



Artículo original

Factores relacionados a la Lactancia Materna Exclusiva en Panamá.

Factors related to Exclusive Breastfeeding in Panama.

*Rodríguez Díaz Faride Esther, *De León Ruth Graciela, *López Aracelly de, *Chamorro Mojica Fermina.

*Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, Ciudad de Panamá. República de Panamá.

Palabras claves:

Prevalencia, Factores, Lactancia Materna Exclusiva, Odds ratio (OR) OR crudos (ORc), OR ajustadas (ORa), Panamá

Keywords:

Prevalence, Factors, Exclusive breastfeeding, Odds ratio (OR) crude OR (COR), adjusted OR (AOR), Panama.

Correspondencia a: Faride Rodríguez Díaz

Correo electrónico: electrónico: frodriguez@gorgas.gob.pa

Conflicto de interés: La autora declara no tener conflicto de interés alguno asociado a esta publicación.

Resumen

La Lactancia Materna Exclusiva (LME) constituye un objetivo de Salud Pública mundial para reducir la morbimortalidad en la niñez y enfermedades crónicas en la adultez. Sin embargo, la decisión de amamantar está influenciada por factores que favorecen o desincentivan la alimentación al seno materno. Este estudio tuvo como objetivo analizar factores demográficos, socioeconómicos y vinculados al sector salud relacionados a prácticas de LME (sólo pecho durante los primeros seis meses) en Panamá. Material y Métodos: Se utilizaron datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva/2009. La variable dependiente fue la LME (dar sólo pecho). Las variables independientes fueron: características de la madre: edad, nivel educativo, empleo, estado civil, paridad y etnia, jefatura de hogar, sexo del hijo, y de los servicios de salud: información sobre lactancia, lugar y atención profesional del parto. Se empleó la regresión logística con odds ratios (OR) e intervalos de confianza (IC) de 95%, ajustando por las variables incluidas en el modelo multivariado final. Se incluyeron 2,833 mujeres de 15-49 años con su último nacido vivo en los 5 años anteriores a la encuesta. Resultados: Las madres desempleadas tenían más oportunidades de dar sólo pecho OR Ajustado (ORA 2.46, IC: 1.63, 3.71) en comparación con las empleadas, las adolescentes en comparación con las adultas (ORA 2.36, IC: 1.34, 4.14), las que parieron en otro lugar (ORA 1.73, IC: 1.19, 2.52) en comparación con aquellas que parieron en instalaciones de salud y las que vivían en áreas rurales o indígenas (ORA 1.72, IC: 1.21, 2,44) en comparación con las que vivían en áreas urbanas. Conclusiones: El estudio reveló que ser madre desempleada, adolescente, con atención del parto en otro lugar que no es una instalación de salud y vivir en áreas rurales e indígenas fueron predictores positivos de dar sólo pecho.

Abstract

Introduction: Exclusive breastfeeding (EB) is a global public health goal to reduce morbidity and mortality in childhood and chronic diseases in adulthood. However, the decision to breastfeed is influenced by factors that favor or discourage breastfeeding. The objective of this study was to analyze the demographic, socioeconomic and health sector factors related to EB practices (only breast during the first six months) in Panama. Material and methods: Data from the National Sexual and Reproductive Health Survey/2009 were used. The dependent variable was the EB (give only breast). The independent variables were: characteristics of the mother: age, educational level, employment, marital status, parity and ethnicity, head of the family, sex of the child and health services: information on breastfeeding, place and professional delivery. Logistic regression was used with odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (IC), adjusting for the variables included in the final multivariate model. We included 2,833 women between 15 and 49 years old with their last live birth in the 5 years prior to the survey. Results: Unemployed mothers had more opportunities to administer only breast or adjusted (AOR 2.46, IC: 1.63, 3.71) compared to employed, adolescents compared to adults (AOR 2.36, IC: 1.34, 4.14), who gave birth elsewhere (AOR 1.73, IC: 1.19, 2.52) compared to those who gave birth in health centers and those who lived in rural or indigenous areas (AOR 1.72, IC: 1.21, 2.44) compared to those who lived in urban areas. Conclusions: The study revealed that being an unemployed mother, adolescent, with birth attention in another place that is not a health facility and that lives in rural and indigenous areas, were positive predictors of breastfeeding only.

