

CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A LAS PRÁCTICAS DE LACTANCIA EN MADRES ASISTENTES A TRES instituciones de salud de Pereira * 2004

Liliana Patricia Muñoz S. *
 José William Martínez. **
 Alba Rocío Quintero T. ***
 Gloria Inés Lasso A. ****
 Gloria Amparo Medina P. *****

Resumen

Durante el primer semestre de 2005 se realizó con recursos de la Secretaría Departamental de Salud de Risaralda, una investigación sobre características asociadas a las prácticas de lactancia materna de madres de niños menores de 2 años que asisten a los servicios de salud de la IPS Comfamiliar Centro y las Empresas Sociales del Estado Kennedy y Cuba del municipio de Pereira.

Materiales y métodos

Se diseñó un estudio de casos y controles; para un tamaño de muestra de 55 casos y 106 controles (53 domiciliarios y 53 institucionales). La base de datos fue digitada en Epiinfo y a través de Stat transfer se procesó en SPSS, donde se realizó el análisis bivariado y multivariado y de todas las exposiciones con relación al desenlace lactancia materna.

Resultados

El programa de Crecimiento y Desarrollo, espacio donde los organismos de salud llevan a cabo intervenciones para estimular la salud del niño, aparece asociado a la lactancia materna y se comporta como factor protector; igualmente el trabajar en casa, tener apoyo de la familia, una percepción favorable de los beneficios de la lactancia para la madre y la no hospitalización del niño, fueron características que permitieron la lactancia por parte de las madres.

Se recomendó evaluar los procesos de hospitalización para que no sean una barrera hacia la lactancia; ser más explícitos en los programas de promoción de la salud en cuanto a los beneficios que trae ésta para las madres y fortalecer las redes sociales que acojan a las madres que no reciben apoyo que trabajan fuera de la casa.

Palabras Clave: Lactancia materna y promoción de la salud, evaluación de servicios de salud y lactancia materna, crecimiento y desarrollo y lactancia materna.

* Proyección Social de la Fundación Universitaria del Área Andina
 ** Centro de Investigaciones de la Fundación Universitaria del Área Andina, Universidad Tecnológica de Pereira. Facultad de Ciencias de la Salud.
 *** Programa de Enfermería de la Fundación Universitaria del Área Andina
 **** Programa de Enfermería de la Fundación Universitaria del Área Andina
 ***** Programa de Enfermería de la Fundación Universitaria del Área Andina

Introducción

En Colombia la encuesta nacional de demografía y salud (PROFAMILIA 2000) reporta los siguientes índices de desnutrición en la población: desnutrición crónica 15%, aguda-leve 11.5%, moderada-severa 3.5% y global 8.4%¹. Un estudio realizado en 1.345 niños menores de 10 años, durante el año 2001 en los municipios de Pereira y Dosquebradas, publica los siguientes índices de desnutrición en la población: crónica 41.1%, aguda 25.5% y global 38.%².

La lactancia materna exclusiva durante los primeros 4 a 6 meses le brinda al niño el alimento necesario para su normal crecimiento, pero a pesar de los beneficios, en algunas regiones del país la prevalencia de la lactancia materna (L. M.) continúa siendo baja³.

La leche humana proporciona componentes inmunológicos y antibacterianos; la Inmunoglobulina A secretoria, inhibe la adherencia y proliferación bacteriana en las superficies epiteliales y es importante para controlar el ambiente microbiano del aparato digestivo y respiratorio⁴; la absorción de hierro es facilitada por la lactoferrina; los niños prematuros alimentados a base de L.M., presentan un aumento más rápido en peso, talla y perímetro cefálico, y es la mujer fuente de nutrición para los niños a término durante los primeros meses de vida^{5,6}, debido a la composición bioquímica y sobre todo a sus componentes inmunoquímicos y celulares. El valor de la L. M. para los niños pretermino proviene de sus componentes nutricionales e inmunológicos que confieren protección contra las infecciones y contra la enterocolitis necrotizante^{7,8,9,10,11}.

