

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL TIPO DE LACTANCIA DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA

Orlando Díaz Tabares,¹ Marta Luisa Soler Quintana,² Ana Olivia Ramos Rodríguez³ y Loreyle González Masón⁴

RESUMEN: Se realizó un estudio descriptivo con 101 niños nacidos en 1998, para determinar la relación de algunas variables epidemiológicas, con el tipo de lactancia que reciben hasta el año de edad en el área de salud de San Cristóbal. Las variables se precisaron entrevistando a las madres cuando cumplieron el año de parida. Se comprobó que la práctica de la lactancia materna exclusiva y complementada es baja. Las desviaciones en el estado nutricional estuvieron relacionadas con el abandono de la lactancia materna de manera significativa. La infección respiratoria alta aguda (IRAA) fue la entidad más padecida por los lactantes, presentándose incluso cuando el niño recibía lactancia materna exclusiva. La hipogalactia o la agalactia fue el motivo predominante para destetar. El 32,6 % de las madres dijo no haber sido informada sobre el tema, y entre las que sí lo fueron, refirieron al consultorio como el lugar de mayor participación.

DeCS: LACTANCIA MATERNA; RECIEN NACIDO/crecimiento & desarrollo; ALIMENTACION; LECHE HUMANA; ATENCION PRIMARIA DE SALUD; DESTETE.

Un principio fundamental para la buena salud del lactante, es que reciba una alimentación adecuada. Según *Pacheco CR* y otros se entiende como tal a la que cubre los elevados requerimientos energéticos que el crecimiento exige, y el complejo funcionamiento que el desarrollo le imprime. Lo más idóneo para la especie humana es la leche materna, como para todo mamífero es la de su propia especie.¹

La lactancia materna en un proceso único que proporciona la alimentación ideal y contribuye al crecimiento y desarrollo saludable, reduce la incidencia y gravedad de enfermedades infecciosas, disminuye la morbilidad y mortalidad infantil, le confiere al niño mayor resistencia a las infecciones y rara vez causa problemas alérgicos. Igualmente, la madre corre menor riesgo de osteoporosis y de cáncer de mama y ovarios,

¹ Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente de la Facultad de Ciencias Médicas de Pinar del Río "Dr. Ernesto Guevara de la Serna".

² Especialista de I Grado en Medicina Interna. Profesora Asistente de la Facultad de Ciencias Médicas de Pinar del Río "Dr. Ernesto Guevara de la Serna".

³ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesora Instructora de la Facultad de Ciencias Médicas de Pinar del Río "Ernesto Guevara de la Serna".

⁴ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico Docente de San Cristóbal.

ambos obtienen gratificación emocional y establecen mejor relación madre-hijo, además es más higiénica y proporciona beneficios sociales y económicos a la familia y la nación.²

La promoción de la lactancia materna o natural es una estrategia básica para el control de la morbilidad y mortalidad infantil. Basándose en estudios realizados se afirma que anualmente la prolongación del período de lactancia del seno materno podría salvar la vida a 1 millón de niños menores de 1 año en los países en desarrollo,³ y los beneficios aumentan cuando el lactante es alimentado exclusivamente de forma natural durante los primeros 6 meses de vida y posteriormente se sigue, con un período prolongado de amamantamiento, combinado con una alimentación complementaria.⁴

Algunos autores consideran que a partir de la segunda mitad del siglo xx ha existido una pérdida paulatina del hábito de lactancia natural en los países industrializados, y lo que es peor aún, también en los países subdesarrollados, debido sobre todo a la gran diversidad de tipos de leche y de sus derivados industriales, así como su amplia comercialización, conjuntamente con factores socioculturales. Todo esto ha motivado una campaña a nivel mundial para la recuperación de la lactancia materna.

