

Evaluación de la eficacia de un programa de asesoría y asistencia directa para alcanzar el éxito de la lactancia materna exclusiva durante el primer mes de vida

Dr. Gustavo Rivara Dávila

Médico Pediatra del Hospital Nacional Arzobispo Loayza

Dr. Jorge Ponce Salas

Médico Pediatra del Hospital Nacional Dos de Mayo

Srs. Katherine Joo Barba, Rocío Leguía Bolívar, Pablo León León, Carlos León Gómez, Tamara Jorquiera Jhonson.

Internos de Medicina, Universidad San Martín de Porres

RESUMEN:

Objetivo: Demostrar que la administración de un programa de asesoría y asistencia directa para alcanzar el éxito de la lactancia materna exclusiva (LME) durante el primer mes de vida es eficaz y, determinar las causas de fracaso de ésta durante sus controles.

Material y métodos: Se realizó un ensayo clínico que incluyó 100 puérperas agrupadas en: grupo de estudio con un primer control entre el cuarto y quinto día de vida, con asistencia directa, capacitación durante toda su hospitalización y apoyo telefónico durante las 24 horas del día; y el grupo control, constituido por aquellas madres que siguieron los cuidados propios que el hospital usualmente otorga, con un primer control ambulatorio más allá de la primera semana. La capacitación del grupo de estudio se realizó a través del Manual de Lactancia Materna de la Liga de Lactancia Materna. Para determinar los factores de riesgo independientes para fracaso de la lactancia materna se realizó un análisis multivariable mediante regresión logística multinomial y se calculó el Odds ratio (IC 95%).

Resultados: En el grupo de estudio, la lactancia materna alcanzó el éxito en el 100% de casos en el primer mes de vida. En el grupo control, se alcanzó el éxito sólo en 35 (70%). La aplicación de un programa de asesoría y asistencia directa estuvo asociada significativamente al éxito de la LME ($p < 0.0001$).

La primera consulta en el grupo control fue a los 11.2 ± 5.4 días, mientras que la cita programada para el grupo de estudio fue en el día 5.4 ± 0.95 días ($p < 0.0001$). El análisis multivariable mostró que el único factor de riesgo independiente para el fracaso de la lactancia materna fue el control después de una semana del nacimiento ($p = 0.026$) con un OR = 4.1 (IC 95%: 1.19 – 14.35); el único factor protector fue la experiencia previa de lactancia materna por embarazo anterior ($p = 0.031$) con OR = 0.3 (IC 95%: 0.08 – 0.95).

Conclusiones: La aplicación de un programa de asesoría y asistencia directa, así como un primer control precoz estuvieron asociados significativamente al éxito de la lactancia materna durante el primer mes de vida.

Palabras clave: Lactancia materna, programa de asesoría

SUMMARY:

Objective: To assess the impact of a program of advising and direct assistance on the success in exclusive breastfeeding during the first month of life, and to determine the causes of failure during these period.

Material and methods: A prospective randomized controlled trial was conducted on 100 mothers, divided in two groups: study group: with a first control between days 4 and 5, with direct assistance, training while they were inpatients and telephone assistance 24 hours a day. And, control group: mothers that

followed the common hospital care offered, with a first ambulatory control after the first week of life. The training program of the study group was conducted with The Maternal Breastfeeding Manual of the Maternal Breastfeeding League. In order to determine the independent risk factors for failure of maternal breastfeeding. A multivariable analysis was carried out by means of multinomial logistic regression and the odds ratio (OR) were calculated, all of the calculations were done with a confidence interval of 95%.

Results: In the study group maternal breastfeeding reached success in 100.0% of the cases. In the control group the success was reached only in 35 (70.0%). The development of a consultant and direct assistance program was significantly associated with maternal breastfeeding success ($p < 0.0001$).

The first visit in the control group was done on 11.2 ± 5.4 day while the programmed visit for the study group was on the 5.4 ± 0.95 day ($p < 0.0001$).

The multivariable analysis showed that the only independent risk factor for the failure of maternal breastfeeding was the lack of early assistance after birth ($p = 0.026$) with an OR = 4.1 (IC 95%: 1.19 - 14.35);

The only protecting factor was the previous experience of maternal breastfeeding given by a previous delivery ($p = 0.031$) with an OR = 0.3 (IC 95%: 0.08 - 0.95).

Conclusions: The development of a consultant and direct assistance program and early first control are associated with exclusive breastfeeding success during the first month of life.