En Latinoamérica y en Colombia se trabaja en programas para incentivar la lactancia materna exclusiva hasta los 4 meses, con apoyo de instituciones como la Organización Mundial de la Salud y la UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), a través de las propuestas: *Diez Pasos Hacia una Feliz Lactancia Natural*, *Hospitales Amigos de los Niños* y *la estrategia AIEPI*, que recomiendan a la madre sobre la alimentación del niño¹².

Un principio fundamental para la lactancia materna exitosa es que los servicios de salud estimulen el desarrollo de esta práctica en forma adecuada en las madres. Con el fin de conocer las características de la lactancia materna se plantea el presente estudio de casos y controles.

Los resultados muestran que algunas estrategias desarrolladas aún no son identificadas por las madres; además persisten limitados conocimientos sobre los beneficios nutricionales, inmunológicos y sociales, para los niños lactados.

Materiales y métodos

Tipo de estudio: se realizó un estudio de casos y controles, para evaluar las características asociadas a la prácticas de lactancia materna y la exposición a servicios de salud.

Caso: todo niño menor de 2 años que no recibe lactancia materna al momento de la captación o cuya práctica de lactancia es inadecuada.

Se consideró la *práctica de lactancia inadecuada* cuando a pesar de estar presente la ablactación se inicia antes de los 6

meses o cuando el niño esté recibiendo leches maternizadas, enteras, de vaca o de soya, antes del año de edad.

Control Institucional: todo niño menor de 2 años con una diferencia de 2 meses de edad con respecto al caso y con similar sexo y estrato, asistente a las instituciones de salud, que al momento de la evaluación estuviera recibiendo lactancia materna o la había recibido, mínimo hasta el año de edad.

Control comunitario: Todo niño menor de dos años con una diferencia de 2 meses de edad con respecto al caso y con similar sexo y estrato, vecino del caso, que al momento de la evaluación estuviera recibiendo lactancia materna o haya recibido lactancia materna, mínimo hasta el primer año de edad.

Población y muestra

Población: niños menores de 2 años que acuden a las Empresas Sociales del Estado, Hospitales Kennedy y Cuba y a la IPS Comfamiliar del centro.

Muestra: Para el cálculo del tamaño de la muestra se partió del porcentaje de exposición a la lactancia en los controles: 21% (tomado de la encuesta nacional de Demografía y Salud, 2000). Se calculó la muestra en el programa Epi-itable de Epiinfo 6.0. Confianza: 90. OR mínimo a detectar: 2.5 que es el Odds ratio atribuible a servicios de salud. Casos: 53 niños, Controles: 53 niños. Se toman dos controles por caso para aumentar el poder del estudio.

Técnicas de selección de las unidades muestrales

A cada madre se le informó acerca de los objetivos del estudio y se le invitó a participar, previa firma del consentimiento informado.

Con la definición de caso y control se realizó una entrevista a todas las madres que consultaban a la institución de salud; se identificaron los niños caso y control y luego se les realizó la entrevista. Los controles comunitarios fueron vecinos del caso; las madres de los niños caso suministraban información de posibles controles. Las enfermeras realizaron la visita domiciliaria, y al aplicar la definición clasificaron al niño como control comunitario. Cuando se encontró más de un control comunitario, la selección se hizo aleatoria.

A pesar que no era un objetivo del estudio, se consideró pertinente por parte de los autores que al finalizar la entrevista se realizara una intervención de las enfermeras, quienes motivaron para continuar las prácticas adecuadas en lactancia y explicaron los riesgos para el bebé cuando estas prácticas, según los resultados de la entrevista, eran inadecuadas.

Instrumentos de recolección de información: el instrumento diseñado (entrevista con preguntas abiertas y cerradas), según los objetivos del estudio, fue evaluado por expertos y luego estandarizado mediante la prueba piloto. La recolección de información se realizó por las profesionales de enfermería del grupo de investigación, quienes suministraron información a las madres sobre el cuidado de los niños.

