

Factores asociados a la intención de proporcionar lactancia materna

Carmen Falcón¹
Raquel Llorca¹
Carolina Pérez Acosta¹
Adriana
Ortiz-Andrellucchi²
Lluís Serra-Majem²

¹Alumnas 6^{to}
de Medicina
Departamento
de Ciencias Clínicas
Universidad de
Las Palmas de Gran
Canaria
²Grupo de
Investigación
en Nutrición
Departamento
de Ciencias Clínicas
Universidad de
Las Palmas
de Gran Canaria

Correspondencia:
Lluís Serra Majem
Departamento de Ciencias
Clínicas. Universidad de
Las Palmas de Gran Canaria.
Apartado 550.
35080 Las Palmas
de Gran Canaria.
E-mail: lserra@dcc.ulpgc.es

Resumen

Fundamentos: Estimar la prevalencia de intención de dar lactancia materna y determinar factores asociados a dicha decisión.

Métodos: Estudio descriptivo en el que participaron 150 embarazadas con edad gestacional igual o superior a 34 semanas, sin límite de edad, siendo entrevistadas cuando acudían a la consulta de control de embarazo. Se administró un cuestionario que recogió información general de las gestantes como así también información relacionada con la intención de dar lactancia y los mitos existentes sobre el tema.

Resultados: La prevalencia de gestantes con intención de dar lactancia materna fue de 81%. Destaca la figura de la matrona como principal y buen informador. En el análisis multivariante la opinión de la pareja y el hecho de haber sido informadas acerca de la lactancia materna se asociaron de manera independientemente con la intención de dar lactancia materna.

Conclusiones: Es imprescindible impulsar cambios en la formación de los profesionales de la salud que están implicados en informar a las gestantes acerca de la importancia de la lactancia materna, así como fomentar iniciativas que involucren a la pareja en las clases de preparación al parto.

Palabras claves: Lactancia materna. Atención prenatal. Factores epidemiológicos. Intención de dar lactancia materna.

Summary

Background: Factors associated to the intention to breast-feeding in pregnant women are not well understood.

Methodology: Descriptive study based on 150 pregnant women with gestational age of 34 weeks or more, interviewed when attending the control of pregnancy. A questionnaire that collected general information as well as information related to the intention to give breastfeeding and myths existing about this topic was completed.

Results: The prevalence of pregnant women with intention to give breastfeeding was 81%. Midwife appears as the main and best informant. In the multivariate analysis the opinion of the partner and the received information on breastfeeding were factors significantly associated with the intention to breastfeed.

Conclusions: It is necessary to promote changes in the training of health personnel involved in giving information

to pregnant woman about importance of breastfeeding as well as to develop initiatives involving the partner in the pregnant training session.

Key words: Breastfeeding. Prenatal care. Epidemiologic factors. Intention to breastfeed.

Introducción

La lactancia materna es la única fuente alimenticia que suministra todos los nutrientes necesarios para el correcto desarrollo del niño en los primeros meses de vida. Así lo ha reconocido tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como los informes de diversas sociedades científicas. Los beneficios de la lactancia materna incluyen desde aspectos nutricionales e inmunitarios hasta aspectos de índole psicológica e intelectual¹.

La lactancia materna (LM) ofrece ventajas para el binomio madre-hijo: al niño lo beneficia en términos nutricionales, en prevención de infecciones^{2,3}, en una menor incidencia de cuadros alérgicos⁴ y de problemas psicológicos. Entre los beneficios para la madre se encuentran un menor riesgo de osteoporosis^{5,6} y dolor posparto⁷ y disminuye el riesgo de cáncer de mama⁸. El vínculo con el seno materno favorece una mejor relación madre-hijo y adicionalmente aporta una ventaja, "no cuesta"⁹.

