

ARTÍCULO ORIGINAL

Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna
en el alojamiento conjunto de una institución de tercer
nivel de atención

Dra. Aída Delgado-Becerra, Dra. Leyla María Arroyo-Cabrales, Dra. Myriam Alicia Díaz-García,
Dra. Claudia Angélica Quezada-Salazar

Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, México, D.F., México.

Resumen

Introducción. La leche materna es la mejor alimentación para neonatos y lactantes. México tiene una tasa de lactancia exclusiva de 33.6%. **Objetivo.** Conocer la prevalencia de lactancia materna e identificar factores que favorecen su práctica y abandono.

Material y métodos. Estudio prospectivo, de cohorte, analítico, en binomios madre-hijo con seguimiento de 6 meses. Se investigó: tipo de alimentación, motivos de abandono de lactancia materna exclusiva. Se aplicaron medidas de tendencia central: χ^2 , prueba exacta de Fisher y t de Student.

Resultados. Completaron seguimiento 111; 75 (67.6%) con lactancia materna exclusiva, 32 (28.8%) con lactancia mixta, y 4 (3.6%) con sucedáneos. En el grupo con escolaridad de 0 a 6 años se encontró un riesgo relativo de 1.29, intervalo de confianza de 1.09, 1.84, $P = 0.11$ (prueba exacta de Fisher).

Conclusiones. Prevalencia de lactancia materna exclusiva: 67.6%. Causa de abandono: producción baja. Única variable significativa para lactar exclusivamente al seno materno y permanecer en el seguimiento: escolaridad 0 a 6 años.

Palabras clave. Lactancia materna; alojamiento conjunto; factores asociados.



Solicitud de sobretiros: Dra. Aída Delgado Becerra, Montes Urales 800, Col. Lomas Virreyes, 11000, México, D.F., México.

Fecha de recepción: 26-04-2005.

Fecha de aprobación: 10-02-2006.

Introducción

La leche materna es la mejor manera de alimentar a los neonatos y lactantes hasta los seis meses, tiene propiedades bioactivas que facilitan la transición de la vida intra a la extraútero.¹ La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan que la lactancia materna sea exclusiva dentro de los primeros seis meses de vida, y que constituya parte importante de la alimentación durante el resto del primer año.² Se reconoce que la leche materna cubre satisfactoriamente los requerimientos del lactante hasta el cuarto mes en 95%, y disminuye a 80% durante el sexto mes, a 60% el noveno y 32.5% a los 12 meses; motivo por el cual se recomienda el inicio de la ablactación al sexto mes.³ Sus beneficios incluyen la prevención de enterocolitis necrosante, disminución de enfermedades diarreicas en el primer año de vida, protección contra problemas alérgicos; reduce la probabilidad de padecer algunas enfermedades, como: infecciones de vías urinarias, del tracto respiratorio bajo, otitis media, bacteriemia, meningitis bacteriana, botulismo, síndrome de muerte súbita del infante, diabetes mellitus insulino-dependiente, enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa y linfoma.

Recientemente se han revisado extensamente los beneficios de la lactancia materna en la salud y desarrollo de los neonatos y los lactantes. Varios estudios han demostrado efectivamente la reducción de tasas de morbilidad y mortalidad en la infancia temprana en comunidades de países en desarrollo.⁴

Huffman y col.⁵ encontraron que la lactancia materna temprana y exclusiva tiene un importante papel en reducir la mortalidad neonatal, particularmente después de la primera semana de vida. Hay evidencia adicional de que la pérdida de la lactancia materna aumenta el riesgo de mortalidad temprana y de sepsis neonatal tardía.

Por otra parte, la lactancia al seno materno ofrece protección a la madre de padecer cáncer de mama además de fortalecer la relación afectiva madre-hijo y ventajas económicas.^{1,6,7}

