tal, pudieran ser mujeres sin una ocupación laboral fuera del hogar lo cual haría factible un mantenimiento de la lactancia materna. Este hallazgo es consistente con otro factor asociado reportado por la literatura: Experiencia Previa de Lactancia (10).

A medida que la edad del niño se aproxima a los

seis meses el cumplimiento de LME disminuye progresiva y significativamente (11). Ello puede deberse al hecho que con el crecimiento del niño sus madres paulatinamente van reduciendo el nivel de cuidados prodigados, retomando inclusive sus actividades laborales, e introduciendo la alimentación complementaria bajo el supuesto de que la leche materna no satisface por sí sola las necesidades del niño.

La primera hora tras el parto es un momento de gran relevancia en lo que respecta a la lactancia materna. Los datos de este estudio reflejan la importancia de esta práctica así como del alojamiento conjunto sobre el inicio de la lactancia materna. Estos datos corroboran, una vez más, que las iniciativas de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna deben ser continuas a lo largo de todo el proceso de embarazo, parto y puerperio y que deben ser mantenidas y cuidadas en el tiempo si se quiere potenciar la duración de la misma (7).

El uso de biberones fue el factor más intensamente asociado a LME. Este resultado coincide con estudios previos que señalan el uso de chupones como un factor asociado a un abandono precoz de la lactancia. Esta práctica cultural, comúnmente aceptada, interviene en el proceso fisiológico de la lactancia. El lactante requiere mayor esfuerzo para succionar la leche desde el seno de la madre hacia su boca y con el uso de chupones y biberones cambia la sensación y se desaparece el esfuerzo de la succión, lo que genera un efecto fisiológico negativo sobre la estimulación mamaria y, por lo tanto, en la producción de leche (12).

Un elemento particular es el papel de los medios de comunicación, el cual es aparentemente nulo independientemente del camino que sea utilizado (radio, medios escritos o televisión) en relación al cumplimiento de la LME. Si bien ello puede indicar que la estrategia de medios masivos puede no ser la más eficiente para la transmisión de mensajes comunicacionales respecto a la LME, estos mismos resultados pueden sugerir también que la forma en que han sido utilizados no ha sido la más apropiada.

Esto ha de tomarse en consideración puesto que en general en nuestro sistema de salud predominan materiales educativos comunicacionales producidos en Lima, principalmente folletos y afiches, en cantidad siempre reportada como insuficiente y que no siempre respeta la idiosincrasia local.

Finalmente, en el Perú, el nivel de cumplimiento de la LME es no sólo muy bajo, sino que no se observa una tendencia positiva en el escenario nacional hacia un mejoramiento de este importante indicador de salud. Todos los factores identificados pueden ser de utilidad tanto para el reconocimiento de los grupos de riesgo como para la focalización de intervenciones en salud pública. Los motivos expuestos por las madres para la interrupción

de la lactancia podrían ser resueltos con una especial atención desde los servicios de salud.

En Conclusión, la LME durante los primeros seis meses de vida está influenciada por numerosos factores que en ocasiones se conocen sólo de modo parcial, que muestran variaciones geográficas y contextuales, y que probablemente actúen con diferente intensidad a lo largo de los primeros meses de la relación madre-hijo.

---

*Recibido el 10 de Septiembre del 2013.*

*Aceptado para Publicación el 28 de Enero del 2014.*

*Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés.*

### Referencias Bibliográficas

1. Tarrant RC, Younger KM, Sheridan-Pereira M, White MJ, Kearney JM. The prevalence and determinants of breast-feeding initiation and duration in a sample of women in Ireland. *Public Health Nutr.* junio de 2010;13(6):760-70.
2. Kimani-Murage EW, Madise NJ, Fotso J-C, Kyobutungi C, Mutua MK, Gitau TM, et al. Patterns and determinants of breastfeeding and complementary feeding practices in urban informal settlements, Nairobi Kenya. *BMC Public Health.* 2011;11:396.
3. Estrategia Mundial Para la Alimentación Del Lactante Y Del Niño Pequeño. World Health Organization; 2003. 40 p.
4. Lauer JA, Betrán AP, Victora CG, de Onís M, Barros AJD. Breastfeeding patterns and exposure to suboptimal breastfeeding among children in developing countries: review and analysis of nationally representative surveys. *BMC Med.* 1 de julio de 2004;2:26.
5. Franco ÁLL, López MSM. Factores relacionados con lactancia materna exclusiva e introducción temprana de leche entera en comunidades de estrato socioeconómico bajo. Calarcá-Colombia. *Rev Gerenc Políticas Salud.* 2010;(19):124-37.
6. Sacristán Martín AM, Lozano Alonso JE, Gil Costa M, Vega Alonso AT. Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2011;13:33-46.
7. Aguayo Maldonado; p., Pasadas del Amo, S., Ramírez troyano, A., Rello Yubero, C., Martínez Rodríguez, M., Bonal Pitz, P. La lactancia materna en Andalucía. *La lactancia materna en Andalucía.* 2005.
8. Santos-Torres MI, Vásquez-Garibay EM, Troyo-Sanromán R, Méndez-de León E. Prácticas de lactancia materna en los primeros seis meses en un hospital con 15 años de práctica del programa Hospital Amigo. *Pediatr Mex* 2011; 13 (1).
9. OMS. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. 2008.
10. Mascarenhas MLW, Albernaz EP, Silva MB da, Silveira RB da. Prevalence of exclusive breastfeeding and its determiners in the first 3 months of life in the South of Brazil. *J Pediatr (Rio J).* agosto de 2006;82(4):289-94.
11. Setegn T, Belachew T, Gerbaba M, Deribe K, Deribew A, Biadgilign S. Factors associated with exclusive breastfeeding practices among mothers in Goba district, south east Ethiopia: a cross-sectional study. *Int Breastfeed J.* 27 de noviembre de 2012;7(1):17.
12. Osorio Castaño, Jhon Henry, Botero Ortiz, Beatriz Eugenia. Factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva. *Invest Educ Enferm* 2012;30(3). 2012.

---

### Correspondencia:

Mg. Jennifer Lihim Prado  
 Dirección: Bartolomé Herrera N° 625 - Lince  
 Teléfono: 990796409  
 E-mail: jennifer\_lihim@hotmail.com