En las ventajas para el bebé, destacan la protección contra las infecciones². Los anticuerpos que la madre trasmite al bebé a través de la leche pueden ayudar a disminuir la incidencia de infecciones de oído¹⁰, diarreas¹¹, infecciones respiratorias¹², meningitis¹³, etc. Es especialmente beneficiosa para los bebés prematuros y también puede proteger contra: alergias⁴, asma¹⁴, diabetes¹⁵, obesidad¹⁶, el síndrome de muerte súbita del lactante¹⁷. Los niños alimentados con leche artificial tienen más infecciones y hospitalizaciones más frecuentemente que los alimentados

con leche materna¹⁸. La leche materna es el tipo de nutrición más completo para los bebés. Contiene las cantidades ideales de grasa, azúcar, agua y proteínas que un bebé necesita para crecer y desarrollarse correctamente¹⁹, además a los bebés le resulta más fácil digerir la leche materna que la fórmula adaptada. Los bebés amamantados tienden a tener un menor aumento innecesario de peso y a ser más delgados, lo que hace que padezcan menos sobrepeso a lo largo de su vida¹⁶. Estudios recientes, hacen alusión de que los niños alimentados con leche materna tienen mediciones de cociente intelectual más altas durante la infancia^{20,21}.

En cuanto a las ventajas para la mamá, nos encontramos con que amamantar incrementa el gasto calórico, lo que hace más fácil perder el peso que se ha aumentado durante el embarazo⁷. Favorece también la regresión del útero a su tamaño original y disminuye el sangrado que pueda tener después de dar a luz⁷. Existen estudios que relacionan la lactancia materna con un menor riesgo de cáncer de mama y de ovario⁸. La lactancia materna ahorra tiempo y recursos. Amamantar puede ayudarle a crear lazos de afecto con su bebé.

A consecuencia de todos los beneficios que proporciona la lactancia materna, así como su influencia en la disminución de la morbilidad e incluso de la mortalidad en los países pobres sobre todo, existen numerosas iniciativas para aumentar la incidencia y duración de la lactancia materna. Entre las diversas iniciativas destacan el Hospital Amigo de los Niños^{22,23}, que también pretende construir políticas nacionales de salud para la promoción de la lactancia materna. Otra de las iniciativas puesta en marcha corresponde a la organización de la Liga Internacional de la Leche. Así pues, la OMS (Organización Mundial de la Salud) mediante el programa *Comienzo saludable de la vida*, propone para el año 2020 en uno de los puntos, lo siguiente: "Los estados miembros de la Unión Europea deben tener acceso a los servicios de planificación familiar, servicios prenatales, perinatales y de salud infantil. La lactancia materna debe ser el único alimento del bebé durante sus primeros 6 meses de vida"²⁴.

El éxito de la lactancia se basa principalmente en una buena información recibida antes del nacimiento y en aprender correctamente las técnicas de lactancia en los primeros días. Las prácticas de los servicios de salud constituyen un pilar fundamental en la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna. Llegado este punto cabría recapacitar sobre la capacitación del personal de la salud en cuanto a los conocimientos de lactancia materna. En lo que respecta al profesional de la medicina existen grandes

deficiencias, alimentadas en parte, por la escasa formación recibida durante la carrera.

En tal sentido, el objetivo de este estudio fue conocer la intención de dar lactancia materna en una muestra de embarazadas y los factores asociados a esta decisión, como así también describir la información sobre lactancia que poseen estas embarazadas controladas por matronas y tocoginecólogos, analizando cuán arraigados se encuentran en nuestra sociedad determinados mitos sobre lactancia materna.

Material y métodos

Participaron 150 embarazadas con edad gestacional igual o superior a 34 semanas, sin límite de edad, pertenecientes a las zonas a las que corresponden los centros de atención primaria de Cono Sur, Guanarteme, Tamaraceite, San Gregorio y Puerto, y los centros de atención especializada Prudencio Guzmán y San Juan (pertenecientes a la isla de Gran Canaria). Se trata de una muestra de conveniencia en donde la recogida de datos se ha efectuado por un procedimiento de muestreo incidental seleccionándose las gestantes que acudían a la consulta de la matrona y a la del tocoginecólogo y que querían participar en el estudio. El periodo de recogida de datos fue desde el 25 de Abril hasta el 8 de Mayo del año 2008.