Sin embargo, a pesar de sus ventajas, el abandono precoz de la lactancia o la decisión de no amamantar ha sido un problema ancestral; el Código de Hammurabi (1800 a. C.) contenía regulaciones en la práctica de la lactancia. Desde hace 4 000 años, en Europa, existen antecedentes sobre técnicas de alimentación en bebés no amamantados. Hipócrates dijo a propósito de la lactancia *“la leche de la propia madre es benéfica, la de otras mujeres es dañina”*. En el siglo XVIII predominó el amamantamiento por nodrizas; las madres francesas de la época deseaban mantener su belleza y frescura, esta influencia continuó durante el siglo XIX y XX. En México, aunque la prevalencia de la lactancia materna ha mejorado ligeramente en los últimos años, tiene uno de los valores prevalentes más bajos entre los países subdesarrollados y más de la mitad de los niños mexicanos no reciben leche materna después de los seis meses de edad.⁸

Lo anterior ha dado lugar a esfuerzos para fomentar la lactancia a nivel mundial y nacional, uno de estos aspectos es la iniciativa Hospitales-Amigo, lanzada en el año 1992 por la OMS y UNICEF; organismos que se han fijado como meta para el año 2005 que al menos 50% de las madres amamanten a sus hijos como mínimo hasta los seis meses.²

Según la Academia Americana de Pediatría, en 1995 la práctica de lactancia materna exclusiva en los Estados Unidos de Norteamérica, al sexto mes era de 21%.⁹

En México, el Consejo Nacional de Población reportó en 1997 una tasa de lactancia exclusiva, en menores de cuatro meses de 33.6%.¹⁰

En la Encuesta Nacional emitida por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el año 2003 se reporta una prevalencia de lactancia materna exclusiva al cuarto mes de 30.5%.¹¹

Se han realizado diversos estudios para conocer los factores que están asociados a la lactancia materna. Entre los factores que se han encontrado para el abandono precoz de la lactancia se mencionan: edad de la madre menor de 20 años, no

estar casada, y el regreso al trabajo.¹²⁻¹⁴ Otros estudios lo han asociado a madre estudiante, bajo nivel de escolaridad, primiparidad y madres fumadoras.^{15,16}

En nuestra institución se cuenta con un programa de apoyo a la lactancia materna certificado oficialmente como Hospital-Amigo el 5 de octubre del año 2000. El programa posee características propias, es una institución de tercer nivel de atención con productos de madres con enfermedad diversa, algunos con riesgo de alteraciones metabólicas (hipoglucemia), hipo o hipertróficos ingresados al Servicio de Alojamiento Conjunto, que reciben aporte con lactancia mixta aproximadamente en 10% de los casos, por lo que nuestra meta de lactancia intrahospitalaria es de 90%; en los últimos tres años hemos logrado un índice de 88%, lo que nos coloca en la categoría I según la definición de la OMS y la UNICEF.^{2,8}

Los binomios madre-hijo del Servicio de Alojamiento Conjunto, que evolucionan sin complicaciones, egresan a las 24 ó 72 horas, si la vía de nacimiento fue vaginal o abdominal respectivamente. Nuestro promedio de días estancia es de 2.3, ya que entre 58 y 60% de los neonatos nacen por vía abdominal. La indicación al egreso de acuerdo al programa institucional es seno materno exclusivo y sucedáneo sólo en casos especiales (medicamentos o enfermedad materna, productos gemelares asociados a producción baja, principalmente).

Material y métodos

El Programa Institucional de Apoyo a la Lactancia está sustentado básicamente en la labor de enseñanza y promoción realizada en el Alojamiento Conjunto. Se reconocen deficiencias, sobre todo en la etapa prenatal por una insuficiente promoción y capacitación de las madres gestantes.

Aunque la incidencia intrahospitalaria de lactancia exclusiva es adecuada (88%), se desconoce cuál es la tendencia a lactar de las madres egresa-

das de la institución. ¿Cuál es la influencia positiva de nuestro programa a nivel extrahospitalario? La búsqueda de estas respuestas fue lo que motivó a la realización del presente estudio.

El objetivo general fue conocer la prevalencia de la lactancia materna en un grupo de mujeres egresadas del Servicio de Alojamiento Conjunto del Instituto Nacional de Perinatología, durante los primeros seis meses de vida.

Los objetivos particulares: conocer los factores que favorecen la lactancia, así como identificar las posibles causas de abandono en los primeros seis meses de vida.

En un estudio prospectivo, de cohorte y analítico se realizó un seguimiento a un grupo de binomios madre-hijo egresados del Servicio de Alojamiento Conjunto durante un período de seis meses bajo los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

Ser egresado del Servicio de Alojamiento Conjunto, haber lactado durante su estancia hospitalaria, aceptar participar en el programa, y acudir por lo menos a la primera cita.