Procesamiento de la información: la información recolectada fue sistematizada en una base de datos creada en EPIINFO, enviada a través Stat transfer a un archivo .sav para ser leído en SPSS y allí se procedió a realizar el análisis de todas las exposiciones con relación al desenlace lactancia materna.

Control de sesgos: *Sesgo de clasificación:* se controló con la definición de control, ya que éste tenía lactancia adecuada por 12 meses o más, y los casos lactaron en forma inadecuada.

Sesgo de información: se minimizó este sesgo al evocar los recuerdos de las exposiciones pasadas.

Sesgo de selección: este sesgo fue reducido en la medida que los casos y controles tuvieron las mismas condiciones de tipo social.

Resultados

Las características asociadas a las prácticas adecuadas de lactancia materna se evaluaron a través del presente estudio. Se incluyó en la evaluación la exposición a la estrategia AIEPI en tres instituciones de Pereira.

Se evaluaron características socioculturales y económicas asociadas a la lactancia en población asistente a tres instituciones de salud de la ciudad de Pereira.

Características socioeconómicas

No existen diferencias significativas con casos y controles y las siguientes variables: en el estrato social (Valor de p 0,9321); en el estado civil (Valor de p 0,277); en el número de hijos (Valor de p 0,29); en la edad de las madres (Valor de p 0,20); en la escolaridad (Valor de p 0,824); en la edad de los hijos (Valor de p 0,56). Por ello se concluyó que no se presentan sesgos de selección, ya que las variables sociales expresan que casos y controles proceden de la misma condición socioeconómica y demográfica.

La evaluación del número de integrantes por familia fue similar (5.3 para los casos y de 5.1 para controles), incluyendo a los niños del estudio y sus madres. La red de apoyo social es similar en ambos grupos de población, donde es deficiente y recae en gran parte de las madres la responsabilidad económica y de crianza, puesto que en ambos grupos, el 40% de las padres está ausente. La presencia de la abuela materna en el núcleo familiar, no se halló como factor protector para la lactancia materna.

La OMS en el documento *Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural*, sustenta la importancia de “hacer demostraciones prácticas” de lactancia, discutir con la gestante, la madre lactante, sus amigas y su familia acerca de los mitos y temores, más que los beneficios de ésta, ya que se ha observado que la familia y específicamente el esposo contribuye positiva o negativamente en la medida que aborde estos aspectos, lo cual concuerda con los resultados en esta población, donde no percibir apoyo por parte de la familia se halló como factor de riesgo para la no lactancia (IC 1.91, 12.58).

Es de resaltar que el trabajo en casa se encontró como factor protector para lactar (I.C. 0.11, 0.5), lo cual expresa que las condiciones favorables del ambiente doméstico influyen para la lactancia.

Prácticas de lactancia independiente de la escolaridad materna

La encuesta nacional de demografía y salud en su publicación de 2000, afirma que a mayor escolaridad menor duración de la lactancia exclusiva y total. En el presente estudio el nivel de escolaridad no se relacionó con esta práctica, lo cual permite afirmar que la

estimulación hacia la lactancia que han realizado estas instituciones ha permeado tanto a mujeres de baja como mediana escolaridad, puesto que el nivel de escolaridad máximo encontrado fue 11. (Tabla 1)

Trabajar en la casa; asistir al programa de crecimiento y desarrollo y no tener el niño antecedente de hospitalización, fueron variables que se comportaron como características protectoras y esti-

mulantes de la lactancia materna. .

Los factores de riesgo encontrados fueron: no asistir a control prenatal, no iniciar la lactancia materna en el momento del parto, no recibir información de lactancia materna por parte de la enfermera, no percibir por parte de la madre que la lactancia le proporciona beneficios, ni apoyo de la familia.

Frente a cada una de estas variables se presenta a continuación un análisis que permita tener una explicación lógica

para la toma adecuada de decisiones.

Tabla No. 1 . Distribución de los casos y controles respecto a covariables de interés y significación de la asociación.