Fundamentalmente en países subdesarrollados se ha comprobado la estrecha relación que hay entre la presencia de enfermedades infecciosas y desnutrición en los niños, con la no realización de esta importante práctica, a un grado tal, que se han señalado para Latinoamérica más de 500 000 muertes anuales por diarreas en menores de 5 años, resultantes de infecciones intestinales, y el riesgo de morir en esta región con la alimentación artificial es 14 veces mayor.⁶

Por tales motivos, nos propusimos realizar esta investigación con el objetivo de

determinar el comportamiento de algunas variables epidemiológicas relacionadas con el tipo de lactancia durante el primer año de vida, tales como incidencia y prevalencia, valoración nutricional al año de edad según edad de inicio de la lactancia artificial, enfermedades padecidas por los niños según tipos de lactancia, justificación para interrumpir la lactancia materna exclusiva, y origen de la información sobre el tema relacionado con el tiempo de amamantamiento.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo para determinar el comportamiento de la lactancia materna y su relación con algunas variables epidemiológicas en el área que comprenden 2 Consejos Populares del municipio San Cristóbal, y que es atendida por Médicos de Familia. La muestra estuvo constituida por 101 niños nacidos durante el año 1998 y sus respectivas madres, que vivían en esta demarcación. Los elementos de la muestra fueron extraídos del total de nacimientos ocurridos durante este año pertenecientes a esa localidad, que alcanzó la cifra de 180 infantes, dato que se obtuvo del departamento de estadísticas del Sectorial Municipal de Salud en San Cristóbal. La muestra fue calculada con un nivel de confiabilidad del 95 %, y una varianza en la población del 80 %, a partir de un muestreo piloto donde se exploró la variable *causa del destete* por considerar esta la más importante entre todas, la cual se dicotomizó en: por hipogalactia y por otra causa. El muestreo fue al azar.

Se diseñó un modelo para la recogida de información que fue llenado mediante visitas al hogar de las madres ubicadas en la muestra, cuando estas cumplieron el año de parida. Se les aplicó una entrevista

estructurada y además para el completamiento de la información, se revisaron las historias de salud individual de los niños. Todos los datos fueron registrados en una sábana, de forma tal, que permitió posteriormente el análisis de las variables. Se confeccionaron tablas de contingencia para aplicar la prueba estadística de Chi cuadrado utilizando el sistema MICROSTAT, con un nivel de significación asociado a una probabilidad menor que 0,05; en otros casos se utilizó la distribución de frecuencia como método estadístico descriptivo.

Resultados

En la tabla 1 se muestra la incidencia y prevalencia de la LME, la casi exclusiva, la mixta y la artificial, durante los primeros 12 meses de vida. Se puede apreciar que la incidencia de la exclusiva se presentó en 97 de los 101 niños estudiados (el 96 %) para ir decreciendo paulatinamente, existiendo sólo en 38 niños (37,6 %) al cuarto mes y 1 al sexto mes de vida (0,9 %) que la mantuvo hasta el séptimo. Sólo 38 niños arribaron al cuarto mes de vida con LME, lo que representa un 37,62 % del total. La lactancia materna casi exclusiva comenzó desde el nacimiento en 1 niño (0,9 %), su práctica mayor fue al primer y cuarto mes de vida con 3 niños en cada uno, habiendo sido en 2 bebés en el segundo y tercer mes, y sólo 1 en

el quinto y otro en el sexto mes, desapareciendo después. La lactancia mixta se presentó al nacimiento en 3 niños que representó un 2,9 % y fue en ascenso, para en el cuarto mes prevalecer en 19 niños (18,8 %) y al sexto en 42 (41,5 %). Llegaron al año de vida con lactancia mixta 24 niños. La lactancia artificial comenzó al mes de edad con 1 niño, y al cuarto mes ya eran 41 (40,5 %); al sexto mes prevaleció en 57 niños (56,4 %), para ir aumentando hasta el año de edad, donde alcanzó un 76,2 % correspondiente a 77 niños. Se puede observar que hasta el tercer mes de vida cuando se abandona la LME o casi exclusiva, la alternativa más frecuentemente utilizada por las madres es la lactancia mixta, pero a partir del cuarto mes comenzó un franco predominio de utilización de la lactancia artificial.