RMP

INTRODUCCIÓN

La Lactancia Materna Exclusiva (LME) durante los primeros 6 meses de vida es una herramienta efectiva para romper el ciclo de pobreza-enfermedad y mejorar la Seguridad Alimentaria Nutricional[1]. Constituye un objetivo de Salud Pública mundial para reducir la morbimortalidad en la niñez y las enfermedades crónicas en la adultez (ENT). La Lactancia Materna (LM) es fundamental desde el nacimiento hasta los 2 años para prevenir lesiones cerebrales que lleven a una afectación del funcionamiento cognitivo, emocional, conductual y/o retardo en el crecimiento. La LM tiene más repercusiones sobre la supervivencia que cualquier otra intervención preventiva, salva anualmente más de 6 millones de vidas de menores de 5 años: además es una práctica que se traduce en ahorros en las familias y el Estado[2,3,4]. La LM está adaptada para garantizar la supervivencia del ser humano ya que contiene todos los requerimientos nutricionales para el óptimo crecimiento del lactante, además, es considerada un fluido biológico vivo que contiene compuestos y células relacionadas a la protección contra diferentes patógenos en el medio ambiente del niño. Amamantar brinda beneficios a la salud materna porque favorece la contracción del útero después del alumbramiento, retarda la recuperación de la fertilidad, y reduce el riesgo de sufrir cáncer de ovarios o de mama[5].

A pesar de todos los beneficios de la LM, la decisión de amamantar está fuertemente influenciada y determinada por causas que favorecen o desincentivan la alimentación al seno materno. La práctica de la LM está asociada a factores demográficos, socioeconómicos y relacionados al sector salud. Como factores demográficos y socioeconómicos se mencionan la edad de la madre, los ingresos, las condiciones laborales, la influencia que ejerce el medio en el que se desenvuelve cotidianamente, experiencias previas con la lactancia e inicio de actividades laborales y económicas fuera del hogar. Otro condicionante es que las mujeres trabajadoras cuenten con facilidades en sus trabajos para amamantar a sus hijos[6,7,8].

La LM está determinada además, por la cultura, la percepción de la madre con respecto a la producción de LM y los mensajes recibidos por los medios de comunicación y personal de salud [9,10]. La lactancia también es afectada por la migración de áreas rurales e indígenas a urbanas mediante procesos de aculturación y exposición a prácticas no tradicionales. Además, este desplazamiento con frecuencia se da hacia asentamientos marginales ubicados en las afueras de las metrópolis, donde las madres deben afrontar situaciones de pobreza ya que muchas veces no alcanzan a satisfacer las necesidades básicas[11].

El sistema de salud juega un factor importante dado que es donde se operacionalizan las políticas y normas creadas para el fomento de la lactancia. Los factores asociados al sistema de salud se relacionan con el contacto que tienen las madres con el personal de salud durante el embarazo, parto y puerperio. La decisión de amamantar está fuertemente influenciada por la información acerca de la alimentación infantil. La información del personal de salud que considere la interculturalidad justifica la promoción, el fomento y las prácticas de la LM, con mensajes oportunos y adecuados acerca de los beneficios que tiene la lactancia al seno, tanto para el niño como para la mujer[9,10,11,12,13].

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que los niños sean amamantados exclusivamente con LM durante los primeros seis meses de vida y que se prolongue hasta los dos años de edad, complementándose con otros alimentos[14]. Sin embargo, según la OMS/CDC en 2009 la tasa mundial de LME era 40%[15,16], considerada como baja. En Panamá según la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de 2009 (ENASSER/2009) era de 41.9%[17], la cual disminuyo a 21.5% en 2016 [16, 18,19,20].