En este estudio descriptivo se recogieron las siguientes variables: edad, en tres categorías: menor de 25 años, entre 25-35 años y mayor de 35 años; el peso antes de quedarse embarazada y el peso en el momento de la entrevista; paridad: primíparas o múltiparas; en el caso de haber proporcionado lactancia materna anteriormente, la clasificamos entre menor de 3 meses de duración, entre 3 y 6 meses de duración y mayor de 6 meses; el nivel de estudios fue dividido en tres categorías: grupo sin estudios, grupo con estudios primarios, ESO, bachillerato y ciclos de grado medio, y grupo con ciclo de grado superior y estudios universitarios; la situación laboral de la gestante, teniendo en cuenta amas de casa, media jornada, jornada completa, jornada partida, paro y estudiantes; situación laboral de la pareja, en este caso sólo si trabaja o no; existencia de alto riesgo obstétrico (ARO) en este embarazo; el hábito tabáquico repartió a las participantes entre no fumadoras, fumadoras de menos de 10 cigarrillos al día, entre 10 y 20, y más de 20, siempre refiriéndonos al hábito tabáquico durante el embarazo.

Alto riesgo obstétrico se definió de la siguiente forma: casos en los que, por coincidir durante la gestación,

en el parto o en el neonato circunstancias sociales, médicas, obstétricas o de otra índole, se acompañan de una morbilidad perinatal superior a la de la población general: anomalías pélvicas, cardiopatías, edad inferior a 17 años o superior a 38 años, gestante Rh- , gran multiparidad, metrorragia 1º trimestre, anemia grave, diabetes gestacional, embarazo gemelar, endocrinopatía, preeclampsia, infección materna, sospecha de malformación fetal, amenaza de parto prematuro, drogadicción y alcoholismo, incompetencia cervical, retraso del crecimiento intraútero, placenta previa, rotura prematura de membranas.

El cuestionario administrado incluyó también preguntas de respuesta cerrada dicotómicas, policotómicas y ordinales. En algunas de las preguntas policotómicas existía la posibilidad de respuesta libre (bajo el enunciado de "otros") para tener en cuenta otras opciones que en un principio no hubiéramos valorado. Las cuestiones planteadas hacían referencia a la intención de asistir a clases de preparación al parto, de proporcionar lactancia materna, apoyo recibido por la pareja, el hecho de haber sido informadas acerca de la lactancia materna, así como aspectos relacionados con esta información. Antes de comenzar a hacer las entrevistas se llevó a cabo un estudio piloto que consistió en realizar dicha entrevista a nueve gestantes que cumplían los mismos requisitos especificados en el apartado referente a población de estudio, con el objetivo de determinar la adecuación de contenidos y forma para las características de las participantes en el mismo.

El análisis descriptivo de las variables numéricas se resumió en medias y desviaciones estándar y las categóricas en frecuencias y porcentajes. Las medias se compararon mediante el t-test y las proporciones mediante el test de la ji-cuadrado. Aquellas variables que mostraron significación estadística en el análisis univariado, se introdujeron en un análisis logístico multidimensional. Se llevó a cabo una selección utilizando el test de razón de verosimilitudes. Las asociaciones de las variables categóricas con la lactancia se expresaron mediante *odd-ratios* crudas y ajustadas. Un contraste de hipótesis se consideró estadísticamente significativo cuando el correspondiente p-valor fue inferior a 0,05. Los datos se con el paquete estadístico SPSS versión 14.0 para entorno Windows.

Resultados

La edad gestacional media observada en la muestra estudiada fue de 36 semanas (DE: 1,873) y la media

del incremento de peso correspondió a 10,24 kilos (DE: 3,619). En lo que respecta a los grupos de edad un 32% tenía menos de 25 años, un 44% se trataba de mujeres entre 25 y 35 años y un 25% se encontraban por encima de los 35 años. Encontramos en nuestra muestra un 40% de multíparas, de las cuales un 85% dio lactancia materna al menos a uno de sus hijos anteriores, y de éstas solamente un 33% proporcionó durante más de seis meses este tipo de alimentación a su bebe.

De las mujeres entrevistadas un 54% había asistido o tenía intención de hacerlo a clases de preparación al parto. Solo un 15% pertenecía al grupo cuyo embarazo era de alto riesgo. En cuanto al hábito tabáquico, un 22% de la muestra fumaba durante la gestación menos de 10 cigarrillos al día, un 10% entre 10 y 20 y un 67% no fumaba; no encontramos en nuestra muestra ningún caso que fumara más de 20 cigarrillos al día.