VARIABLE INDEPENDIENTE	Casos 55	Controles 106	% Caso	OR	INTÉRVALOS de confianza
Trabaja en la casa Si	36	93	65	0.24	(0.11, 0.52)
Asistir al programa de crecimiento y desarrollo Si	9	33	16.4	0.43	(0.19, 0.92)
Asiste a Control prenatal No	3	1	5.5	5.9	(80.5, 314.8)
Inicio lactancia al momento del parto No	9	5	17.6	4.3	(1.42, 13.8)
Percibir en la lactancia materna beneficios para la madre. No	35	48	63.6	2.0	(3.8, 1.1)
Antecedentes de hospitalización Sin antecedentes	32	92	58.2	0.2	(0.1, 0.46)
Apoyo de la familia No percibe apoyo	13	11	23.6	3.9	(1.9, 12.6)
Recibir información de lactancia materna por enfermera No	32	45	58.2	1.9	(1.03, 3.5)

Efecto del trabajo en la función social de lactar

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) en 1919 definió el “Convenio de Protección de la Maternidad”, para proteger las necesidades de crianza y lactancia de los trabajadores y para garantizarles condiciones de trabajo adecuadas y seguras al fundarse la OIT, documento revisado en 1952 y 1999, que garantiza 12 semanas mínimas de permiso pagado por maternidad y una hora menos de trabajo diaria¹³.

El interés por lactar de las madres se hizo evidente, cuando se evaluó si el trabajo fuera de casa interfirió para la lactancia en la noche, no encontrándose diferencias (valor de p 0.72) ya que la practicaron tanto las madres que trabajan dentro y como fuera de ella.

Lactar enferma a la madre. Lactar no permite estudiar ni trabajar

Haber tenido interferencias que dificultaran la lactancia materna se halló como factor riesgo que impide la lactancia, (OR 7,5; 0.6-396) pero su intervalo de confianza es muy amplio, lo cual puede indicar que haya una variable de confusión, haciéndose necesario un ajuste. El 31% de las madres de los casos considera que la lactancia materna tiene dificultades tanto para el niño como para la madre, impidiéndole trabajar o generándoles dolor en los senos, mastitis, lesión de los pezones o adelgazando a la madre.

El principal beneficios de la lactancia materna es económico

Alrededor del consumo de leches artificiales con biberón hay todo un mercado de productos no reciclables como

latas para el envase, cauchos, silicio para la producción de biberones y tetinas, además el procesamiento de agua, que en sectores de población donde la fuente energética para hervirla es la leña, la deforestación es mayor, calculándose que se necesitan 73 kilos de leña al año para esterilizar el agua y los biberones necesarios para alimentar a un niño con fórmulas¹⁴.

Como beneficio directo está la disminución en los gastos requeridos para la obtención de fuentes de leche, diferentes a la materna, y el ahorro en gastos para atención en salud de los niños, ya que se enferman menos. Actualmente en Colombia alimentar a un niño durante un año con leches artificiales impone un gasto entre \$800 y 950 mil, lo cual lleva muchas veces a las familias al reemplazo por leches enteras que exponen al niño a lesiones renales por la sobrecarga renal de sodio y de solutos, pues la concentración de sodio en la leche entera es 3 veces mayor que la^{15,16} leche materna, que tiene 7 mEq/L.

En el actual estudio se halló que el 34.5% de los casos y 54.7% de las madres de los controles, considera que el principal beneficio que trae lactar es el económico; las diferencias no fueron significativas (valor de p 0.53).