En la tabla 2 se refleja la valoración nutricional de los niños al año de edad según práctica de lactancia artificial, donde resultó que los que la iniciaron con menos de 2 meses de edad, de un total de 3 lactantes, 1 estaba desnutrido y 2 delgados (33,3 y 66,6 % respectivamente), no existiendo eutróficos ni sobrepesos. En la edad comprendida de 2 a 4 meses, del total de los 47 niños que recibieron lactancia artificial, 30 de ellos alcanzaron evaluación de eutróficos, del resto hubo 1 desnutrido y 3 obesos, conjuntamente con 9 delgados y 4 con sobrepeso. A partir de los 5 meses hasta el año de edad, no se encontraron

TABLA 1. Incidencia y prevalencia de los tipos de lactancia durante el primer año de vida

Tipos de lactancia	Edad en meses												
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Lactancia materna exclusiva	97	90	68	50	38	2	1	1	-	-	-	-	-
Lactancia materna casi exclusiva	1	3	2	2	3	1	1	-	-	-	-	-	-
Lactancia mixta	3	7	28	26	19	47	42	33	33	28	27	24	24
Lactancia artificial	0	1	3	23	41	51	57	67	68	73	74	77	77

Fuente: Modelo para la recogida de información.

TABLA 2. Valoración nutricional del niño al año de edad según edad de inicio de la lactancia artificial

Edad de inicio de la lactancia artificial (en meses)	Valoración nutricional					Total
	Desnutridos	Delgados	Eutróficos	Sobrepesos	Obesos	
< 2	1	2	-	-	-	3
2-4	1	9	30	4	3	47
5-7	-	-	16	2	-	18
8-10	-	-	7	1	1	8
11-12	-	-	1	-	-	1

Fuente: Modelo para la recogida de información.

niños desnutridos ni delgados, siendo los eutróficos los que predominaron, con un total de 24 entre 27 de este subgrupo de edad. La relación de estas variables tuvo resultados estadísticamente significativos ($p < 0,05$).

Las enfermedades presentadas por el niño en el transcurso de su primer año de vida, relacionadas con el tipo de lactancia practicada al momento de su diagnóstico se presentan en la tabla 3. Se puede apreciar que no hubo relación estadísticamente significativa ($p > 0,05$). La infección respiratoria alta aguda (IRAA) fue la que mayor incidencia tuvo, con 49 pequeños pacientes, recayendo sobre los que tenían lactancia artificial el mayor número de casos con 38, mientras que a la mixta y materna exclusiva correspondieron 8 y 3 respectivamente. Le siguió la enfermedad diarreica aguda (EDA) de etiología no precisada con 40 enfermos, de los cuales 28 tenían lactancia artificial y 12 mixta. En orden decreciente continuó la urosepsis con un total de 28 casos reportados, de los cuales 22 correspondieron a la de tipo artificial y solo 6 a la mixta. Es de señalar que en ambos casos (EDA y urosepsis), ninguno tenía LME. Otras afecciones como bronconeumonía, escabiosis, piodermitis, parasi-

tismo intestinal por giardia lamblia, asma bronquial y anemia, tuvieron representación numérica de menor cuantía y siempre con ausencia de LME.

TABLA 3. Enfermedades padecidas durante el primer año de edad según tipo de lactancia practicada

Enfermedades	Tipo de lactancia			Total
	Materna exclusiva	Mixta	Artificial	
Infección respiratoria alta aguda	3	8	38	49
Enfermedad diarreica aguda de etiología no precisada	-	12	28	40
Urosepsis	-	6	22	28
Bronconeumonía	-	7	9	16
Escabiosis	-	4	6	10
Piodermitis	-	5	4	9
Parasitismo intestinal por giardia lamblia	-	5	4	9
Asma bronquial	-	1	3	4
Anemia	-	1	2	3

Nota: Un niño pudo haber presentado más de una enfermedad.