En cuanto al nivel de estudio de las participantes se observó que un 77% pertenecían al grupo de estudios primarios, secundarios, ciclo formativo de grado medio o bachillerato, y un 21% al grupo de ciclo formativo de grado superior o estudios universitarios, perteneciendo solo un 2% al grupo sin estudios; y en lo que se refiere a la situación laboral se observó que el 20% eran amas de casa, el 46% trabajaba jornada completa, el 9% correspondió a las que trabajaban media jornada, el 6% jornada partida, un 11% se encontraba en paro y un 5% eran estudiantes. En relación a la situación laboral de las parejas de las gestantes entrevistadas, tan solo el 8% se encontraba en paro.

Conocimientos

Un 84% de la muestra había sido *informada sobre lactancia materna*, siendo en el 64% de ellas la matrona el principal informador, en un 9% la familia, un 19% los medios de difusión de información y el 8% restante las informadas por el grupo de apoyo a la lactancia y el médico. El 100% de las gestantes informadas sobre la lactancia materna, lo fueron acerca de beneficios de la lactancia materna para el bebé y un 75,4% lo fueron sobre los beneficios para la madre. En cuanto a los beneficios para el bebé el 93,7% fue informado acerca de la protección frente a enfermedades infecciosas y alérgicas, el 80,2% lo fue sobre el beneficio para el desarrollo del niño, y el 96,8% recibió la información de que la lactancia materna aporta una nutrición óptima para el bebé.

En el caso de las mujeres que habían recibido información sobre los *beneficios para la madre* el 73,7% decían haber sido informadas en cuanto a la *protección de la salud materna*, el 91,6% sobre el *ahorro de recursos* y el 98,9% acerca de la *mejora de la relación madre-hijo*. Un 25,3% dijo haber sido informada también acerca del beneficio de la lactancia materna en cuanto a la pronta recuperación posparto del útero.

Intención

El 81% de la muestra consultada tenía intención de dar lactancia materna, y del 19% restante, los motivos para no darla eran por falta de tiempo en el 68% de los casos, mala experiencia anterior en el 18%, y el porcentaje restante se repartió entre falta de información y otros, siendo el tabaco la contestación en este último apartado.

En la Figura 1 se describe el porcentaje de mujeres que tenían intención de dar lactancia materna teniendo en cuenta si recibieron o no información sobre la misma.

En cuanto a la opinión de la pareja con respecto a la alimentación del bebé, el 91% de las mujeres que eran apoyadas en su decisión tenían la intención de dar lactancia materna y en las que su pareja no opinaba sobre el tema tenían esa intención en un 59% (Figura 2).

De las mujeres que habían asistido a clases de preparación al parto o tenían intención de hacerlo el 87% contestó que quería dar lactancia materna y del porcentaje que no había asistido ni iba a asistir el 75% iba a dar lactancia materna.

Factores asociados

En la Tabla 1 se describen los factores que se asocian a la intención de dar lactancia materna. Observamos que dentro de las variables estudiadas la "opinión de la pareja" y la "información recibida sobre lactancia materna" constituyen factores que se asocian de forma independiente con la "intención de dar lactancia materna" (Tabla 2). Se destaca el hecho de que las *odds-ratios* obtenidas en la regresión logística multivariante, se mantienen semejantes a las obtenidas en el análisis univariante.

Mitos

El 47% de las gestantes entrevistadas opinaba que la cerveza favorece la producción de leche mientras

que un 32% opinaba que no. El 54% no creía que pudieran existir niños alérgicos a la leche materna y un 23% afirmaba no saber nada acerca de este tema. El 90% afirmaba que la lactancia materna no produce obesidad cuando el niño crece. El 70% pensaba que la lactancia materna provoca caída de los pechos y el 25% contestó que no. En cuanto a la cuestión de si hay mujeres que producen leche de mala calidad el 58% de las gestantes decía que sí y el 28% que no. Creen que dar lactancia materna protege de quedarse nuevamente embarazada un 86%. También un 86% contestó que la lactancia materna no alimenta menos que la leche adaptada. El 78% no cree que haya que renunciar a la lactancia materna una vez les vuelva la menstruación y el 20% no sabía. Un 60% contestó que no hay que renunciar a la lactancia materna si se vuelve a quedar embarazada mientras el 32% reconoció que no sabía (Tabla 3).