Key words: breastfeeding, direct assistance

INTRODUCCIÓN

La LME constituye un elemento de gran importancia en el desarrollo infantil, sobretodo durante los primeros meses de vida aportando beneficios al niño, a la madre y a la sociedad respectivamente (1-12). Desafortunadamente existen diferentes factores que influyen y determinan el fracaso de la LME, presentándose éstos para algunos autores, durante la primera semana post parto y para otros específicamente durante los primeros 3 ó 4 días de vida (13,14).

Existen diversos programas de apoyo y promoción de la lactancia materna, para alcanzar el éxito de la misma (15-21) los cuales difieren en sus métodos y características, pero buscan un mismo fin. Durante los últimos años, se ha generado una tendencia en recuperar esta práctica natural, y en muchos países se observa aumento de su incidencia (22,23).

Las causas que generan fracaso de la LME son diversas, y se presentan en diferentes momentos del primer semestre (24-30), por lo que los programas destinados a corregir estos problemas son de múltiples características (31-33). Algunos estudios han mostrado una menor tasa de fracaso de la LME en aquellos grupos con un apoyo más cercano y estrecho (34-39), así como cuando el primer control se realiza más tempranamente, entre el tercer y quinto día de vida (2, 14, 28, 39).

Por otro lado, la conducta convencional en los hospitales de la ciudad de Lima es realizar los controles maternos y del recién nacido luego de la primera semana, para cuando la lactancia materna puede haber fracasado (introducción de fórmulas u

otros en la alimentación del recién nacido), sin que existan programas de asesoría maternos en los que se puedan resolver las dudas de las madres impidiendo que estas se dejen llevar por opiniones no profesionales de terceros.

Lo importante de estas observaciones es que la mayoría de dichos factores son fácilmente manejables y solucionables con una adecuada asesoría precoz y apoyo por parte del personal de salud (14).

Es por esta razón que el presente estudio plantea la eficacia de un programa de apoyo, capacitación y asistencia (apoyo asistencial y comunicación telefónica permanente) a las madres de las salas de puerperio del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL), así como un primer control precoz, entre el 4to. y 5to. día de vida, en lugar de los controles usuales que muchas veces van más allá de la primera semana de vida.

OBJETIVO

Demostrar que la administración de un programa de asesoría y asistencia directa para alcanzar el éxito de la LME durante el primer mes de vida, así como un primer control precoz (4° - 5° día de vida), es más eficaz que la conducta convencional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trabajó con las púerperas, captadas poco después del momento del parto en el servicio de hospitalización de Obstetricia, las que fueron distribuidas de manera aleatoria en dos grupos: *grupo de estudio*: con un primer control entre el cuarto y quinto día, con asistencia directa, capacitación durante toda su hospitalización y apoyo telefónico durante las 24 horas del día (34,35), y el *grupo control*: constituido por aquellas madres que siguieron los cuidados propios que el hospital otorga, con un primer control ambulatorio más allá de la primera semana.

La capacitación se realizó directamente con la madre en la sala de puerperio (instrucción personalizada), a través del Manual de Lactancia Materna de la Liga de Lactancia Materna, en asociación con el Banco Mundial, USAID y UNICEF; mediante conversación directa y utilización de gráficos (16-19).

Para evitar sesgos de tener en una misma sala a ambos grupos, se captó por separado a ambas poblaciones en semanas distintas, para evitar que compartiesen lo impartido. Ambos grupos cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión para lograr una mejor homogenización de ambas poblaciones, que permitiese la comparación de la lactancia, dejando de lado (en lo posible) otros factores que pudieran resultar determinantes. (Tabla 1)

Tabla 1. Criterios de selección

Criterios de inclusión del RN	Criterios de inclusión maternos	Criterios de exclusión
- EG entre 37 a 41 s	- Edad entre 18 y 36 años	- Patología materno-fetal que pudiera determinar la no lactancia materna
- AEG	- Primigestas /multigestas	- Malformaciones congénitas
- Parto vaginal o cesárea	- Gestaciones a término	- Menos de 2500 g
- Cefálicos o podálicos	- Control prenatal (mínimo 4 controles)	- Macrosomía fetal
- Gestación única	- Grado de instrucción: al menos primaria completa	- Parto instrumentado
- APGAR mayor de 7 al minuto		- Ictericia por lactancia materna

El seguimiento de ambos grupos se realizó en el consultorio de Neonatología, se realizaron tres controles durante el primer mes de vida siendo el último al mes de edad. Se definió el éxito cuando el recién nacido consumió exclusivamente leche materna para su alimentación; mientras que fracaso como la introducción de una toma de fórmula o cualquier otro líquido durante el primer mes de vida.