Criterios de eliminación

No acudir a una cita durante el seguimiento.

La muestra fue seleccionada del grupo de madres egresadas del Servicio de Alojamiento Conjunto de la Institución, reclutadas un día a la semana, a conveniencia, hasta completar el tamaño de la misma, durante el período comprendido entre enero de 2001 y septiembre de 2003.

Se recabó información sobre la edad materna, número de gestas, escolaridad, estado civil, control prenatal, tipo de nacimiento, somatometría al nacimiento (peso, talla, perímetro cefálico), valoración de Apgar al minuto y cinco minutos, edad gestacional por fecha de última menstruación y tiempo de estancia hospitalaria.

Se realizó una consulta mensual, gratuita, con toma de somatometría; sólo se resolvieron dudas, se manejaron padecimientos intercurrentes y se respetó la decisión de la madre sobre el tipo de alimentación, consignando sólo el motivo o causa del abandono.

Cuadro 1. Características demográficas

Característica	Mín/Máx	Media	DE ±
Edad materna	14 – 44	28.1	7.2
Gesta	1 – 8	2.2	1.4
Número de consultas	0 – 21	6.5	4.9
EG FUM	34.1 – 41.2	38.6	1.4
Apgar 1'	3 – 9	8	1.1
Apgar 5'	7 – 10	9	0.2
Peso (RN)	1 810 – 4 950	3 013.5	452.8
Talla	42.5 – 56	49.3	2.2
Días estancia	1 – 5	2.3	0.9

Mín: mínima; Máx: máxima; DE: desviación estándar; EG: edad gestacional; FUM: fecha de última menstruación; RN: recién nacido

Cuadro 2. Características predominantes de la población

Edad materna	18 – 34	69.6 %
Escolaridad	7 – 12	72.7 %
Estado civil	Casada o UL	81.0 %
Nivel socioeconómico	3	41.2 %
Control prenatal	Sí	73.7 %
Vía nacimiento	Abdominal	60.3 %

UL: unión libre

Se realizaron pruebas estadísticas con el programa SPSS 11.0 para Windows, medidas de tendencia central: media, mediana y desviación estándar; χ^2 , prueba exacta de Fisher en los casos necesarios y t de Student según las variables.

El tamaño de la muestra se calculó con el programa de Epistat, considerando 85% que era la prevalencia de lactancia materna exclusiva intrahospitalaria en la institución al iniciar el seguimiento, con una diferencia de ± 5 , $\alpha 0.05$, un nivel de confianza de 95%, siendo la n calculada de 186 pacientes.

Resultados

Se incluyeron en el estudio 194 binomios madre-hijo, las características demográficas se muestran en el cuadro 1.

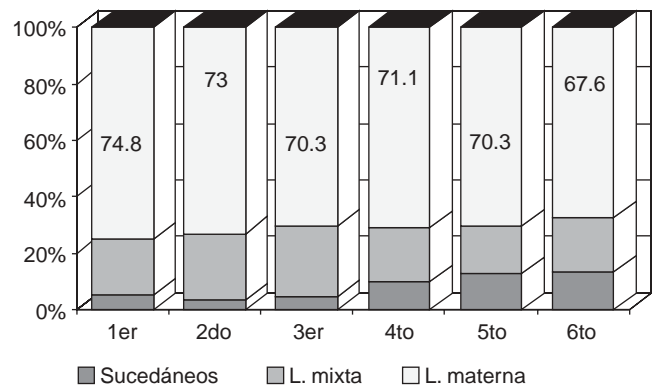


Figura 1. Distribución de la población que completó el seguimiento a 6 meses (n =111).