Discusión

Teniendo en cuenta la importancia de dar lactancia materna, con este estudio se pone de manifiesto la influencia de la información recibida y el apoyo de la pareja a la hora de decidir alimentar con lactancia materna al recién nacido. Destaca la figura de la matrona como principal y buen informador, por lo que se debe potenciar que la futura madre sea asesorada adecuadamente por ella, ya que se observó

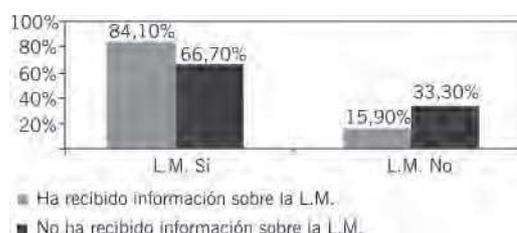


Figura 1. Intención de dar lactancia materna según hayan recibido o no información sobre LM

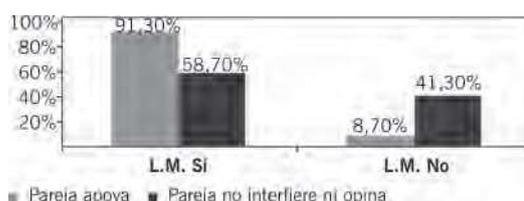


Figura 2. Intención de dar lactancia materna según el apoyo de su pareja

Tabla 1
Distribución de factores asociados con la intención de dar o no lactancia materna

	Intención de dar LM		p valor	ORs (IC del 95%)
	Sí n=122	No n=28		
ARO n (%)	17 (13,9)	6 (21,4)	0,321	
Ha recibido información sobre LM n(%)	106 (86,9)	20 (71,4)	0,04	2,65 (1,001-7,018)
Opinión de la pareja n(%)				
Apoya	94 (77)	9 (32,1)	0,00	7,087 (2,88-17,4)
No opina/no interfiere	27 (22,1)	19 (67,9)		
Ha asistido o tiene intención de asistir a P Parto n(%)	71 (58,2)	11 (39,3)	0,07	
Trabaja la pareja n(%)	113 (92,6)	25 (89,3)	0,50	
Edad de las gestantes n(%)				
< 25 años	39 (32)	7 (25)	0,368	
Entre 25-35 años	55 (45,1)	11 (39,3)		
> 35 años	28 (23)	10 (35,7)		
Nivel de estudios n(%)				
Sin estudios	3 (2,5)	0 (0)	0,95	
Estudios primarios o medios	97 (79,5)	18 (64,3)		
Estudios superiores	22 (18)	10 (35,7)		
Múltiparas n(%)	47 (38,5)	14 (50)	0,265	
Tabaco n(%)				
No fuma	81 (66,4)	20 (71,4)	0,797	
Fuma <10 cigarrillos /día	29 (23,8)	5 (17,5)		
Entre 10-20 cigarrillos /día	12 (9,8)	3 (10,7)		
Situación laboral de la gestante n(%)				
Ama de casa	55 (45,1)	15 (53,6)	0,11	
Estudiante	5 (4,1)	3 (10,7)		
Paro	15 (12,3)	2 (7,1)		
Jornada partida	6 (4,9)	4 (14,3)		
Media jornada	12 (9,8)	2 (7,1)		
Jornada completa	29 (23,8)	2 (7,1)		

ARO: Alto Riesgo Obstétrico; P Parto: Preparación al parto; LM: Lactancia Materna; OR: Odds Ratio; IC: Intervalo de confianza

Tabla 2.
Factores independientes asociados con la intención de dar lactancia materna

	p valor	ORs (IC del 95%)
Opinión de la pareja	0,000	7,98 (3,115-20,443)
Informada acerca de lactancia materna	0,027	3,51 (1,157-10,645)

OR. Odds Ratio; IC: Intervalo de confianza. Variables de ajuste referidas en la Tabla 1

que las otras fuentes de información dejaban lagunas importantes en relación a los conocimientos de la lactancia materna.

