

---

# Factores relacionados con la lactancia materna

I. Fidalgo Álvarez\*, D. López Pacios\*\*\*, M. Jiménez Rodríguez\*\*,  
A. González Martínez\*\*\*, A. Costales Álvarez\*\*\*,  
MP. Blanco Franco\*\*\*, R. López Pérez\*\*\*

\*Servicio de Pediatría,

\*\*Servicio de Medicina Preventiva, Hospital del Bierzo, Ponferrada, León.

\*\*\*Pediatra Centro de Salud.

---

## Resumen

**Objetivos:** Determinar la incidencia y duración de la lactancia materna exclusiva (LME) y estimar la influencia que sobre la misma puedan ejercer determinados factores perinatales, demográficos, biomédicos y socioeconómicos al alta y a las cuatro y ocho semanas.

**Pacientes y métodos:** Estudio transversal, analítico, de 190 madres que tuvieron un hijo en el año 2000, y que fueron seleccionadas consecutivamente durante revisiones periódicas del lactante. Cada madre respondió a un cuestionario de 26 preguntas cerradas acerca de diversos factores que pueden influir sobre LME, tales como la utilización del chupete desde la primera semana, el hábito de fumar materno, el parto por cesárea, la paridad, la edad materna, el nivel socioeconómico, el lugar de residencia y el nivel de estudios. Se realizó comparación de variables cualitativas con el test  $\chi^2$  y cuantitativas con el test  $t$  de Student, considerando significativo un valor de  $p < 0,05$ . Se realizó análisis de regresión logística para ver la relación de las distintas variables, ajustando además por la edad materna, considerando la asociación a partir de IC del 95%.

**Resultados:** La edad media de las madres  $30,2 \pm 5,2$  años y la de los lactantes  $25,7 \pm 13,7$  semanas. El 40,6% procedían del medio rural, el 24,8% tenía estudios universitarios. La frecuencia de LME al salir de maternidad fue de 67,3%. La prevalencia de LME de 76,3% durante el primer mes desciende progresivamente hasta el 6,8% en el sexto mes. La duración de la LME fue de  $7,0 \pm 7,4$  semanas, y resultó significativamente menor entre lactantes de madres fumadoras, con nivel socioeconómico bajo y aquellos que habían utilizado chupete desde la primera semana. El principal motivo alegado por las madres para la suspensión de LME fue la hipogalactia, 79,5% de casos. La duración de la lactancia mixta (Lmixta) fue de  $11,1 \pm 9,3$  semanas. La cesárea tuvo una influencia negativa y retrasó la LME al alta, pero no influyó en momentos posteriores. El hábito de fumar materno tuvo una influencia negativa sobre LME a las cuatro (OR 0,26, IC 95% 0,10-0,64) y ocho semanas (OR 0,24, IC 95% 0,10-0,59).

**Conclusiones:** El modelo de lactancia materna existente en nuestra área sanitaria es similar al de otras regiones del país. Para mejorar la situación resulta imprescindible que la Administración aumente sus esfuerzos para crear un equipo promotor de la lactancia materna que permita el cumplimiento de las diez recomendaciones OMS/UNICEF.

**Palabras clave:** Lactancia materna, Factores perinatales, Tabaco, Epidemiología.

### Abstract

**Objectives:** To determinate the incidence and duration of exclusive breastfeeding (EBF) and to estimate the influence that perinatal, demographic, biomedical and socio-economic factors have on breastfeeding at discharge, at four and eight weeks.

**Patients and methods:** A transversal survey selected 190 mothers who had children during year 2000 and were consequently selected during periodic examination of the infant. Each mother responded to a questionnaire with 26 closed questions about different factors which can influence in breastfeeding such as the use of pacifier in the first week, maternal smoke habits, birth by caesarean, parity, mothers' age, socio-economic level, place of residence and education level. Comparison of qualitative variables was carried out with Chi2 test and for quantitative with t Student, considering significant a  $p < 0.05$ . Logistic regression analysis was carried out to see the relationship of the different variables, considering association as of IC of 95%.