¿En qué me beneficia lactar? o el sacrificio de lactar

Múltiples estudios a nivel mundial han probado la relación existente entre la duración de la lactancia materna y el menor riesgo de sangrado uterino post parto, de obesidad por la pérdida de tejido graso adquirido en la gestación, de cáncer de seno y ovario y, una vez establecida y mientras perdura, se produce amenorrea gestacional, pero al parecer no son muy conocidas estas

ventajas popularmente. Podría decirse que el énfasis educativo mayor se da o se capta por la población hacia los beneficios en los niños, lo cual se considera por el sector salud como suficiente motivador para la madre.^{17,18,19,20.}

Las demás madres, en ambos grupos: 58.2 % casos y 40.6 % controles, ante la pregunta de los beneficios para ellas, dieron respuestas relacionadas con beneficios para el niño, es decir no ubican beneficios para ellas, lo cual se halló como factor de riesgo para no lactar (IC 1.1, 3.7).

“No lacto porque no me baja...”
Desconocimiento de la fisiología

Sobre el por qué las madres de los casos suspendieron la lactancia materna, se observa que el 24% no tiene una reflexión acerca de las razones, sencillamente refieren que ya no lactan porque “...se le secó”, “... no le bajó mas”, lo que hace pensar que no tienen información suficiente acerca de la fisiología de la lactancia materna, la que a partir del primer mes de vida del bebé, se adecua a las necesidades del niño, produciéndose sólo cuando éste estimula, independiente de la cantidad de leche que se encuentre de reserva en los senos.

El niño define la lactancia... “El niño la rechazó... No quiere... No recibe”

Para el 16% de las madres de los casos el niño define la lactancia, ya que algunos niños “...la rechaza...”, o “... no quiere” o “no recibía”, las madres con estos conceptos evidencian también desconocimiento de la fisiología de la lactancia y del papel de la condición emocional y social de la madre en la producción de leche materna, lo que igualmente es percibido por el niño, ya que si

la madre no produce adecuada cantidad de leche, él termina estimulándola más o rechazando el seno materno. Esta relación no fue referida por las madres.

Lactar mejora el apego

El 7.3% de las madres de los casos y el 9.4% de las madres de los controles, refirió que el beneficio que les trae a ellas es mejorar el apego de sus hijos; este concepto se encuentra a veces como el único beneficio referido por ambos grupos de madres.

La edad determina la culminación de la lactancia. No la condición inmunológica o nutricional.

Luego de los 15 meses de edad del hijo, algunas madres de los controles refirieron que por su edad le habían retirado la lactancia “... estaba muy grande”, es importante recordar que la estrategia AIEPI recomienda lactancia materna exclusiva hasta el 4º a 6º mes de vida, con dieta complementaria a partir de esta edad y acompañada de leches enteras a partir de los 12 meses de edad. Sin embargo esta opinión rescatada de algunas madres es usualmente muy referida por ellas en la consulta médica, desconociendo con ello la función inmunológica que continúa cumpliendo la leche materna en la población mayor de 1 año, población que está expuesta a infecciones respiratorias y a enfermedad diarreica aguda por diferentes condiciones (anemia ferropénica, inadecuados hábitos higiénicos y alimentarios incluido el uso de biberones no esterilizados).

Lactar previene enfermedades en los niños

Al explorar el concepto en las madres de ambos grupos acerca de los benefi-

cios para el niño, expresan la ayuda para mantener al niño sano.

Reconocimiento al papel histórico del Programa de crecimiento y desarrollo en el estímulo a la lactancia

Al evaluar el efecto en la práctica de la asistencia al programa AIEPI, se observa que sólo el 24.8% de las madres evaluadas afirma haber asistido al mismo.

La proporción de madres de casos y controles que asisten es similar (27.3% y 23.6% respectivamente).

La asistencia al programa de vacunación no mostró relación con la práctica de lactancia, aunque sí se halló relación con la asistencia al programa de crecimiento y desarrollo, lo cual confirma que el programa desarrolla el objetivo de estímulo a la lactancia. El programa AIEPI se ha implementado hace tan

sólo 3 años, y como se observa es poco conocido por las madres de menores de 2 años de estas instituciones.

Problemas para lactar después del parto

Sólo el 2.9% de las madres de los controles no lactó al momento del parto por hemorragias, por tener pezones pequeños o estar alejadas del bebé, lo cual obliga a que los niños sean alimentados por las enfermeras con leches de fórmula.