Fuente: Modelo para la recogida de información.

La justificación que dieron las madres para la interrupción de la lactancia materna exclusiva antes del cuarto mes de vida se presenta en la tabla 4. La hipogalactia o agalactia fue la causa de destete más referida por las madres con 33 para un 32,67 %; otros motivos como la incorporación al trabajo, rechazo del pecho por el niño, afecciones de la mama o incorporación al estudio, fueron recogidos en menor escala.

TABLA 4. Justificación para la interrupción de la lactancia materna exclusiva antes del cuarto mes de vida

Justificaciones (n=101)	No. de madres	%
Hipogalactia o agalactia	33	32,67
Incorporación al trabajo	12	11,88
Rechazo del pecho	10	9,90
Afecciones de la mama	4	3,96
Incorporación al estudio	4	3,96
Total	63	62,37

Fuente: Modelo para la recogida de la información.

Discusión

En el municipio San Cristóbal, donde el 100 % de la población es atendida por el Médico y la Enfermera de la Familia, y donde además existe un hospital y hogar materno declarados "Amigo de la madre, del niño y de la niña", era de esperar, que todas las madres practicaran la lactancia materna exclusiva con sus hijos, desde el nacimiento hasta el cuarto mes de vida, la que debía mantenerse de forma combinada hasta el año de edad, por ser una etapa muy importante en el infante, dada la inmadurez de sus órganos y sistemas, que lo hacen más propenso para contraer distintas afecciones, de las cuales son protegidos cuando reciben la leche materna.

En esta investigación, la lactancia materna exclusiva al cuarto mes fue un indica-

dor que se encontró por debajo del propósito perseguido por la salud pública cubana para el año 2000, compromiso establecido por el país ante las Naciones Unidas, que es el de mantener el 85 % de los niños con lactancia materna exclusiva durante ese período de vida (MINSAP. Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana en el año 2000. Ciudad de La Habana, 1992.).

Factores de salud materna y del recién nacido se plantean en torno a esta problemática, lo cual ha sido encontrado de igual forma en un estudio realizado en Guinea Bissau, donde la presencia de enfermedad materna o infantil, así como los niños con bajo peso al nacer, tuvieron un riesgo significativamente mayor al no iniciar el amamantamiento, con un 93 % solamente de lactancia materna exclusiva al nacimiento, cifra menor que la obtenida en este trabajo.⁷ Pérez Escamilla y Dewey en un estudio realizado entre las mujeres mejicanas encontraron resultados similares al nuestro, con un 40 % de lactancia materna exclusiva al cuarto mes, predominando la alimentación por fórmula en un 60 %.⁸

En algunos países de América Latina como Bolivia, Ecuador, Guatemala y Perú, se obtuvieron cifras superiores de lactancia materna, donde la mitad de los niños aún eran amamantados al segundo año de vida,⁹ lo cual ha sido reflejado en estudios de la Organización Panamericana de la Salud, que señalan que la edad media de los niños que dejaron de amamantar fue de 22,6 meses.¹⁰

El escaso conocimiento sobre la lactancia materna, sus ventajas, el adecuado patrón de crecimiento y desarrollo de los niños, así como el inadecuado seguimiento de las madres cuando lactan (con un estímulo mantenido para fomentar la lactancia materna, tanto durante el embarazo como en el posparto), pudo haber contribuido con

el indicador de lactancia materna exclusiva al cuarto mes, tan desfavorable en la muestra estudiada.