**Results:** The mother's average age was  $30.2 \pm 5.2$  years and the infant's average age  $25.7 \pm 13.7$  weeks; 40.6% came from rural areas and 24.8% had a university education. The EBF's frequency at discharge was 67.3%. The EBF's prevalence of 76.3% during the first month descended progressively to 6.8% in the sixth month. The duration of exclusive breastfeeding was  $7.0 \pm 7.4$  weeks and was significantly lower among mothers who smoked, had a low socio-economic level or those who had used pacifier in the first week. The main reason offered by the mothers for giving up the EBF was hypogalactia, 79% of cases. The duration of partial breastfeeding was  $11.1 \pm 9.3$  weeks. Caesarean had a negative influence and delayed EBF on discharge, but had no influence later. Smoking among the mothers had a negative influence on EBF at four (OR 0.26, IC 95% 0.10-0.64) and eight (OR 0.24, IC 95% 0.10-0.59) weeks.

**Conclusions:** The model of breastfeeding existing in our sanitary area fits with other parts of the country. To improve this situation it's imperative for the administration to increase its efforts to create an instructing and supporting team that will lead to the successful implementation of the ten recommendations of OMS/UNICEF.

**Key words:** Breastfeeding, Perinatal factors, Tobacco, Epidemiology.

## Factores relacionados con la lactancia materna

Las ventajas de la lactancia materna durante los primeros meses de vida están bien documentadas y los diversos organismos proponen como meta mundial la lactancia materna exclusiva (LME) hasta los 4 o 6 meses<sup>1,2,3</sup>. Sin embargo, la frecuencia de LME no supera el 20,0% en menores de 4 meses ni el 4,0% para menores de 6 meses<sup>4</sup>. La frecuencia de lac-

tancia mixta (Lmixta) en nuestro país se sitúa durante el 4º mes entre 11,1% y 69,6%<sup>4,10</sup>, mientras que para el 6º mes se mantiene entre el 7,0% y 46,3%<sup>4,5,8,10</sup>. El motivo más frecuente dado por las madres para el abandono precoz de LME es la escasa producción de leche<sup>4,5,9,10</sup>.

Nuestro objetivo es determinar la incidencia y duración de la lactancia materna en nuestro área sanitaria, y analizar la influencia que puedan ejercer sobre la LME

la edad materna, regalo de leche adaptada, paridad, biberón de fórmula adaptada en maternidad, utilización del chupete desde la primera semana, hábito de fumar materno, tipo de parto, trabajo materno fuera de casa, nivel socioeconómico, nivel de educación y lugar de residencia.

La comarca del Bierzo es un espacio geográfico situado en el noroeste de Castilla y León, con una extensión aproximada de 3.000 km<sup>2</sup> y en el que habitan unas 145.000 personas.

En nuestra maternidad después del parto se coloca al recién nacido sano en contacto con la madre en la sala de expectantes durante dos horas para que le coloque al pecho. Posteriormente pasa a la sala de nidos separado de la madre, para continuar alimentación cada tres

horas. Si necesita toma complementaria del pecho recibe suero glucosado durante las primeras 24 horas y posteriormente biberón de fórmula adaptada.

## Pacientes y métodos

Estudio transversal, analítico, en el que se seleccionaron de forma consecutiva 190 madres, entre un total de 980 mujeres que tuvieron un hijo durante el año 2000, y que acudieron a los centros de salud a revisiones periódicas con su bebé durante los meses de febrero y marzo de 2001. A cada madre se le realizó una encuesta mediante entrevista personal y un cuestionario de 26 preguntas cerradas acerca de aspectos demográficos, biomédicos y socioeconómicos (Tabla I). En la situación laboral tanto del padre

**Tabla I.** Encuesta sobre lactancia materna

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad materna.</li> <li>• Lugar de residencia: rural o urbana (≥ 10.000 habitantes).</li> <li>• Nivel de estudios de la madre: universitarios o no.</li> <li>• Nivel de estudios del padre: universitarios o no.</li> <li>• Nivel socioeconómico: bajo o alto.</li> <li>• Situación laboral del padre.</li> <li>• Trabajo materno fuera de domicilio.</li> <li>• Hábito de fumar materno.</li> <li>• Número de hijos.</li> <li>• Control de gestación.</li> <li>• Información sobre lactancia.</li> <li>• Decisión materna prenatal de amamantar.</li> <li>• Había recibido muestra regalo de leche adaptada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad de gestación.</li> <li>• Tipo de parto.</li> <li>• Patología neonatal.</li> <li>• Edad y sexo del lactante en el momento de la encuesta.</li> <li>• Biberón de leche adaptada en maternidad.</li> <li>• Tipo de lactancia al alta de maternidad.</li> <li>• Utilización del chupete desde la primera semana.</li> <li>• Edad abandono lactancia materna exclusiva.</li> <li>• Motivos abandono lactancia materna exclusiva.</li> <li>• Quién aconsejó lactancia materna parcial.</li> <li>• Edad de abandono de lactancia mixta.</li> <li>• Tipo de alimentación en el momento de la encuesta.</li> </ul>
--	---