En Panamá existen leyes que protegen el amamantamiento: la Ley 50, del 23 de noviembre de 1995, "por la cual se protege y fomenta la L.M." y crea la Comisión Nacional para el Fomento de la LM[21]; el Código del Trabajo (1972) que protege y fomenta la LM a mujeres trabajadoras que lactan a su hijo (Artículos 114, Art. 116), reconoce el intervalo de 15 minutos cada 3 horas o 1/2 hora, 2 veces al día para lactar; y el Código Sanitario Art, 156, literal b, acápite a, disponen de la creación de "lugares de trabajo amigos de la madre" que estimulen y contribuyan a su sostenimiento. A pesar de la protección que brindan estas leyes, en algunos casos no son cumplidas por los empleadores o son desconocidas por la mujer, lo que les impide mantenerse cerca de sus hijos para amamantarlos correctamente[22,23].

En el país no se encuentran estudios que permitan identificar los factores que favorecen o desincentivan el dar sólo pecho durante los primeros seis meses a nivel nacional. Por lo tanto este estudio tiene el objetivo de analizar factores demográficos, socio-económicos, y asociados al sector salud vinculados a prácticas de LME (sólo pecho durante los primeros seis meses) en Panamá.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este análisis secundario utilizó datos de ENASSER/2009, encuesta representativa de toda la población panameña, realizada para identificar las características demográficas, socio-económicos, y de atención médica, del embarazo, lactancia, parto y condiciones del niño, al nascer; además de factores que influyen sobre la duración y prácticas de la LM. Se realizaron entrevistas utilizando como instrumento cuestionarios de hogar, mujer y hombre. ENASSER/2009 tenía como universo a mujeres y hombres en edad reproductiva (15-49, 15-59 años respectivamente). La muestra fue de 8,500 viviendas, 12,824 personas (9,277 mujeres y 3,547 hombres). El

muestreo fue aleatorio simple proporcional. Se obtuvo una muestra de 903 segmentos censales, los cuales se investigaron por "barrido" en las áreas urbana, rural e indígena de cada provincia y comarca. Se utilizó como factor de expansión un multiplicador para expandir los datos de la muestra a la población. Estos factores de expansión se calcularon mediante el Método de Razón utilizando como variable exógena las proyecciones demográficas del 2,009 de mujeres y hombres según provincia, segmentos indígenas fuera de las comarcas, comarcas y área (urbano, rural e indígena), según el grupo de edad correspondiente. Este análisis incluyó a 2,833 mujeres de 15 a 49 años que tuvieron su último nacido vivo durante los cinco años anteriores a la encuesta.

Variables del estudio

La variable dependiente fue la práctica de LME, definida como el consumo de leche materna de un lactante sin suplementación de ningún tipo de alimento o bebida, excepto vitaminas, minerales y medicamentos necesarios en las últimas 24 horas anteriores a la encuesta durante los primeros seis meses de vida, Se obtuvo con la pregunta ¿Cuantos meses dio solamente pecho a (NOM-BRE)? realizada a las madres cuyo último nacido tenía menos de 5 años.Las variables independientes relacionadas a los factores demográficos fueron: edad de la madre y sexo del lactante; las relacionadas a factores socio-económicos: nivel educativo, empleo, estado civil, paridad, origen étnico y jefatura de hogar; y las relacionadas a los servicios de salud fueron: lugar de parto, información sobre LM y persona que atendió el parto.

Procesamiento y análisis de datos

Se calcularon frecuencias absolutas y relativas (porcentajes y prevalencias). Se utilizó el análisis de regresión logística con Odds ratio (OR) e intérvalos de confianza (IC) de 95%. En el análisis de regresión logística univariado se estimaron OR crudos (ORc) para evaluar la asociación entre cada variable independiente y la variable dependiente. Las variables incluidas en el análisis multivariado tenían un valor p<0.05 y con un coeficiente de correlación de Pearson <0.700. Se calcularon OR ajustadas (ORa) y las variables con un valor de p<0.05 en el análisis de regresión logística multivariado se consideraron como predictores significativos e independientes de la LME. Se utilizó el programa estadístico SPPS versión 22.