Para la presente investigación se diseñó un consentimiento informado el cual fue firmado por todas las pacientes que aceptaron participar voluntariamente del “Programa de asesoría y asistencia directa para alcanzar el éxito de la lactancia materna”. El presente estudio fue presentado y aprobado por el Comité de Ética Institucional del Hospital Nacional Arzobispo Loayza IRB 00003792 Federal Wide Assurance (FWA) IORG0003169.

RESULTADOS

Se obtuvo como muestra final 50 madres para el grupo de estudio y 50 para el grupo control. No se encontró diferencia estadísticamente significativa para las características de ambos grupos por lo que fueron comparables (Tablas 2 y 3).

Tabla 2. Características maternas

Características maternas	Grupo de estudio	Grupo control	Valor P
Edad promedio	25.7 ± 4.3	24.5 ± 4.9	0.209
Grado de instrucción			0.618
<i>Primaria</i>	08	07	
<i>Secundaria</i>	32	33	
<i>Superior</i>	10	10	
Estado civil			0.589
<i>Soltera</i>	07	09	

Características maternas	Grupo de estudio	Grupo control	Valor P
<i>Casada</i>	17	17	
<i>Conviviente</i>	26	23	
<i>Viuda</i>	00	01	
Tipo de parto			0.065
<i>Eutócico</i>	29	30	
<i>Distócico</i>	21	20	
- <i>Cesárea</i>	21	19	
- <i>Podálico</i>	00	01	

Tabla 3. Características neonatales

Características fetales-neonatales	Grupo de estudio	Grupo control	Valor p
Sexo			0.421
<i>Masculino</i>	26	24	
<i>Femenino</i>	24	26	
Edad gestacional*	39.0 ± 1.3 s	39.4 ± 1.2 s	0.087
Peso*	3227.8 ± 317.3 g	3279.3 ± 266.2 g	0.381
Patologías materno-fetales	30	30	0.581

* promedio ± DE

En el grupo que recibió asesoría y asistencia directa la lactancia materna alcanzó el éxito en el 100 % de casos. Todos los problemas descubiertos en los primeros días fueron resueltos mediante las consultas médicas instauradas precozmente o mediante asistencia directa telefónica, lo que evitó que la madre opte por añadir fórmulas artificiales, ya sea como complemento o sustitución.

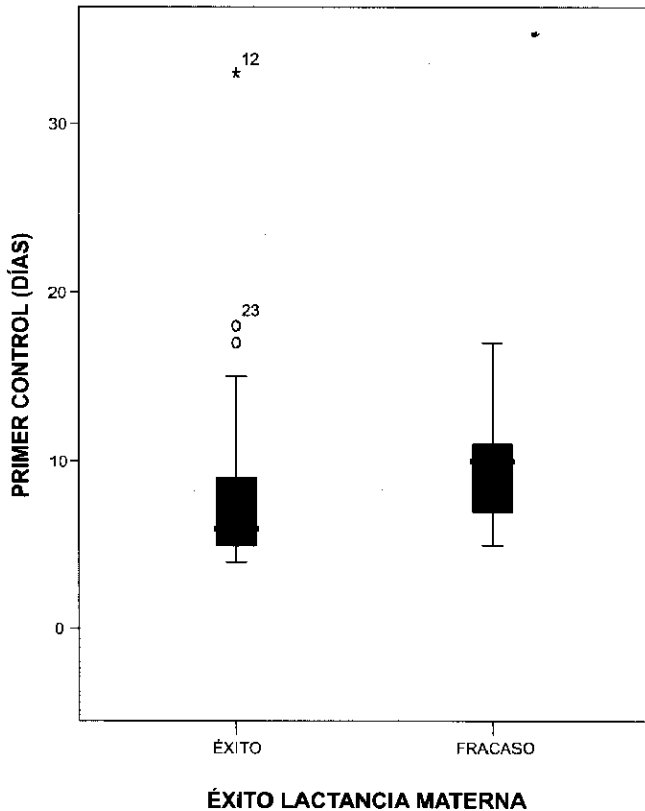
En el grupo control, que recibió los cuidados convencionales que otorga el hospital, se alcanzó el éxito en 35 unidades madre-neonato (70.0 %). De estos 15 fracasos, 8 fueron en la primera semana (53.3 %), 5 en la segunda semana (30.0 %) y 2 en la cuarta semana de vida (16.7 %); describiéndose como las causas de este fracaso: “que el bebé no se llenaba” en 7 casos, 5 refirieron que no tenían suficiente leche, ictericia fisiológica en 2 casos, 1 abandono por motivos de trabajo y otra porque “no formaba el pezón”.