como la de la madre se consideraron las siguientes categorías: trabajador cualificado, trabajador semi o no cualificado, parado y pensionista. El nivel socioeconómico se definió como alto cuando al menos uno de los progenitores tenía estudios universitarios y/o trabajo cualificado. Se consideró fumadora habitual cuando fumaba  $\geq 4$  cigarrillos/día, al menos cuatro días a la semana. LME cuando tomaba  $\leq 1$  biberón/día, y de forma ocasional. Entre los motivos para abandonar la LME por parte de la madre se incluían haber decidido alimentación con biberón, enfermedad crónica materna, hipogalactia, reincorporación al trabajo, fisuras/grietas dolorosas de pezón, mastitis y enfermedad aguda, y por parte del lactante falta del reflejo de succión, anomalías de cavidad bucal y enfermedad aguda o crónica.

Los datos obtenidos fueron introducidos en una base de datos Access y analizados con SPSS 10.0 para Windows. Se realizó comparación de variables cualitativas con el test  $Chi^2$ , y las variables cuantitativas con la *t* de Student, considerando significativo un valor de  $p < 0,05$ . Se realizó un análisis por regresión logística para ver la relación de las distintas variables, ajustando además por edad de la madre, considerando la asociación a partir del IC del 95%.

## Resultados

---

### Características generales

La edad media de las madres fue de  $30,20 \pm 5,20$  años. Procedían del medio rural el 40,6% (77/190). Trabajaban fuera del domicilio el 35,8% (68/190). Tenían estudios universitarios 24,8% (48/190). El 35,2% (67/190) tenía nivel socioeconómico elevado.

El 51,5% (98/190) eran primíparas. El número medio de hijos, incluido el bebé objeto de estudio, fue de 1,88. Se trataba del primer hijo en 98 casos, del segundo en 84 casos, del tercero en seis casos y del quinto en dos casos. La edad media de gestación fue de  $39,2 \pm 1,7$  semanas. Ocho (4,2%) eran pretérminos y tres (1,5%) postérminos. La edad media de los lactantes en el momento de la encuesta fue de  $25,7 \pm 13,7$  semanas. En ese momento 67 (35,2%) seguían lactancia materna y 40 (21,0%) de forma exclusiva.

Durante el embarazo y/o clases de preparación para el parto el 94,2% (179/190) habían recibido información sobre las ventajas de la lactancia materna y el 25,7% (49/190) habían recibido, como "regalo", una fórmula adaptada. Solo en un centro de salud participante las madres no habían recibido ningún "regalo", mientras que en otro lo habían

recibido todas. Antes del nacimiento el 94,7% (180/190) de las gestantes habían decidido amamantar a su hijo aunque solo el 67,3% (128/190) salieron de maternidad con LME ( $p < 0,001$ ). El 90,5% (172/190) de las madres declaraban que su bebé había recibido biberón de leche en maternidad, aunque esta proporción fue menor en una muestra aleatoria de 83 recién nacidos del año 2000, 64 (77,1%) recibieron suero glucosado y de estos 58 (69,8%) recibieron además biberón de leche, 8 (9,6%) lactancia artificial (LA) y solo 11 (13,2%) pecho exclusivamente.

### **Prevalencia y duración de lactancia materna**

La incidencia de LME al salir de maternidad fue del 67,3% (128/190), de Lmixta 22,1% (42/190) y de LA 10,5% (20/190). La proporción de LME al alta fue significativamente menor entre lactantes nacidos por cesárea, 54,8% (34/62), que entre nacidos por vía vaginal, 71,8% (92/128) ( $p = 0,03$ ), aunque no existen diferencias significativas en cuanto a la duración de LME en ambos grupos, cuya duración media fue de 2,27 y 2,29 meses respectivamente.

De las 20 madres que no iniciaron lactancia materna, 10 fue por decisión propia; una de ellas por enfermedad cróni-

ca y otras 10 por diversos motivos: siete por hipogalactia, una por enfermedad aguda, una por grietas dolorosas en pezón y otra por reincorporación al trabajo. Tres recién nacidos de las madres con hipogalactia no tenían reflejo de succión adecuado, dos de ellos por enfermedad aguda y otro por pretérmino.