En contraste 10.9% de las madres de los casos no inició lactancia materna al momento del parto; 3.6% refirió como causa la cesárea; otro 3.6% refirió que fue el inicio de leches maternizada en las instituciones donde nació el bebé, e igual porcentaje afirmó que fue decisión de las madres iniciar otras leches o no lactarlos.

Tabla No. 2. Resultados de la regresión logística donde se ajusta la exposición al programa de crecimiento-desarrollo y el evento lactancia materna

	B	S.E.	WALD	DF	SIG.	EXP(B)	95,0% C.I.FOR LOWER	EXP(B) UPPER
Trabaja en la casa	-1,755	,501	12,250	1	,000	,173	,065	,462
Asiste al Programa de Crecimiento y Desarrollo	-1,437	,517	7,717	1	,005	,238	,086	,655
El niño no tiene antecedentes de hospitalización	-1,536	,458	11,273	1	,001	,215	,088	,528
La madre no percibe apoyo familiar	1,306	,543	5,785	1	,016	3,693	1,274	10,708
La madre percibe que le trae beneficios	-1,226	,417	8,655	1	,003	,294	,130	,664
Constant-	2,110	,677	9,711	1	,002	8,251		

Trabajar en la casa, asistir al programa de crecimiento y desarrollo, percibir beneficios de la lactancia para la madre y recibir apoyo de la familia, se hallaron como variables que protegen la lactancia materna, y aparece la hospitalización como factor de riesgo para la misma. En este modelo explicativo de la lactancia materna la diferencia entre el

OR crudo (0,43) y el ajustado (0,23) es de 46%, por lo tanto existían variables de confusión que ‘disminuían’ el efecto protector hacia la lactancia materna. Al ajustar las variables del anterior modelo de regresión logística, la protección estimada hacia la lactancia materna se incrementa de un 57% a un 77% por el programa de crecimiento y desarrollo.

CONCLUSIONES

- Crecimiento y Desarrollo es el espacio donde los organismos de salud llevan a cabo intervenciones para estimular la salud del niño; la asistencia de la madre y los niños al programa aparece asociado a la lactancia materna y se comporta como factor protector. Esta característica en el modelo de regresión logística aparece ajustada por características sociales de la madre como que trabaje en casa y reciba apoyo de la familia.
- Existe importante proporción de madres con conocimientos adecuados sobre los beneficios inmunológicos de la lactancia para los niños, sin embargo los conocimientos sobre los mecanismos de producción, duración y beneficios nutricionales para los niños no fueron adecuados.
- Los servicios de salud de hospitalización fueron identificados como barreras para lactar.
- Los programas de promoción de la salud han enfatizado en los beneficios de la lactancia para la población infantil y no han tenido en cuenta el apoyo a las madres para que se sientan tranquilas, cómodas, estimuladas y seguras en el momento de lactar.
- La desnutrición materna secundaria a la lactancia fue una de las dificultades referidas por algunas madres, que aunque no fue causa de destete precoz de los hijos, es algo que debe atenderse por las repercusiones en la salud materna e infantil, en caso de un nuevo embarazo.
- La inasistencia al programa de control prenatal y la actividad laboral fuera de casa, se encontraron como barrera para la lactancia materna.

RECOMENDACIONES

- Debe garantizarse mediante trabajo intersectorial a las madres que trabajan fuera de casa, se les respeten los derechos definidos por la Organización Internacional de Trabajo, frente a la lactancia materna²¹.
- Es necesario que las redes sociales estimulen y acojan a las madres lactantes que no reciban apoyo familiar adecuado (para la lactancia) y a las madres con desnutrición o riesgo para éste, lo cual contribuye a la dis-

minución de barreras para la lactancia y al bienestar materno infantil.