RESULTADOS

La muestra incluyó a 2,833 mujeres de 15 a 49 años que tuvieron su último nacido vivo durante los cinco años anteriores a la encuesta. Los registros con datos faltantes fueron excluidos del análisis. Sin embargo, este porcentaje se consideró muy bajo (0.07%). Dentro de las características generales de las madres se encontró que tenían en promedio 27 años (error estándar=0.269), 81.9% eran no indígenas, 59.9% residían en áreas urbanas, 94.1% eran analfabetas, 46.2% tenían escolaridad secundaria, 81.4% eran casadas o unidas, 79.2% eran

desempleadas, 87.5% pertenecían a hogares con jefatura masculina, 51.2% tenia nacidos vivos del sexo masculino, 84.5% fueron atendidas por profesionales de salud, 54.0% recibió información sobre LM, 75.4% era multípara, 84.2% parieron en instalaciones de salud, 90.6% recibieron chequeo de salud después del parto y 58.5% de las madres no dio LME. (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Mujeres de 15-49 años con su último nacido vivo en los 5 años anteriores a la encuesta según características. Panamá 2009.

Variables	n	%
Edad de la madre		
15-19	278	8.2
20-24	770	28.1
25-34	1267	46.1
35-49	520	17.6
Etnia		
Indígena	1172	18.1
No Indígena	1663	81.9
Residencia		
Rural O Indígena	2100	40.1
Urbana	735	59.9
Alfabeta	, 55	
Si	2482	94.1
No	353	5.9
Escolaridad		
Sin Escolaridad	343	5.9
Primaria	1155	28.5
Secundaria	997	46.2
Superior	340	19.4
Estado civil	310	2317
No Casada, No Unida, Soltera	483	18.6
Casada O Unida	2352	81.4
Empleo	2332	01.7
Empleada	400	20.8
Desempleada	2435	79.2
Jefatura	2733	79.2
Masculina	2534	87.5
Femenina	301	12.5
Sexo del hijo	301	12.5
Muier	1385	48.8
Hombre	1450	51.2
Persona que atendió el parto	1730	31.2
Profesional de salud	2059	84.5
No profesional de salud	776	15.5
Recibió información de lactano		13.3
Si	1413	54
No	1422	46
Paridad	1722	
Multípara	2237	75.4
Primípara Primípara	598	75.4 24.6
Lugar del parto	J30	∠+.∪
Instalación de salud	2039	84.2
	796	64.2 15.8
Otro Lugar Chequeo de salud después del		13.0
Si	2355	90.6
No	2333 478	90.6
LME	770	J.7
Si	1460	41.5
No	1373	58.5
Total	2833	100

Nota: Los porcentajes fueron ponderados usando factores de expansión de persona. Los valores totales absolutos no fueron ponderados. Los porcentajes pueden no sumar 100.0 debido al redondeo. Promedio de edad= 27.85 años. Error estándar=0.269

La prevalencia de dar sólo pecho durante los primeros seis meses de vida resultó en 41.5%.

Este porcentaje fue significativamente mayor (p<0.05) en madres adolescentes (59.5%), pertenecientes a alguna etnia indígena (61.4%), residentes en áreas rurales o indígenas (56.0%), no analfabetas (65.3%), con escolaridad primaria o sin escolaridad (52.2%, 65.0% respectivamente), casadas o unidas (44.5%), desempleadas (47.3%), que no fueron atendidas por un profesional de salud (63.5%), que no recibieron información sobre LM por el personal de salud (44.2%), multíparas (43.7%), cuyo parto ocurrió en otro lugar diferente a una instalación de salud (64.0%) y que no tuvieron chequeo de salud después del parto (58.7%), (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Prevalencia de Lactancia Materna Exclusiva en mujeres con su último nacido vivo en los 5 años anteriores a la encuesta, según características. Panamá 2009