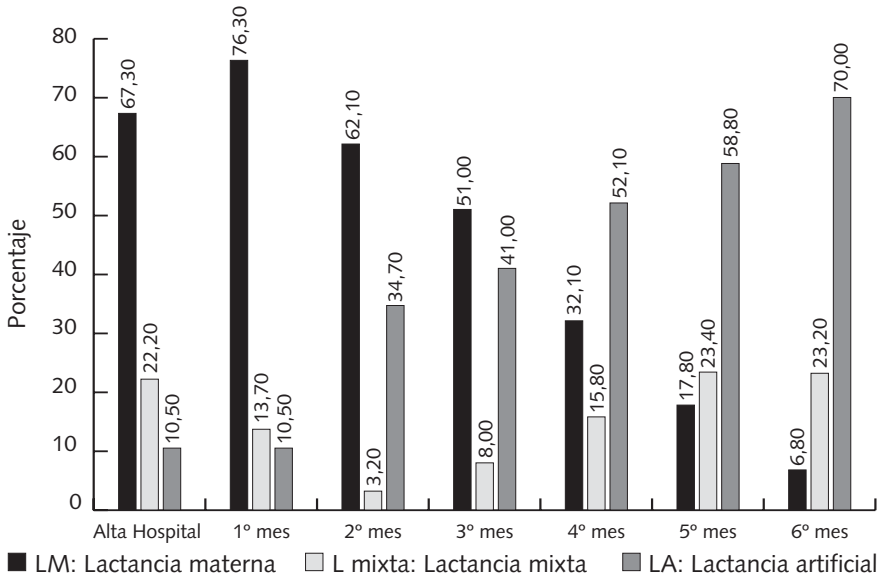
Durante el primer mes la prevalencia de LME fue de 76,3% debido a que 17 madres con Lmixta después de salir de maternidad consiguieron suprimir el biberón. En la Fig. 1 se representa la frecuencia de los distintos tipos de lactancia al inicio de cada mes, apreciándose un descenso progresivo, hasta que en el sexto mes solo el 6,8% de madres continúan LME. Solo dos madres amamantaron más de seis meses, una durante 26 y otra durante 36 meses.

### **Abandono de la lactancia materna**

La duración media de LME fue de 7,0 + 7,4 semanas y resultó significativamente menor entre hijos de fumadoras habituales ( $p = 0,002$ ), madres con nivel socioeconómico bajo ( $p = 0,003$ ) y lactantes que utilizaron chupete desde la primera semana de vida ( $p = 0,004$ ). No hubo diferencias en relación a otros factores.

El principal motivo alegado por las madres para la suspensión de LME, e

**Figura 1. Prevalencia de los distintos tipos de lactancia**



inicio de ayuda con biberón, fue la hipogalactia, 79,5% de casos (Tabla II).

En el momento del estudio 150 lactantes habían abandonado la LME. La persona que aconsejó la introducción de Lmixta fue el pediatra del centro de salud en 30,3% de casos, el pediatra privado en 4,8%, el pediatra de hospital en 27,6%, el farmacéutico en 0,7%, familiares en 10,3%, y otros en 26,2%.

En el momento de la encuesta, 103 madres han suprimido definitivamente cualquier forma de lactancia materna que había tenido una duración de  $11,1 \pm 9,3$  semanas.

### Factores relacionados con la lactancia materna exclusiva

Los resultados del análisis de regresión logística aparecen en las Tablas III, IV y V. El único factor para el que se encontró una asociación con LME en el momento del alta de maternidad fue el parto por cesárea, OR 0,48 (IC 0,25-0,93).

En la duración de LME más de 4 semanas (Tabla IV) influyeron el hábito de fumar, OR 0,26 (IC 0,10-0,64) y la cesárea OR 4,89 (IC 1,08-21,60).