El hecho de haber asistido a las clases de preparación al parto, constituye un factor que influye en la decisión de dar LM, esta característica también ha sido puesta de manifiesto por otros autores²⁵. Por ello, se debe profundizar en el papel que desempeñan las matronas en la promoción de la LM²⁶, dado que es en el transcurso del embarazo cuando un alto porcentaje de mujeres toman la decisión acerca del tipo de alimentación que darán a su hijo¹.

A partir de 1990, con la Declaración de Innocenti²⁷, y la IHAN²⁸, se pretende dar un nuevo impulso a la lactancia materna. Esta iniciativa, propone modificar

Mitos	SI	NO	NS/NC
La cerveza aumenta la producción de leche materna	71	49	30
La leche materna puede producir alergia en el bebe	34	81	35
La leche materna puede producir obesidad en el desarrollo del niño	3	136	11
La lactancia materna favorece la caída de los pechos	105	38	7
La leche materna puede ser de mala calidad	88	43	19
La lactancia materna sirve como método anticonceptivo	8	129	13
La leche materna alimenta menos que la adaptada	6	130	14
El retorno de la menstruación impide dar lactancia materna	4	117	29
Se debe renunciar a la lactancia materna si se queda nuevamente embarazada	10	91	49

Tabla 3.
Distribución de los mitos según intención de dar lactancia

las prácticas asistenciales de los hospitales maternos creando en ellos todo un entorno propicio a la LM, basando su acción en la información a las madres sobre los beneficios de la lactancia materna, la capacitación de los profesionales sanitarios y el apoyo a las madres que hayan decidido amamantar.

En lo que respecta a la profesión médica, creemos que nos corresponde hacer alusión a la escasa formación recibida durante la carrera y como consecuencia escasos conocimientos²⁹, ya que sólo se dedican unas cuatro horas a la lactancia materna, lo que nos limita a la hora de aportar información a la gestante que puede acudir en un momento dado a nuestra consulta.

El nivel educativo de la madre constituye un factor positivo de LM, de forma que las madres que poseen estudios universitarios hacen que aumente la probabilidad de que el niño reciba LM¹. Esta asociación, observada en nuestros resultados, es consistente con la encontrada en otros estudios¹.

Existen una serie de mitos muy extendidos que pueden condicionar a la gestante a la hora de decidir dar lactancia materna y continuar con la misma el tiempo recomendado. En este estudio hemos observado que un gran número de las gestantes creen que la cerveza favorece la producción de leche, que las mujeres pueden producir leche de mala calidad y que los pechos se caen a consecuencia de amamantar a su hijo. Pensamos que siendo así, habría que buscar la manera de aclarar todas estas creencias erróneas a lo largo del seguimiento de la gestante durante el embarazo, para conseguir el objetivo de aumentar la incidencia y prevalencia de la lactancia materna.

Con la realización de este trabajo se concluye que informar a las gestantes sobre la lactancia materna

constituye un pilar fundamental a la hora de decidir el tipo de alimentación para el bebé. Además es importante destacar la figura de la pareja como apoyo fundamental en la decisión de proporcionar lactancia materna al bebé. Ambos factores han sido demostrados en el análisis estadístico realizado.

Por todo ello es imprescindible impulsar cambios en la formación de todo el personal que esté implicado en informar a la gestante acerca de la importancia de la lactancia materna, así como fomentar iniciativas que involucren a la pareja en las clases de preparación al parto.

Agradecimientos

A las madres que participaron en este estudio, sin cuya colaboración no hubiera sido posible realizar esta investigación. Al Dr. Pedro Saavedra Santana del Departamento de Matemática de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria por su colaboración en el tratamiento de los datos.

Bibliografía

1. Suárez Gil P, Alonso Lorenzo JC, López Díaz AJ, Martín Rodríguez D, Martínez Suárez MM. Prevalencia y duración de la lactancia materna en Asturias. *Gaceta Sanitaria* 2000;15:104-10.
2. Howie PW, Forsyth JS, Ogston SA. Protective effect of breast feeding against infection. *Br Med J* 1990; 300:11-6.
3. Beaudry M, Dufour R, Marcoux S. Relation between infant feeding and infections during the first six months of life. *J Pediatr* 1995;126:191-7.