		LME	LME (%)			
Variables	n	Sí	No	Valor p		
Edad de la madre						
15-19	278	59.5	40.5	0.001*		
20-24	769	35.8	64.2			
25-34	1266	44.1	55.9			
35-49	520	35.6	64.4			
Etnia						
Indígena	1170	61.4	38.6	0.000*		
No Indígena	1663	37.2	62.8			
Residencia						
Rural o Indígena	2098	56	44	0.000*		
Urbana	735	31.9	68.1			
Alfabeta						
Si	2480	40.1	59.9	0.000*		
No	353	65.3	34.7			
Escolaridad						
Sin Escolaridad	343	65	35	0.000*		
Primaria	1154	52.2	47.8			
Secundaria	996	39.7	60.3			
Superior	340	23.3	76.7			
Estado civil	<u> </u>					
No Casada, No Unida, Soltera	482	28.6	71.4	0.000*		
Casada O Unida	2351	44.5	55.5	0.000		
Empleo	2331	77.5	33.3			
Empleada	400	19.7	80.3	0.000*		
Desempleada	2433	47.3	52.7	0.000		
Jefatura Jefatura	2 133	77.5	32.7			
Masculina	2532	42.5	57.5	0.103		
Femenina	301	35	65	0.105		
Sexo del hijo	301		- 05			
Mujer	1384	40.9	59.1	0.683		
Hombre	1449	42.2	57.8	0.005		
Persona que atendió el parto	לדדו	72.2	37.0			
Profesional de salud	2059	37.5	62.5	0.000*		
No profesional de salud	774	63.5	36.5	0.000		
Recibió información de lactano			30.3			
Si	1413	39.3	60.7	0.086		
No	1420	44.2	55.8	0.000		
Paridad	1420	44.2	33.0			
Multípara	2235	43.7	56.3	0.037*		
				0.037**		
Primípara	598	34.9	65.1			
Lugar del parto	2020	27.4	62.6	0.000*		
Instalación de salud	2039	37.4	62.6	0.000*		
Otro Lugar 794 64 36						
Chequeo de salud después del		20.0	60.2	0.000**		
Si	2355	39.8	60.2	0.000*		
No	478	58.7	41.3			

El análisis de regresión logística univariado (p<0.05), mostró que la escolaridad, la situación de empleo, el lugar del parto, el área de residencia, la etnia, la edad de la madre y la paridad son factores relacionados con que las madres den sólo pecho durante los primeros seis meses de vida. Las madres sin escolaridad, y con educación primaria tenían más oportunidad de dar solo pecho (ORc 6.11, IC: 3.46-10.79 y ORc 3.58, IC: 2.19-5.86 respectivamente) que aquellas con educación superior: al igual que las desempleadas (ORc 3.66, IC: 2.54-5.28), las que parieron en otro lugar que no es una instalación de salud (ORc 2.98, IC: 2.16-4.14), que residían en áreas rurales o indígenas (ORc 2.71, IC: 1.97-3.73), pertenecientes a alguna etnia indígena (ORc 2.69, IC: 1.96-3.70), las de 15-19 años (ORc 2.66, IC: 1.71-4.16) en comparación con las de 35 a 49 años, y las multíparas (ORc 1.45, IC: 1.02-2.06) (Ver Tabla 3).

El análisis de regresión logística multivariado mostró que la situación de empleo de las madres, edad, área de residencia, y lugar del parto permanecieron como factores predictores positivos independientes de dar sólo pecho durante los primeros seis meses de vida. Las madres desempleadas (ORa 2.46, IC: 1.63-3.71) tenían más oportunidades de dar sólo pecho en comparación con las empleadas; las adolescentes en comparación con las adultas (ORa 2.36, IC: 1.34-4.14); las que parieron en otro lugar (ORa 1.73, IC: 1.19-2.52) en comparación con las que parieron en instalaciones de salud; y las que vivían en áreas rurales o indígenas (ORa 1.72, IC: 1.21-2.44) en comparación con las que vivían en áreas urbanas. (Ver Tabla 3).