En la duración de LME más de 8 semanas (Tabla V) mantiene su influencia el hábito de fumar materno, OR 0,24

**Tabla II.** Causas de abandono de lactancia materna exclusiva

<b>Causas Maternas (n = 127)</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Hipogalactia	101	79,5
Trabajo materno	8	6,2
Enfermedad materna	5	3,9
Grietas del pezón	3	2,3
Mastitis	2	1,4
Decisión materna	1	0,7
Otros motivos	7	5,5

<b>Causas del Lactante (n = 9)</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Cólico del lactante	3	33,3
Enfermedad aguda	6	66,7

**Tabla III.** Factores relacionados con la lactancia materna exclusiva al alta

<b>Factor</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>
Chupete desde 1ª semana	0,82	0,43-1,53
Hábito de fumar materno	0,54	0,26-1,09
Cesárea	0,49	0,25-0,93
Trabajo materno	1,26	0,66-2,39
Nivel socioeconómico	1,01	0,54-1,91
Estudios universitarios	0,92	0,46-1,85
Lugar de residencia	1,37	0,73-2,56
Muestra de regalo	0,54	0,27-1,07
Madre añosa (> 35 a)	0,83	0,45-1,51
Madre joven (< 25 a)	0,79	0,35-1,77
Primípara	1,18	0,64-2,16

**Tabla IV.** Factores relacionados con la lactancia materna exclusiva a las 4 semanas

<b>Factor</b>	<b>OR</b>	<b>IC 95%</b>
Chupete desde 1ª semana	0,74	0,30-1,82
Hábito de fumar materno	0,27	0,10-0,68
Cesárea	4,85	1,08-21,6
Trabajo materno	1,89	0,72-4,87
Nivel socioeconómico	0,66	0,27-1,63
Estudios universitarios	0,64	0,57-4,69
Lugar de residencia	0,95	0,41-2,21
Muestra de regalo	0,76	0,39-1,46
Madre añosa (> 35 a)	1,29	0,27-6,14
Madre joven (< 25 a)	1,3	0,48-3,67
Primípara	1,21	0,52-2,80

**Tabla V.** Factores relacionados con la lactancia materna exclusiva a las 8 semanas

Factor	OR	IC 95%
Chupete desde 1ª semana	0,52	0,24-1,2
Hábito de fumar materno	0,25	0,11-0,6
Cesárea	1,35	0,57-3,2
Trabajo materno	1,6	0,75-3,44
Nivel socioeconómico	0,62	0,29-1,34
Estudios universitarios	2,15	0,86-5,38
Lugar de residencia	1,05	0,51-2,15
Muestra de regalo	1,11	0,58-2,13
Madre añosa (> 35 a)	1,38	0,68-2,84
Madre joven (< 25 a)	3,01	1,27-7,14
Primípara	1,1	0,44-2,32

(IC 0,10-0,59) y la edad materna igual o menor de 25 años, OR 3,15 (IC 1,27-7,14).

## Discusión

El análisis de nuestro estudio demuestra que el 89,5% de nuestros lactantes inician lactancia materna de forma exclusiva el 67,3%. Esta incidencia de lactancia materna en el momento del alta de maternidad concuerda con la de estudios recientes realizados en otras áreas geográficas españolas<sup>4,6,9,10,14</sup>, y de países con mayor nivel económico<sup>15,20</sup>. No obstante la incidencia de lactancia materna al salir de maternidad en las series citadas ha oscilado entre el 42,1% y 92,0%. En esta incidencia influyen de forma decisiva la decisión materna de alimentar a su hijo al pecho, por creer que es "lo mejor para su bebé"<sup>6,11,17,21</sup>, el

alojamiento conjunto madre-hijo<sup>4,22,23</sup>, y el disponer de unas normas escritas de lactancia materna junto a motivación y entrenamiento periódico de la plantilla de enfermería y comadronas para que puedan realizar de forma óptima su cometido<sup>16,24,25</sup>. Nuestra maternidad no dispone de alojamiento conjunto madre-hijo, la mayoría de nuestros lactantes reciben biberón de suero glucosado e incluso de leche, y durante muchas horas del día, los lactantes quedan solo con cuidados de personal auxiliar de enfermería, en ocasiones no fijo, por lo que resulta difícil mantener el entrenamiento deseado.

Como en otras series un porcentaje relativamente bajo de madres que tenían previsto utilizar la lactancia materna exclusiva cambiaron a lactancia artificial en la maternidad<sup>4,9,10</sup>.



La prevalencia de LME desciende progresivamente durante los seis primeros meses de vida de forma que, para el inicio del cuarto mes poco más de un tercio continúa con LME, y de forma similar a lo que sucede con otras series de nuestro entorno para el inicio del sexto mes la proporción tanto de LME (6,8%) como de Lmixta (23,2%) resultan excesivamente bajas<sup>4,7,9</sup>. Estas cifras de prevalencia son más favorables cuando en Atención Primaria se dispone de grupos de trabajo para fomentar la lactancia materna<sup>10</sup>.