Cuadro 3. Distribución de la población de acuerdo al mes de deserción y tipo de alimentación

Mes n =194	Leche materna		Leche mixta		Leche sucedáneo		Deserciones	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
1	135	(69.6)	51	(26.3)	8	(4.1)	-	-
2	115	(59.3)	40	(20.6)	5	(2.6)	34	(17.5)
3	102	(52.6)	38	(19.6)	5	(2.6)	49	(25.3)
4	98	(50.5)	27	(13.9)	12	(6.2)	57	(29.4)
5	84	(43.3)	24	(12.4)	16	(8.2)	70	(36.1)
6	75	(38.7)	21	(10.8)	15	(7.7)	83	(42.8)
Final	75	(38.7)	32	(16.5)	4	(2.1)	83	(42.8)

En esta población predominó el grupo de edad entre 18 a 34 años, la escolaridad de 7-12 años (secundaria, preparatoria o su equivalente en carrera técnica), el nivel socioeconómico tres (clase media), el estado civil casado o en unión libre; la vía de nacimiento abdominal y el control prenatal (cinco consultas o más) (Cuadro 2).

Del total de binomios incluidos (194), completaron el seguimiento a seis meses 111 (57.2%) (Fig. 1). Abandonaron el seguimiento en diferentes meses 83 (42.8%); al segundo mes 34 (40.9%) y del tercero al sexto mes entre 8 y 15 pacientes (9 y 18%) (Cuadro 3).

Se compararon dos grupos (lactancia materna exclusiva y lactancia mixta), se excluyó el de lac-

tancia artificial exclusiva por no ser estadísticamente comparable por el poco número de casos. Los resultados se muestran en el cuadro 4. Sólo el grupo con escolaridad de cero a seis años resultó con significancia estadística a favor de la lactancia materna exclusiva con un riesgo relativo (RR) de 1.29 y un intervalo de confianza (IC) al 95% de 1.01, 1.64, con una P=0.11 (exacta de Fisher).

Al comparar el grupo de deserción (83) y el que completó el seguimiento a seis meses (111), nuevamente el grupo con escolaridad de cero a seis años terminó más el seguimiento a seis meses con un RR de 1.41 y un IC al 95% de 1.09,1.84, con una P =0.04 (corrección de Mantel-Haenszel) (Cuadro 5).

Cuadro 4. Diferencias entre los grupos de lactancia materna exclusiva y de lactancia mixta. n =107

Característica	Lactancia exclusiva n =75	Lactancia mixta n =32	Riesgo relativo (RR)	Intervalo de confianza (IC) 95%	P
Grupo de edad (años)					
< 18	3	3	0.70	0.31, 1.58	0.24**
18-34	56	18	1.31	0.95, 1.81	0.06*
> 34	16	11	0.80	0.57, 1.13	0.15*
Estado civil					
Sin pareja	12	7	0.88	0.61, 1.27	0.46*
Con pareja	63	25			
Escolaridad (años)					
0 - 6	13	2	1.29	1.01, 1.64	0.11**
7-12	52	24	0.92	0.71, 1.19	0.55*
> 12	10	6	0.88	0.59, 1.31	0.47*
Gesta					
1-2	44	23	0.85	0.67, 1.08	0.19*
> 3	31	9			
Vía de nacimiento					
Vaginal	29	13	0.98	0.76, 1.26	0.85*
Cesárea	46	19			
Control prenatal					
Si	52	24	0.92	0.71, 1.47	0.51*
No	23	8			
Nivel socioeconómico					
1	11	4	1.05	0.76, 1.47	0.51*
2	23	7	1.44	0.88, 1.46	0.35*
3	31	13	1.01	0.78, 1.30	0.94*
4	9	5	0.91	0.60, 1.37	0.61*
5	1	3	0.35	0.06, 1.91	0.07*
6	-	-	-	-	-

* χ^2 con Corrección de Mantel-Haenszel; **Exacta de Fisher

Cuadro 5. Diferencias entre los grupos de abandono y de 6 meses de seguimiento. n =194

Característica	Término 6 meses n =111	Deserción n =83	Riesgo relativo (RR)	Intervalo de confianza (IC) 95%	P
Grupo de edad (años)					
< 18	8	12	0.68	0.39, 1.19	0.10*
18 – 34	76	59	0.95	0.73, 1.23	0.69*
> 34	27	12	1.28	0.99, 1.65	0.09*
Estado civil					
Sin pareja	19	18	0.88	0.62, 1.23	0.42*
Con pareja	92	65			
Escolaridad (años)					
0-6	17	5	1.41	1.09, 1.84	0.04*
7-12	78	63	0.89	0.69, 1.15	0.38*
> 12	16	15	0.89	0.61, 1.28	0.49*
Gesta					
1-2	70	55	0.94	0.73, 1.21	0.64*
> 3	41	28			
Vía de nacimiento					
Vaginal	43	34	0.96	0.75, 1.24	0.75*
Cesárea	68	49			
Control prenatal					
Sí	52	24	0.84	0.66, 1.08	0.20*
No	23	8			
Nivel socioeconómico					
1	11	4	1.04	0.79, 1.38	0.77**
2	23	7	1.27	0.99, 1.62	0.08*
3	31	13	0.97	0.76, 1.25	0.82*
4	9	5	1.19	0.85, 1.65	0.35*
5	1	3	0.69	0.32, 1.48	0.21**
36	-	-	-	-	