DISCUSIÓN

En Panamá la prevalencia de dar sólo pecho en los primeros 6 meses por mujeres de 15 a 49 años que tuvieron su último nacido vivo durante los cinco años anteriores a la encuesta fue de 41.5%, considerándose como baja y similar a estimaciones (40%) realizadas a nivel mundial y en países de América Latina y el Caribe[17,24,25,26,27,28,29].

Las madres desempleadas tienen más oportunidades de dar sólo pecho que las empleadas. Hallazgos similares fueron obtenidos en Etiopia[30], esto podría deberse a que las madres desempleadas se quedan en casa, creando la oportunidad de amamantar a su bebé exclusivamente y bajo demanda al no contar con ingresos necesarios para adquirir sucedáneos de leche materna. Las madres empleadas pueden no tener contacto frecuente con su bebé, lo que compromete y dificulta las prácticas adecuadas de LME.

Las adolescentes tenían más oportunidades de dar solo pecho a su bebé en comparación con las madres adul-

Tabla 3. Factores relacionados con la Lactancia Materna Exclusiva mediante Odds Ratios e Intervalos de Confianza de 95%. Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. 2009 Panamá.

Variables	OR crudo	Intervalo de Confianza 95% OR ajus		Intervalo de Confianza 95%
Edad de la madre				
15-19	2.66**	(1.71-4.16)	2.36*	(1.34-4.14)
20-24	1.01	(0.65-1.57)	1	(0.62-1.64)
25-34	1.43	(0.98-2.08)	1.45	(0.98-2.13)
35-49	1	,	1	,
Etnia				
Indígena	2.69**	(1.96-3.70)	1.3	(0.87-1.96)
No indígena	1		1	
Escolaridad				
Sin escolaridad	6.11**	(3.46-10.79)	1.63	(0.78-3.42)
Primaria	3.58**	(2.19-5.86)	1.5	(0.88-2.55)
Secundaria	2.16**	(1.37-3.41)	1.47	(0.90-2.41)
Superior	1		1	
Àrea de residencia				
Rural o indígena	2.71**	(1.97-3.73)	1.72*	(1.21-2.44)
Urbana	1		1	
Situación de empleo				
Desempleada	3.66**	(2.54-5.28)	2.46**	(1.63-3.71)
Empleada	1		1	
Paridad				
Multípara	1.45*	(1.02-2.06)	1.25	(0.80-1.98)
Primípara	1		1	
Lugar del parto				
Otro lugar	2.98**	(2.16-4.11)	1.73*	(1.19-2.52)
Instalación de salud	1		1	

^{*}p<0.05, **p<0.001

ciones psicosociales para enfrentar las responsabilida- mantamiento[10,20,36]. des que se derivan de tener un hijo a estas edades.

rurales o indígenas tenían más probabilidades de dar só- causa-efecto por tratarse de un estudio transversal. En lo pecho a su bebé durante los primeros seis meses post segundo lugar, la información obtenida de madres que parto en comparación con las madres que residían en tienen hijos menores de cinco años puede estar sujeta a áreas urbanas, explicado por sus costumbres, tradiciones y cultura[34]. Las madres que residen en áreas indígenas practican la cultura del amamantamiento.

Un estudio similar en Colombia reveló que las mujeres residentes en la zona rural e indígena y con menos años de educación amamantan más tiempo. Otro factor que pudiera influir en las mayores prácticas de dar sólo pe- Este estudio reveló que ser madre desempleada, adolescho en niños menores de 6 meses es la situación de cente, vivir en áreas rurales e indígenas, y con atención postergación del desarrollo humano del país que se pre- del parto en otro lugar que no es una instalación de salud sentan en áreas rurales e indígenas[35].