La duración media tanto de la LME (7,0 semanas), como de la Lmixta (11,1 semanas), en nuestro estudio fue similar a la encontrada en otras regiones de nuestro país<sup>4,7,8,10</sup>.

De los factores analizados en este estudio tuvieron una repercusión negativa sobre la incidencia de LME al alta, el parto por cesárea, y en la duración de la LME, la utilización del chupete desde la primera semana de vida, el nivel socioeconómico bajo y el hábito de fumar materno. De todos ellos, el que mostró una influencia más negativa fue el hábito de fumar materno. Diversos estudios demuestran que tanto la iniciación como la duración de la lactancia materna es significativamente más baja en madres fumadoras<sup>25,29,31</sup>. Se sugiere que las fuma-

doras tienen aumentada la secreción de dopamina hipotalámica que condiciona una reducción de los niveles de prolactina, hormona que estimula la producción de leche<sup>32</sup>. Además la nicotina puede interferir el reflejo de eyección láctea<sup>33</sup>.

La utilización del chupete durante la primera semana de vida se asoció con una menor duración de LME entre nuestros lactantes pero no influyó como factor aislado en la persistencia de LME a las 4 y 8 semanas. La utilización de chupetes, pezoneras o suplementos de agua, zumos o fórmula con biberón pueden causar confusión e interferir con la habilidad del lactante para succionar eficientemente el pecho. Un solo biberón es suficiente para confundir a algunos lactantes, especialmente en las primeras semanas<sup>34</sup>. Pero esta entidad ha sido cuestionada<sup>35</sup> y como método alternativo hasta que la lactancia materna está bien establecida, se ha propuesto tanto la administración de suplementos por biberón<sup>35</sup>, como la administración por vaso o cuchara<sup>36</sup>.

En el mantenimiento de la lactancia materna juegan un importante papel algunos aspectos no poco conocidos pero basados casi siempre en hechos biológicos claros. Las condiciones ambientales desfavorables, incluida la escasa información sobre lactancia materna, los in-

gresos familiares bajos y la escasa salud materna se asocian frecuentemente con aumento de síntomas maternos de ansiedad y depresión en todas las mujeres<sup>37</sup>. La ansiedad y los niveles elevados de estrés suponen una clara limitación a la lactancia materna debido, en parte, a la reducción de la liberación de oxitocina<sup>38</sup>, lo que explica porqué muchos de los consejos sobre lactancia materna se centran sobre aspectos psicológicos, ambientales y conductuales<sup>37,38</sup>.

La lactancia materna resultó más corta cuando la madre era más joven,<sup>4,39</sup> aunque esta edad materna se asoció como factor positivo de persistencia de lactancia a las 8 semanas en nuestro estudio.

El factor que más influyó en la decisión materna sobre el método de alimentación fue la creencia de que la lactancia materna era "lo mejor para el lactante", mientras que las madres que eligieron el biberón estaban influenciadas por enfermedad materna, hipogalactia, la creencia de que era más fácil e incluso por orientación médica.<sup>9,16,20</sup> La tradición familiar de lactar y el fracaso con el hijo anterior también influyeron en su duración<sup>7,8,9</sup>.

Como en otras series, el parto por cesárea fue un factor que retrasó el inicio y acortó la duración de la lactancia materna antes de que esté establecida en

etapas posteriores no reduce su duración<sup>40,41</sup>. Este retraso probablemente es debido a una disminución de niveles de oxitocina y prolactina<sup>42</sup>, y a que el contacto temprano y prolongado madre-hijo así como la succión por parte del lactante resultan más difíciles o no existen.

De los resultados de este estudio puede considerarse que:

1. La incidencia de LME fue de 76,3% durante el primer mes con una duración media de 7,0 semanas.

2. La hipogalactia fue el motivo más frecuentemente aducido por las madres para la introducción de Lmixta.

3. El nivel socioeconómico bajo, la utilización del chupete desde la primera semana y el hábito de fumar materno influyen de forma negativa sobre la lactancia materna, resultando más importante el hábito de fumar materno.

4. Este hospital no cumple los criterios para que sea considerado "amigo de los niños" de acuerdo con las recomendaciones OMS/UNICEF<sup>43</sup>. Para mejorar la situación resulta imprescindible que la Administración aumente sus esfuerzos para crear un equipo promotor de la lactancia materna con suficientes medios y personal experto, que permita el cumplimiento de los diez pasos hacia lactancia materna feliz.