* χ^2 con Corrección de Mantel-Haenszel; **Exacta de Fisher

Las causas que las madres dieron para abandonar la lactancia materna exclusiva fueron en orden de frecuencia: “no se llenaba el bebé” (hipogalactia) 11 casos (36.7%), decisión materna 10 (33.3%), “presentó evacuaciones verdes y consideró que requería otra leche”, dos (6.7%); intolerancia a la lactosa, indicación médica extrahospitalaria, reflujo gastroesofágico, deshidratación, hospitalización del bebé, fibroadenoma y grietas en los senos, un caso (3.3%) de cada una de ellas. El resto de los pacientes no dieron explicación.

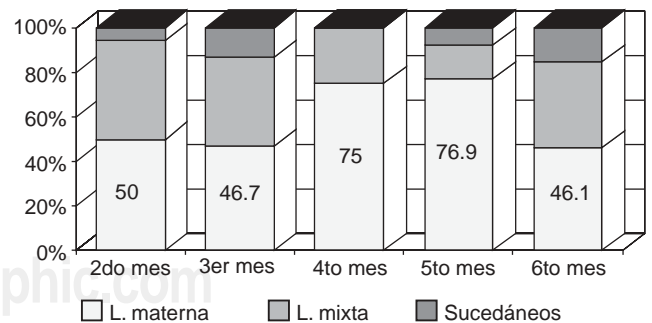


Figura 2. Distribución de la población de deserción según el tipo de alimentación (n = 83).

En la figura 2 se muestra el tipo de alimentación encontrada al momento de la deserción en los diferentes meses, observándose un predominio a favor de la lactancia materna exclusiva, especialmente en los meses cuarto y quinto del seguimiento.

Discusión

En este estudio, la prevalencia de lactancia materna exclusiva a seis meses resultó alta (67.6%), por arriba de 50% considerada como meta de la OMS y UNICEF con los programas de apoyo a la lactancia materna.² Se inició el seguimiento al primer mes con 74.9%; 13 puntos porcentuales por debajo de 88% reportado al alta hospitalaria. Este comportamiento es esperado y referido por los diferentes autores^{6,7,17-20} resaltando el caso reportado por Barriuso y Sánchez¹⁹ donde la disminución se presentó de un punto porcentual por día, llegando al primer mes con 30 puntos menos de lo reportado al alta hospitalaria. Este mismo autor reconoce que el primer mes es decisivo en la posterior tendencia de la lactancia materna, ya que concluyó su seguimiento al sexto mes con apenas 3.9% de lactancia materna exclusiva, lo que no ocurrió en este trabajo, más acorde con los resultados de Ilabaca y Atalah¹⁸ que inicia con 92.3% y termina con 57% al sexto mes.

De los factores relacionados con la continuidad de la lactancia materna, el único que resultó estadísticamente significativo fue la escolaridad entre cero y seis años, opuesto a lo encontrado por Prendes y col.¹⁵ en Cuba, donde los factores maternos que se asociaron con mayor frecuencia al abandono de la lactancia fueron: menores de 20 años, madre estudiante, nivel de escolaridad primaria y primiparidad; Bertini y col.¹⁶ encontraron el bajo nivel de escolaridad asociado con el abandono de la lactancia, asimismo otros estudios relacionan más la permanencia con un nivel universitario de escolaridad.¹³