Observamos, además que las madres cuyo parto ocurrió Panamá. en otro lugar que no fue una instalación de salud tenían más oportunidades de dar sólo pecho a sus bebés. Estu-

tas. Otros estudios evidencian que el apoyo familiar y la dios señalan que la duración de la lactancia es menor atención pos-parto brindada en el primer nivel de aten- mientras mayor sea la exposición a la atención de salud, ción a las madres adolescentes se convierten en una he- sobre la que recae una gran responsabilidad en el abanrramienta fundamental para fortalecer las prácticas de la dono de la lactancia, por el conjunto de prácticas, con-LM, proporcionando confianza y seguridad para ama- ceptos negativos y múltiples factores que se implantaron mantar a sus hijos[31,32]. Sin embargo, se debe resaltar desde mediados del pasado siglo, no sólo en el quehacer que el grupo de madres adolescentes se caracteriza por médico y de salud pública, sino en el saber popular tener una alta vulnerabilidad y necesidad de apoyo extra creando en todo el mundo lo que podemos llamar la "culen el proceso de LM [33], además de no tener las condi- tura del biberón" como contrapunto a la cultura del ama-

El presente estudio podría tener las siguientes limitacio-Este estudio reveló que las madres que vivían en áreas nes: en primer lugar, era difícil establecer una relación sesgo de memoria.

CONCLUSIÓN

son factores predictores positivos relacionados con dar sólo pecho durante los primeros seis meses de vida en

RECOMENDACIONES

Se sugiere desarrollar estrategias que influyan positivamente en la decisión y las prácticas de las mujeres de proporcionar a sus hijos leche materna hasta la edad recomendada considerando los principios de interculturali- [12] Rodríguez D. F, Borace R, López A, Cuellar M. Reladad con el fin de garantizar la salud de las mujeres y los niños de las generaciones venideras. Es de vital importancia capacitar continuamente al personal de salud sobre LM para ofrecer información oportuna a las embarazadas y lactantes. Es necesario realizar estudios [13] Rodríguez D. Faride, Moreno de R. A, Borace R, Lóque contribuyan a mejorar la prevalencia de lactancia, indagando sobre los factores relacionados con las dificultades que tienen las madres trabajadoras lactantes para dar pecho a sus hijos en los lugares de trabajo.

Se espera que los resultados de este estudio orienten a los tomadores de decisiones sobre los factores prioritarios donde intervenir para mejorar las prácticas de LME.

REFERENCIAS

- [1] Alianza Mundial pro Lactancia Materna (WABA). 2015. Lactancia materna: combatir la desnutrición a coste cero. España. 2015.
- Bhutta ZA, Das JK, Rizvi A, et al. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? The Lancet Nutrition Interventions Review Group, the Maternal and Child Nutrition Study Group. 2013.
- [3] Veneman Ann M. UNICEF/OMS. Comunicado de prensa. 15 años después de la Declaración de Innocenti, la lactancia materna salva 6 millones de vidas anuales. Ginebra. 2005.
- [4] WHO. The optimal duration of exclusive breastfeeding: Results of a WHO systematic review. Note for the Press; 7(2). 2010.
- [5] J. Santisteban. Epidemiologia de la lactancia materna. Perú. 2001
- [6] Calvo C. Factores que afectan la lactancia materna. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica No.15. Costa Rica. 2009.
- [7] Vandale S. et al. Relación entre la duración de la lactancia materna exclusiva y la edad materna, escolaridad, conocimientos y estado emocional en el Policlínico Universitario Hermanos Cruz. Rev. Avances. Vol 9. N°1:4. Cuba. 2007.
- [8] Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad: Documento técnico/Ministerio de Salud. Lima. 2011
- [9] Vandale- Toney, Rivera et al., A Survey Of Breast-Feeding And Other Infant Feeding Practices In Rural. Rev. Mex. Salud Pública, Vol. 39, No. 5, México, 2008.
- [10] Rodríguez D. F, Borace R, Moreno A, López A, Chamorro F. Conocimientos, Actitudes y Prácticas del