*Scott y Benns*¹¹ plantean asociaciones fuertes y consistentes con factores demográficos, como la edad materna y el nivel educacional; así como una relación menos consistente con factores tales como el estado marital y el nivel socioeconómico. Hay evidencias que sugieren que los hombres juegan importante papel en la decisión de alimentar por mama y su duración, siendo un predictor fuerte de la duración real.^{12,13} La valoración nutricional del niño al año de edad y su relación con el tipo de lactancia practicada, demuestra una vez más, la superioridad de la lactancia natural frente a otros métodos de alimentación en relación con sus valores nutritivos, facilitando un mejor desarrollo del niño pequeño.

En un estudio realizado en Carolina del Norte, se comprobó la existencia de un aumento ponderal, estadísticamente significativo, tras la introducción de la lactancia artificial; sin embargo, la puntuación típica del peso a los 6 meses, comparado con el previo a la introducción de suplementos lácteos, no difiere significativamente.¹⁴ Resultados similares al de esta investigación obtuvieron *Brito Hernández* y otros durante 1995, donde de 190 niños normopesos, 114 se encontraban lactando de forma natural.¹⁵ Todo ello hace que cada día se afirme con mayor veracidad, la existencia de una relación directa entre el estado nutricional del niño y el tiempo y tipo de lactancia recibida, con los beneficios que la lactancia natural le brinda, y que constituye un factor importante en la prevención de la desnutrición.

En diversas publicaciones han sido señaladas las consecuencias negativas del abandono temprano de la lactancia materna desde puntos de vista nutricionales, inmunológicos, psicológicos,

epidemiológicos y económicos.¹³ Las infecciones de las vías respiratorias son la segunda causa de morbilidad en el primer año de vida, y en países en desarrollo es una de las primeras causas de mortalidad infantil. Hay autores^{10,16} que reportan que en el primer año de vida el riesgo de morir por infecciones de las vías aéreas, al suplantar con fórmula la alimentación del seno, es 1,6 veces mayor que si se amamantaran exclusivamente.

Cobra gran interés lo informado por la mayoría de los autores en la literatura internacional en relación con la función que desempeña la lactancia natural en la disminución de la morbilidad por EDA.¹⁶ Es conocido por todos que las diarreas están asociadas a los malos hábitos de higiene, deficiente calidad del agua de consumo y otros factores relacionados con el medio ambiente. Como la leche materna es un alimento que el niño ingiere de forma directa, sin manipulación previa que pudiera contaminarla, se espera que mientras sea alimentado exclusivamente con ella, la frecuencia de diarrea sea inferior a la que se produce en niños alimentados de otra forma.^{17,18}

Resultados similares fueron encontrados en Bangladesh, donde la alimentación del seno materno estaba relacionada con la disminución de la prevalencia de diarrea, con un porcentaje igual al de este trabajo, no existiendo ningún caso cuando practicaban la LME.^{19,20} Otros autores han obtenido resultados muy significativos con riesgo relativo de diarrea de 5,5 a 21,7 veces mayor en aquellos niños donde hubo la introducción precoz de otros alimentos, como plantean *Atahal* y otros en un estudio realizado en el sector norte de Santiago de Chile.¹⁵

En Brasil, *César* y otros²¹ demostraron que los niños que no fueron amamantados tuvieron 17 veces más probabilidad de ser

hospitalizados, que los que no recibieron leche o fórmula y recibieron lactancia materna, a causa de bronconeumonía. En Santiago de Chile, resultados similares fueron obtenidos por otros autores²¹ reportando que los niños que recibieron alimentos sólidos y semisólidos, tuvieron una mayor incidencia de morbilidad por enfermedades respiratorias bajas, que aquellos que no recibieron estos suplementos. El riesgo de adquirir una bronconeumonía, es de 1,5 a 4 veces mayor entre los niños que no son amamantados.