## Bibliografía

1. Declaración conjunta OMS/UNICEF. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural. *La función especial de los servicios de maternidad*. Ginebra: OMS, 1989.
2. European Society for Paediatric Gastroenterology and Nutrition. Committee on Nutrition. Guidelines on infant nutrition III. *Recommendations for infant nutrition*. Acta Paediatr Scand 1982; (Suppl.) 302: 1-27.
3. American Academy of Paediatrics Committee on Nutrition. *The use of whole cow's milk in infancy*. Paediatrics 1992; 89: 1105-9.
4. Barriuso Lapresa LM, Sánchez-Valverde Visus F, Romero Ibarra C, Vitoria Cormezana JC. *Epidemiología de la lactancia materna en el centro-norte de España*. An Esp Pediatr 1999; 50: 237-243.
5. Comité de Lactancia de la Asociación Española de Pediatría. *Informe técnico sobre lactancia materna en España*. An Esp Pediatr 1999; (6) 30: 333-340.
6. Morán Rey J. *Lactancia Materna en España. Situación actual*. An Esp Pediatr 1992; 36: 45-50.
7. Riquelme Pérez M, Villegas Rodríguez V, López Morandeira P. *Estudio de los factores que influyen sobre la elección y sobre la duración de la lactancia materna*. An Esp Pediatr 1992; 36 (5): 382-386.
8. Temboursy Molina MC, Otero Puime A, Polanco Allué I, Tomas Ros M, Ruiz Álvarez F, García Torres MC. *La lactancia materna en un área metropolitana: (I) Análisis de la situación actual*. An Esp Pediatr 1992; 37 (3): 211-214.
9. Martín-Calama Valero J, Villar Villanueva A, Orive Iglesias I, Prieto Joaquin MJ, Conde Redondo F, Sánchez Villares E. *Tendencias actuales de la lactancia materna en Valladolid*. An Esp Pediatr 1985; 22: 371-377.
10. Hostalot Abás AM, Sorní Hübrecht A y cols. *Lactancia materna en el sur de Cataluña. Estudio de los factores socioculturales y sanitarios que influyen en su elección y mantenimiento*. An Esp Pediatr 2001; 54: 297-300.
11. Martín Calama J. *Lactancia materna en España hoy*. Bol Pediatr 1997; 37: 132-142.
12. Ojembarrena E, Fernández Zotes O, Gamboa A y cols. Bol S Vasco Nav Ped 1994; 87: 56-71.
13. Trías E, Maldonado R, Villalbi JR, Cid I, *Lactancia natural a Barcelona. Percepció materna i situació actual*. Bul Soc Cat Pediatr 1995; 55: 250-253.
14. Prats R, Tresserras R, Taberner JL. *Lactancia materna a Catalunya*. Salut Catalunya 1991; 5: 161-162.

15. Martens PJ, Phillips SJ, Cheang MS, Rosolowich V. *How Baby-Friendly are Manitoba hospitals? The Provincial Infant Feeding Study*. Breastfeeding Promotion Steering Committee of Manitoba. Can J Public Health. 2000; 91 (1): 51-57.
16. Donath S, Amir L. *Rates of breastfeeding in Australia by State and socio-economic status: evidence from the 1995 National Health Survey*. J Paediatric Child Health. 2000; 36: 164-168.
17. Diong S, Johnson M, Langdon R. *Breastfeeding and Chinese mothers living in Australia*. Breastfeed Rev. 2000; 8 (2): 17-23.
18. Faldella G, Di Comite A, Marchiani E, Govoni M, Salvioli GP. *Breastfeeding duration and current neonatal feeding practices in Emilia Romagna, Italy*. Acta Paediatr Suppl. 1999; 88 (430): 23-26.
19. Crost M, Kaminski M. *L'allaitement maternel a la maternité en France en 1995. Enquête nationale perinatale*. Arch Pediatr 1998; 5: 1316-26.
20. Ahluwalia IB, Tessaro I, Grummer-Strawn LM, MacGowan C, Benton-Davis S. *Georgia's breastfeeding promotion programs for low-income women*. Paediatrics 2000; 105 (6) E85.
21. Dungy CI, Losch M, Russell D. *Maternal attitudes as predictors of infant feeding decisions*. J Assoc Acad Minor Phys. 1994; 5 (4): 159-64.
22. Flores-Huerta S, Cisneros-Silva I. *Alojamiento conjunto madre-hijo y lactancia humana exclusiva*. Salud Pública Mex. 1997; 39 (2): 110-116.
23. Clements MS, Mitchell EA, Wright SP, Esmail A, Jones DR, Ford RP. *Influences on breastfeeding in southeast England*. Acta Paediatr. 1997; 86 (1): 51-56.
24. González Rodríguez CJ, Catala i Ferrer L, Trias i Folch E. *Rutinas de las maternidades de Barcelona*. An Esp Pediatr 1993; 39 (1): 15-18.
25. Piper S, Parks PL. *Predicting the duration of lactation: evidence from a national survey*. Birth 1996; 23 (1): 7-12.
26. American Academy of Pediatrics. Work Group on Breastfeeding. *Breastfeeding and the use of human milk*. Pediatrics 1997; 100 (6): 1035-1039.
27. Syler GP, Sarvela P, Welshimer K, Anderson SL. *A descriptive study of breastfeeding practices and policies in Missouri hospitals*. J Hum Lact. 1997; 13 (2): 103-107.
28. Tajada Cebrián N, Gonzalvo Davoli N, González Ramos J, Lacasa Arregui A, Berdu Cheliz E. *Lactancia materna en Huesca. Observación actualizada de sus características y de factores socioeconómicos influyentes*. An Esp Pediatr 1987; 43: 221-226.
29. Scott JA, Binns CW. *Factors associated with the initiation and duration*