- Recurso Humano de salud sobre Lactancia Materna en el Primer Nivel de Atención. Academia Panameña de Medicina y Cirugía. Volumen 34 Número 3. Panamá, 2014.
- Ilabaca J, Atalah E. Tendencia de la lactancia materna en el Servicio de Salud Metropolitano Sur. Rev. chil. pediatr. v.73 n.2. Chile. 2002.
- ción Costo Beneficio de las intervenciones de promoción sobre lactancia materna vs. Laboratorios de fórmulas lácteas. Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. UNICEF. Panamá. 2009.
- pez A. Estudio de los conocimientos, actitudes y prácticas, en lactancia materna, del personal de salud del primer nivel de atención del Ministerio de Salud y de la Caja del Seguro Social, en las Regiones Metropolitana de Salud y San Miguelito. Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. Panamá. 2011.
- [14] UNICEF. Estado Mundial de la Infancia y la Nutrición. USA. 2009.
- [15] CDC. Breastfeeding Report Card Centers for Disease Control and Prevention, USA. 2014.
- [16] UNICEF. Estado Mundial de la Infancia y la Nutrición. USA, 2015.
- Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud. ENASSER. Panamá. 2009.
- [18] Multiple Indicator Cluster Surveys (MICS). USA,
- [19] Instituto Nacional de Estadística y Censo. (INEC). Panamá, 2013.
- [20] UNICEF. Estado Mundial de la Infancia y la Nutrición. USA. 2016.
- [21] Ley 50, del 23 de noviembre de 1995, "por la cual se protege y fomenta la L.M." Panamá.1995.
- [22] Código del Trabajo de la República de Panamá.1972. Panamá
- [23] Ley 66 de 10 de noviembre de 1947. Código Sanitario de la República de Panamá.
- [24] Rollins NC, et al. Lancet Breastfeeding Series: Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices in less than a generation. Lancet; 387: 491-504. 2016.
- [25] OMS-UNICEF. Alimentación del lactante y del niño pequeño. Nota de prensa. 2017.
- [26] Queluz, M. et al. Prevalencia y determinantes del amamantamiento materno exclusivo en el municipio de Serrana, Universidad de Sao Paulo. Rev. Esc. Enferm. vol.46, n.3, pp.537-543. Brazil. 2012.
- [27] Niño M. R. Determinants of exclusive breastfeeding in health centers in Santiago, Chile. Rev. chil. pediatr. vol.83 no.2 Santiago. 2012.
- [28] OMS/UNICEF. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2003.
- [29] Mazariegos M. Prácticas de lactancia materna en América Latina. México, 2014.
- [30] Setegn T, B. et al. Factors associated with exclusive breastfeeding practices among mothers in Goba dis-

- trict, south east Ethiopia: a cross-sectional study. Int Breastfeed J. 7:17. 2012.
- [31] Gómez L. et al. Factors associated with exclusive breastfeeding until the sixth month in teenage mothers. Rev. Salud Pública, Volumen 15, Número 3, p. 374-385, Medellín, Colombia 2013.
- [32] Al-Sahab B, Lanes A, Feldman MF, Taminm H. Prevalence and predictors of 6-month exclusive breast-feeding among Canadian women: a national survey. BMC Pediatrics:10 (20):2-9. Canada. 2010.
- [33] LUCCHINI R. C. et al. . Randomized controlled clinical trial evaluating determinants of successful

- breastfeeding: Follow-up two months after comprehensive intervention versus standard care delivery. Rev. chil. pediatr. vol.84 no.2, Santiago. 2013.
- [34] OMS. La lactancia exclusiva tiene mayor prevalencia en madres indígenas. Ecuador, 2016.
- [35] Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe Nacional de Desarrollo Humano. El Futuro es ahora: primera infancia, juventud y formación de capacidades para la vida. Panamá 2014.
- [36] McCann M. F. & Bender D. Bullletin of fhe Pan American Healfh Organization. Maternal and infant feeding practices in rural Bolivia, Vol. 26, No. 2, 1992.