Igualmente las enfermedades de la piel y el parasitismo intestinal por giardia lamblia, se presentó solo cuando se practicó la lactancia mixta o artificial, y esto se debe a que la leche humana contiene anticuerpos antibacterianos y antivirales con concentraciones altas de Inmunoglobulina A secretora, que impide que los microorganismos se adhieran a la mucosa intestinal; así como también es fuente de lactoferrina, proteína sérica ligadora de hierro, que tiene efecto inhibidor sobre el crecimiento de la *E. coli* en el intestino, además la lipasa estimulada por las sales biliares destruye a la giardia lamblia y *Entamoeba histolytica*.¹⁷

La ausencia de alimentación materna en niños menores de 4 meses se asocia con anemia. Sousa en un estudio realizado en Sao Paulo encontró un 26,9 % de anemia entre los infantes que tomaron otras leches,

y un 8,6 % entre los que recibieron leche materna,²² cifras muy superiores a las obtenidas en esta investigación.

Otros autores también encontraron la hipogalactia como condición referida por las madres para destetar a sus hijos.^{23,24} Esta situación denota que el médico y demás componentes del equipo de salud, pueden lograr con su trabajo esmerado un mayor tiempo de amamantamiento, conociendo que la hipogalactia constituye una sensación subjetiva, en la mayoría de las oportunidades expresada por la madre y no imposible de modificar, pues solamente en contados casos, muy bien definidos, esta se presenta obedeciendo a una causa orgánica.

En Papau New Guinea²⁵ constituyó la incorporación al trabajo la primera causa para el destete, sobre todo en mujeres desempleadas y de bajo nivel educacional. Muchas mujeres no están alertadas de su derecho legal en el trabajo para lactar a sus bebés, y una elevada proporción de puestos de trabajo no tiene facilidades para las madres que desean lactar a sus hijos. Otros autores encontraron una duración menor de la lactancia materna en las trabajadoras a tiempo completo, de hasta 8,6 semanas con relación a las que no trabajan.²⁶ *Mc Cann* y *Bender*²⁷ vieron el rechazo al pecho y algunas mamás referían que esto le hacía daño a ella y a su hijo, y lo tomaron como los motivos fundamentales para no alimentar de forma natural.

SUMMARY: A descriptive study was conducted with 101 children that were born in 1998 to determine the relation of some epidemiological variables with the type of breast feeding they receive up to the first year of life in the health area of San Cristóbal. The variables were determined by interviewing their mothers a year after delivery. It was proved that the practice of exclusive and complemented breast feeding is low. The deviations in the nutritional state were related to the significant abandonment of breast feeding. The acute upper respiratory infection (AURI) was the most common entity among infants. It was observed even when the child received exclusive breast feeding. Hypogalactia or agalactia were the main causes of weaning. 32.6 % of the mothers said that they had not been informed about the topic and, among those who had, they referred to the family physician's office as the place of highest participation.

Subject headings: **BREAST FEEDING; INFANT, NEWBORN/growth & development; ALIMENTATION; MILK, HUMAN; PRIMARY HEALTH CARE; WEANING.**