4. Saarinen UM, Kajosaari M Breastfeeding as prophylaxis against atopic disease: prospective follow-up study until 17 years old. *Lancet* 1995;346:1065-9.
5. Melton LJ, Bryant SC, Wahner HW. Influence of breastfeeding and other reproductive factors on bone mass later in life. *Osteoporos Int* 1993;3:76-83.
6. Cumming RG, Klineberg RJ. Breastfeeding and other reproductive factors and the risk of hip fractures in elderly woman. *Int J Epidemiol* 1993;22:684-91.
7. Chua S, Arulkumaran S, Lim I. Influence of breastfeeding and nipple stimulation on postpartum uterine activity. *Br J Obstet Gynaecol* 1994;101:804-5.
8. Newcomb PA, Storer BE, Longnecker MP. Lactation and a reduced risk of premenopausal breast cancer. *N Engl J Med* 1994;330:81-7.
9. de Luna Adam S. Factores sociodemográficos relacionados con la práctica de alimentación al seno materno. *Rev Enferm IMSS* 2002;10:11-15.
10. Duncan B, Ey J, Holberg CJ. Exclusive breast-feeding for at least 4 months protects against otitis media. *Pediatrics* 1993;91:867-72.
11. Popkin BM, Adair L, Akin JS. Breast-feeding and diarrheal morbidity. *Pediatrics* 1990;86:874-82.
12. Wright AI, Holberg CJ, Martinez FD. Breast feeding and lower respiratory tract illness in the first year of life. *Br Med J* 1989;299:945-9.
13. Kovar MG, Serdula MK, Marks JS. Review of the epidemiologic evidence for an association between infant feeding and infant health. *Pediatrics* 1984;74:615-38.
14. Wright AL, Holberg CJ, Taussig LM. Relationship of infant feeding to recurrent wheezing at age 6 years. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995;149:758-63.
15. Gerstein HC. Cow's milk exposure and type 1 diabetes mellitus. *Diabetes Care* 1994;17:13-9.
16. Serra Majem L, Aranceta Bartrina J. (eds). Obesidad infantil y juvenil. *Estudio enKid*. Vol 2. Barcelona: Masson, 2001;1-200.
17. Ford RPK, Taylor BJ, Mitchell EA. Breastfeeding and the risk of sudden infant death syndrome. *Int J Epidemiol* 1993;22:885-90.
18. Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen-Rivers LA. Differences in morbidity between breast-fed and formula-fed infants. *J Pediatr* 1995;126:696-702.
19. Ortiz-Andrellucchi A, Peña Quintana L. Lactancia materna y salud pública. En: Serra-Majem L, Aranceta J eds. *Nutrición y Salud Pública: métodos, bases científicas y aplicaciones*. 2º Edición. Barcelona: Ediciones Masson, 2006;753-60.
20. Andersons JW, Johnstone, Remley DT. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 1999;70:525-35.
21. Jain A, Concato J, Leventhal JM. How good is the evidence linking breastfeeding and intelligence?. *Pediatrics* 2002;109:1044-53.
22. Arena Ansoategui J. La lactancia materna en la "estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño". *An Pediatr* 2003;58:208-10.
23. World Health Organization: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: The Special Role of Maternity Services (a joint WHO-Unicef statement). Geneva: WHO, 1989.
24. WHO. Report of the Expert Consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding. Geneva: World Health Organization: WHO/NHD/01.09; WHO/ FCH/ CAH/01.24,2001.
25. Torres Díaz A, López Téllez A, de Ramón Garrido E. Importancia de la educación para la salud en la práctica de la lactancia natural. *Aten Primaria* 1996;18:164-7.
26. Labordena Barceló, Náchter Fernández A, Sanantonio Valdearcos F, Barreda Simó I, Palau Fuster G, Palomares Gimeno MJ, et al. Centros de Atención Primaria y lactancia materna. *An Esp Pediatr* 2001;55:225-9.
27. WHO/UNICEF. Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding. *Ecology of Food and Nutrition* 1991;26:271-3.
28. Grant JP. Baby-Friendly Hospitals toward a Baby-Friendly World. *Intern Child Health* 1992;3:11-6.
29. Temboury Molina MC. Informe sobre el conocimiento de los residentes de pediatría en el manejo de la lactancia materna. *An Pediatr* 2003;58:263-7.