of breastfeeding: a review of the literature. *Breastfeed Rev.* 1999; 7 (1): 5-16.

30. Ratner PA, Johnson JL, Bottorff JL. *Smoking relapse and early weaning among postpartum women: is there an association?* *Birth.* 1999; 26 (2): 76-82.

31. Horta BL, Victora CG, Menezes AM, Barros FC. *Environmental tobacco smoke and breastfeeding duration.* *Am J Epidemiol.* 1997; 146 (2): 128-33.

32. Jansson A, Anderson K, Bjelke B. *Effects of postnatal exposure to cigarette smoke on hypothalamic catecholamine nerve terminal systems and on neuroendocrine in the postnatal and adult male rat: evidence for long-term modulation of anterior pituitary function.* *Acta Physiol Scand* 1992; 144: 153-62.

33. Díaz Gómez M. *Manejo de los baches de hipogalactia y relactación.* I Congreso Español de Lactancia Materna. Libro de Ponencias. P 1. Valencia; 3-5 febrero, 2000.

34. La Leche League International. *The womanly art of breast-feeding, 35th anniversary.* Ed Franklin Park, Ill: La Leche League International, 1991: 253.

35. Fisher Ch. *Nipple confusion-who is confused?* *J Pediatr* 1996; 129 (1): 174-5.

36. Neifert M, Lawrence R, Seacat J. *Nipple confusion: toward a formal definition.* *J Pediatr* 1995; 126: S125-9.

37. Galler JR, Harrison RH, Biggs MA, Ramsey F, Forde V. *Maternal moods predict breastfeeding in Barbados.* *J Dev Behav Pediatr.* 1999; 20 (2): 80-87.

38. Ueda T, Yokoyama Y, Irahara M, Aono T. *Influence of psychological stress on suckling-induced pulsatile oxytocin release.* *Obstet Gynecol.* 1994; 84 (2): 259-62.

39. Avery M, Duckett L, Dodgson J, Savik K, Henly SJ. *Factors associated with very early weaning among primiparas intending to breastfeed.* *Matern Child Health J.* 1998; 2 (3): 167-79.

40. Pérez-Escamilla R, Maulen-Radvan I, Dewey KG. *The association between cesarean delivery and breast-feeding outcomes among Mexican women.* *Am J Public Health.* 1996; 86 (6): 832-36.

41. Chapman DJ, Pérez-Escamilla R. *Identification of risk factors for delayed onset of lactation.* *J Am Diet Assoc.* 1999; 99 (4): 450-54 6.

42. Nissen E, Gustavsson P, Widstrom A M, Uvnas Moberg K. *Oxytocin, prolactin, milk production and their relationship with personality traits in women after vaginal delivery or caesarean section.* *J Psychosom Obstet Gynecol* 1998; 19 (1): 49-58.

43. Lactancia materna. Iniciativa Hospital Amigo de los Niños. En IHAN-UNICEF. Documento 2. p. 5-6. Barcelona, 2000.