Referencias bibliográficas

1. Pacheco CR, Díaz GS. Medicina general. Principales demandas de atención. Control del recién nacido y el lactante. México DF: Editorial Medicina Panamericana;1995:15-28.
2. OMS/UNICEF. Declaración de Innocenti sobre la protección, el fomento y el apoyo de la lactancia materna. Rev Cubana Aliment Nutr 1993;7(1):6-7.
3. Westphal MF, Taddes JAC, Venancio SI, Bogus CM. Capacitación de profesionales de salud en lactancia natural y reformas institucionales subsiguientes. Bol Of Sanit Panam 1996; 120(4):304-15.
4. Amador M. Lactancia materna más y mejor en el 1993. Rev Cubana Aliment Nutr 1993;7(1):4-5.
5. Gutiérrez JA, Berdasco A, Quesada MR, Esquivel M, Posada B, Jiménez JM. Crecimiento y desarrollo del niño. En: De la Torre E, Canetti S, González J, Gutiérrez JA, Jordán J, Pelayo EJ. Pediatría 1. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1996.p.28-57.
6. UNICEF. Lactancia materna. Material educativo. México DF: UNICEF; 1992.
7. Bautista IM. Factores asociados al inicio de la lactancia materna en mujeres dominicanas. Bol Of Sanit Panam 1997;1(3):200-7.
8. Pérez Escamilla R, Dewey M. Epidemiología de la lactancia materna en zonas rurales y urbanas de México. Bol Of Sanit Panam 1993;114(5):399-406.
9. Bronner YI, Chapman BJ. Identifications of risk factors for delayed onset of lactation. J Am Diet Assoc 1999;99(4):450-4.
10. Pérez Escamilla R. Patrones de la lactancia natural en América Latina y el Caribe. Bol Of Sanit Panam 1993;115(3):185-94.
11. Instantáneas. Lactancia materna. Rev Panam Salud Pub 1997;1(1):51-2.
12. Scott JA, Benns CW. Factors associated with the initiation and duration of breast feeding. Breastfeed 1999;7(1):5-16.
13. Whilan A, Lupton P, Kannan S. Patterns of breast feeding and study of any factors interfering with in primary attention. Ann Esp Pediatr 1992;37(5):357-60.
14. Brito N, Margarita L, Barreras MK, Quintero FE, López CO, Hierg-Lorenzan M. Estudio sobre la influencia de la lactancia materna y su duración en la salud del niño. Rev Cubana Enfermer 1995;11(1):14-24.
15. Atahal S, Alvarado M, Díaz FS. Lactancia absoluta. Crecimiento y morbilidad en lactantes de bajo nivel socioeconómico. Rev Chilena Pediatr 1994;65(6):331-37.
16. Pérez Escamilla R. Disminución de la incidencia de diarrea infantil mediante la promoción de la lactancia materna en México. Bol Of Sanit Panam 1994;117(5):474-75.
17. Pereira BJ, Ganem S, Layarasa J, Renavieira S. The impact of breast feeding practices on respiratory and diarrheal disease in infancy. J Trop Pediatr 1999;45(2):115-18.
18. Zeyane JS. The relationship between infant feeding practices and diarrheal infections. J Adv Nurs 1999;29(3):721-26.
19. Mulder-Sebanda M. Prolonged breast feeding in Bangladesh. Indicators of inadequate feeding practices of mothers response to childrens poor health? Public Health 1998;113(2):65-8.
20. César JA, Victora CG, Barros FC, Santos IS, Flores JA. Impact of breast feeding on admission for pneumonia during postneonatal period in Brazil: nested case-control study. BMJ 1999;318:1316-20.
21. López B, Culcay A, Haro D. Las patologías de los primeros 18 meses de vida en niños bajo control en un consultorio del área norte de Santiago. Rev Chilena Pediatr 1994;37 (3/4):95-101.
22. Sousa S. The anemia and diet in the first year of life. Sao Paulo;1994:85.
23. Sepúlveda R. Lactancia materna. Algunos aspectos psicosociales y biológicos que la influncian. Bol Of Sanit Panam 1991;95(1):51-9.
24. Mc Natt MH, Freston MS. Social support and lactation outcomes in postpartum women. J Nun Lact 1992;(2):73-7.
25. Friesen H, Vence J, Boas P, Daraya N. Protection of breast feeding in Papua New Guinea. Bull World Health Organ 1999;77(3):271-74.
26. Fien SB, Roe B. The effect of work status on initiation and duration of breast feeding. Am J Public Health 1998;8(7):1042-46.
27. Mc Cann MF, Bender DE. Prácticas de alimentación materno infantil en zonas rurales de Bolivia. Bol Of Sanit Panam 1993; 114(1):23-31.

Recibido: 4 de junio del 2001. Aprobado: 7 de julio del 2001.

Dr. Orlando Díaz Tabares. Calle Rafael Peña # 114, municipio San Cristóbal, Pinar del Río, Cuba.