En este estudio parece ser que este grupo de edad fue el que más positivamente estuvo influenciado por este programa, lo que queda manifiesto tanto por el

mayor índice de lactancia materna como por haber sido el que menos desertó al programa. En nuestro país, la baja escolaridad está asociada al bajo nivel socioeconómico, dicha asociación no se observó en esta serie, probablemente por el tamaño de la muestra, por lo que otra explicación del apego de este grupo sería el carácter gratuito de la consulta de seguimiento, así como el nulo costo de la lactancia materna. Se ha observado menos abandono de la lactancia materna en áreas rurales que urbanas y en niveles socioeconómicos bajos que en clase media.⁸

De las causas que las madres mencionan para suspender la lactancia materna las más comunes encontradas por Villasís y col.²¹ en México, fueron: de origen materno (infecciones, falta de producción de leche, trabajo, etc.) y el rechazo a la alimentación al seno materno. En este estudio las principales fueron: que no se llenaba el bebé y decisión materna; similares a las reportadas por Estévez y col.¹³ quienes comentan que la decisión de interrumpir la lactancia materna es la mayoría de las veces de la propia mujer, y las causas están relacionadas con dificultades en la lactancia (poca leche, hambre del bebé) y problemas personales.

Algunos autores han reportado que la producción baja de leche (hipogalactia) como causa real de necesidad de leche artificial, sólo se presenta entre 4 y 10% de los casos, de tal manera que constituye el motivo o pretexto de la madre para justificar el abandono de la lactancia materna.^{19,22} En este estudio, al igual que otros autores no se pudo corroborar esta producción baja. Otros factores asociados al abandono de la lactancia son la falta de apoyo familiar y el nivel alto de ansiedad.²² Por otro lado, un metaanálisis²³ recientemente publicado de las intervenciones que promueven la lactancia materna reportó que los programas educacionales fueron los de mayor efectividad, reportando que una mujer lactará por más de tres meses, por cada tres a cinco mujeres que hayan asistido a un programa educacional de lactancia, de ahí la importancia de mejorar la promoción y educación, especialmente en la etapa prenatal, así como las prácticas hospitalarias (dar seno materno dentro de la primera hora

de vida, no utilizar biberones y fomentar el Alojamiento Conjunto durante las 24 horas).^{12,13,24}

Finalmente, en los resultados de este estudio se encontró que en el grupo que desertó del programa, el mayor porcentaje de deserción (40.9%) se dio al segundo mes; es conocida la dificultad que representa mantener el apego de los pacientes a un programa de seguimiento y lo difícil que resulta establecer una relación médico-paciente sólida en una sola consulta; también se sabe de la necesidad de incentivar a los pacientes para mantener dicho apego (pagar transporte, ofrecer un refrigerio, mantener un horario abierto, etc.). En esta institución se ofreció una consulta gratuita y de

calidad, si a ello se agrega dentro de los criterios de eliminación el no acudir a una cita, se explica el porcentaje de deserción inicial. Sin embargo, del tercero al sexto mes, una vez establecido el vínculo médico-paciente, el porcentaje de deserción se dio entre 9 y 18%.

La práctica de la lactancia exclusiva al seno materno en el grupo de seguimiento al sexto mes fue de 67.6%. La causa más frecuente de abandono de la lactancia materna fue la baja producción. La escolaridad de cero a seis años fue la única variable significativa, tanto para lactar exclusivamente al seno materno, como para permanecer en el seguimiento a seis meses.

THE IMPACT OF ROOMING-IN AT THE HOSPITAL ON THE PREVALENCE AND CAUSES OF ABANDONMENT OF BREAST FEEDING

Introduction. Breast milk is the best feeding source for newborns and infants. Mexico has a 33.6% rate of exclusively breastfeeding. Objective: to evaluate the impact of rooming in on the prevalence of breastfeeding and identify the elements that encourage its practice and abandonment.

Material and methods. Prospective, cohort, analytical, study in mother-infant pair study with a 6 month follow-up. We analyzed the type of feeding, reasons for changing or abandoning breastfeeding; we applied: central tendency measurements, χ^2 , Fisher's exact and t of Student.

Results. In 111 completed follow-up, 75 infants (67.6%) remained exclusively on breast milk, 32 (28.8%) mixed feeding and 4 (3.6%) with proprietary formulas. In the group with 0 to 6 years of schooling we found a RR: 1.29, IC: 1.01, 1.64, P =0.11 [Fisher's exact].