- Los programas de promoción de la salud deben ser explícitos en los beneficios que trae la lactancia materna a las madres, familias y sociedad en general, e implementar visitas u otras estrategias de apoyo domiciliario para apoyar a las madres durante la lactancia.
- Replantear los mensajes a las madres y sus familias acerca de los mecanismos fisiología de la producción de la leche materna, su duración, ventajas inmunológicas y nutricionales.
- Los servicios de salud hospitalario deben realizar esfuerzos para que la estancia y egreso de los niños que reciben sus efectos diagnósticos y terapéuticos, no sean una barrera para que la lactancia continúe o se estimule.
- Se ha definido una ruta para que la lactancia pueda llevarse a cabo

a través de los 10 pasos para una feliz lactancia natural; ruta que debe ser más conocida e implementada.

- Las instituciones de Educación Superior y los programas de enfermería deben integrar e intensificar las acciones de promoción y prevención, brindar información y educación a las familias y gestantes con programas de comunicación en salud pertinentes a las políticas nacionales, departamentales y municipales.
- Se deben evaluar las competencias adquiridas durante el pregrado sobre las actividades y estrategias educativas y su impacto en la comunidad.

Agradecimientos

Los autores quieren expresar sus agradecimientos a la Secretaría de Salud de Risaralda por su apoyo financiero.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ojeda, G., Ordoñez, M.; Sánchez, M., (2000) *Salud sexual y reproductiva en Colombia*. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Editado por Profamilia, Bogotá.
2. Universidad Tecnológica de Pereira, Instituto Municipal de Salud de Pereira, Alcaldía de Pereira y Área Metropolitana del Centro Occidente. *Situación Nutricional y factores determinantes en menores de 18 años y madres gestantes de los municipios de Pereira y Dosquebradas*. 2001
3. Ojeda, G., Ordoñez, M., Sánchez, M., op cit ant
4. Osorio, J. *Hacia una lactancia feliz*. Gente Nueva. Bogotá: 1992.
5. Cameron M. HofBander. (1990) *Manual de alimentación de infantes y niños pequeños*. México: Editorial Pax.
6. Rey Sanabria E. Martínez. *Manejo racional del niño prematuro*. Bogotá: 1983.
7. Estrategia IAFI. *División de salud y desarrollo del niño*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra 1998.
8. Organización Mundial de Salud. *División de salud y desarrollo del niño Pruebas científicas de los diez pasos hacia una Feliz Lactancia Natural*. Ginebra. 1998

9. Rojas Montenegro, C. *La alimentación infantil capítulo 6*. en *El Pediatra Eficiente* de Plata Rueda, Ernesto y Leal Quevedo, F. 6ª Edición. Editorial Médica Panamericana Internacional Ltda. Colombia. 2002. p 156 - 181.
10. Organización Panamericana de la Salud, proyecto LINKAGES, Agencia de Estados Unidos de América para el desarrollo Internacional (USAID). *Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia*. Washington, D. C. 2002.
11. Arango Córdoba, A. *Lactancia natural*. En el niño sano de Posada, Gómez, Ramírez. 3ª edición. Colombia. Editorial Médica panamericana. P 291 a 299.
12. Organización Mundial de Salud. Division de Salud y Desarrollo del Niño *Pruebas Científicas de los diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural*, Op. cit.
13. Organización Internacional del Trabajo el “*Convenio de Protección de la Maternidad*”, Ginebra. 1999
14. Organización Mundial de Salud. Division de Salud y Desarrollo del Niño *Pruebas Científicas de los diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural*. Op. cit.
15. Rojas Montenegro, C. *La alimentación infantil capítulo 6*. en *El Pediatra Eficiente*. Op. cit.
16. Ibid
17. Ibid
18. Ibid
19. Arango Córdoba, A. *Lactancia natural*. En el niño sano, Op, cit
20. Organización Mundial de Salud. Division de Salud y Desarrollo del Niño *Pruebas Científicas de los diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural*. Op. cit.
21. Organización Panamericana de La Salud, proyecto LInkages, Agencia de Estados Unidos de América para el desarrollo Internacional (USAID). *Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia*. Washington, D. C. 2002.