Conclusions. Prevalence of exclusive breastfeeding: 67.6%. Cause of abandonment: low milk production. The only significant variable, for lactating breast milk exclusively and remain in the follow-up was schooling 0 to 6 years.

Key words. Breast feeding; lactation; association, factors; rooming-in care.

Referencias

1. Wagner CL. Human milk and lactation. Emedicine.com/ ped/topic2594.htm
2. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. El amantamiento, base para un futuro saludable. New York, UNICEF: División de Comunicaciones; 1999: 1-16.
3. Muñiz VII, Martínez ME, Ramírez AAL, Díaz MMC, Bazavilvazo RN, Hernández OR. Ablactación: criterios que usan el personal de salud y las pacientes para su inicio. Nutr Clin. 2003; 6: 345-53.
4. Bhutta ZA, Darmstadt GL, Hasan BS, Haws RA. Community-based interventions for improving perinatal and

Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención.

- neonatal health outcomes in developing countries: A review of the evidence. *Pediatrics*. 2005; 115: 576-8.
5. Huffman S, Zehner E, Victoria C. Can improvements in breast-feeding practices reduce neonatal mortality in developing countries? *Midwifery*. 2001; 17: 80-92.
 6. Kelleher DK, Duggan C. Breast milk and breastfeeding in the 1990s. *Curr Opin Pediatr*. 1999; 1: 275-80.
 7. AAP Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 1997; 100: 1035-9.
 8. Academia Mexicana de Pediatría, Programa de Actualización Continua en Pediatría (PAC-1), Nutrición del lactante y preescolar en la salud y enfermedad. Lactancia Materna, Pág. 13-20. www.drscope.com/4000.htm
 9. American Academy of Pediatrics, Workgroup on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 1997; 100: 778-81.
 10. Consejo Nacional de Población. México: Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (ENADID); 1997.
 11. Encuesta Nacional de Coberturas PREVENIMSS. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2003.
 12. Vega LMG, González PGJ. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia en áreas periféricas de Guadalajara, México. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1993; 115: 118-26.
 13. Estévez GMD, Martell CD, Medina SR, García VE, Saavedra SP. Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *Anal Español Pediatr*. 2002; 56: 144-51.
 14. Kurinij N, Shiono PH, Ezrine SF, Rhoads GG. Does maternal employment affect breast-feeding? *Am J Public Health*. 1989; 79: 1247-50.
 15. Prendes LM, Vivanco DRM, Gutiérrez GRM, Guilbert RW. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santos Suárez. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 1999; 15: 397-402.
 16. Bertini G, Perugi S, Dani C, Pezzati M, Tronchin M, Rubaltelli FF. Maternal education and the incidence and duration of breast feeding: A prospective study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2003; 37: 447-52.
 17. Giovannini M, Banderali G, Agostino C, Riva E. Epidemiology of breast-feeding in Italy. *Adv Exp Med Biol*. 2001; 501: 529-33.
 18. Ilabaca MJ, Atalah SE. Tendencia de la lactancia materna en el Servicio de Salud Metropolitano Sur. *Rev Chil Pediatr*. 2002; 73: 127-34.
 19. Barriuso LM, Sánchez VF. Prevalencia de la lactancia materna en el norte de España. <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol21/suple3/suple2.html>
 20. Cernadas JM, Noceda G, Barrera L, Martínez AM, Garsd A. Maternal and perinatal factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the 6 months of life. *J Hum Lact*. 2003; 19: 136-44.
 21. Villasis KMA, Romero TRM, Campos LG. Impacto del Programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre en un hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Ginecol Obstet Mex*. 1998; 66: 474-9.
 22. Durán MR, Villegas CD, Sobrado RZ, Almanza MM. Factores psicosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna. *Rev Cubana Pediatr*. 1999; 71: 72-9.
 23. Guise JM, Palda V, Westhoff C, Chan BKS, Helfand M, Lieu TA. The Effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: Systematic evidence review and meta-analysis for the US preventive Service Task Force. *Ann Fam Med*. 2003; 1: 1-11.
 24. González CT, Moreno MH, Rivera JA, Villalpando S, Shamah LT, Monterrubio EA, et al. Breast-feeding practices in Mexico: Results from the second national nutrition survey 1999. *Salud Publica Mex*. 2003; 45: S477-89.