Se encontró que la aplicación de un programa de asesoría y asistencia directa estuvo asociada significativamente al éxito de la lactancia materna (p < 0.0001).

La primera consulta en el grupo control de acuerdo a la cita regular que el hospital confiere se realizó a los 11.2 ± 5.4 días (rango 5 - 33) mientras que la cita programada por el grupo investigador para el

grupo de estudio fue en el día 5.4 ± 0.95 días (rango 4 - 9) para lo cual existió diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.0001$). La relación entre el tiempo del primer control con el fracaso de la LME se puede observar en el Gráfico 1.

Gráfico 1. Relación del primer control con el éxito/fracaso de la lactancia materna en el HNAL



El análisis multivariable mostró que el único factor de riesgo independiente para el fracaso de la lactancia materna fue el control después de una semana del nacimiento ($p = 0.026$) con un OR = 4.1 (IC 95%: 1.19 - 14.35); el único factor protector fue la experiencia previa de lactancia materna por embarazo anterior ($p = 0.031$) con OR = 0.3 (IC 95%: 0.08 - 0.95). La edad, estado civil, grado de instrucción, tipo de parto, peso al nacer, sexo del recién nacido y patologías materno-fetales no constituyeron factores de riesgo independientes.

Dentro de las condiciones médicas maternas o fetales, la única que constituyó factor asociado para el fracaso de la lactancia materna fue el estreñimiento ($p=0.021$). Otras condiciones neonatales no se asociaron al fracaso de la lactancia materna exclusiva (Tabla 4). El dolor de mamas, grietas en los pezones y fiebre materna fueron condiciones maternas que no se asociaron a fracaso de lactancia materna (Tabla 5).

Tabla 4. Condiciones y/o patologías neonatales y fracaso de la lactancia materna

Patología Neonatal	Frecuencia grupo estudio	Fracaso grupo estudio	Frecuencia grupo control	Fracaso grupo control	Valor p
Estreñimiento	0	0	2	2	0.021
Cólicos de gases	12	0	8	1	0.145
"El bebé no se llena"	4	0	4	0	0.259
Dermatitis del pañal	5	0	3	1	0.656
Ictericia	2	0	4	1	0.633
Eritema tóxico	1	0	1	1	0.279
Hidrocele	1	0	0	0	0.850
Regurgitación	1	0	1	0	0.721
Retraso ponderal	0	0	2	1	0.279
Cefalohematoma	0	0	1	1	0.150
Hemangioma	0	0	1	0	0.850
Conjuntivitis bacteriana	0	0	1	1	0.150
Tos	1	0	0	0	0.850
Sudamina	0	0	1	0	0.850

Tabla 5. Patologías maternas y fracaso de la lactancia materna

Patología materna	Frecuencia grupo estudio	Fracaso grupo estudio	Frecuencia grupo control	Fracaso grupo control	Valor p
Dolor de mamas	2	0	1	1	0.389
Pezones agrietados	8	0	3	1	0.482

Durante el período de estudio se recibieron 18 llamadas telefónicas de las madres a quienes se les proporcionó asesoría directa (grupo de estudio), donde las principales inquietudes fueron: estreñimiento ($n=6$), cólico de gases ($n=5$), grietas en el pezón ($n=3$), el niño no se llena ($n=3$) y congestión nasal/resfrío común ($n=1$). Muchas de las llamadas fueron hechas la primera noche del alta, y la respuesta/consejo dado evitó la iniciación intencional de la madre de fórmula artificial.

Los problemas detectados en el grupo control también fueron corregidos, asistidos y capacitados para evitar el fracaso; sin embargo, para el momento de la consulta muchas de ellas ya habían iniciado fórmulas artificiales ($n = 15$). Casi en todas ellas se pudo alcanzar la relactancia a través de varias consultas; sin embargo, algunas de ellas no pudieron regresar a la LME ($n = 2$).

DISCUSIÓN

El presente trabajo muestra que la aplicación de un programa de asesoría y asistencia directa dirigido a puerperas estuvo asociada significativamente al éxito de la lactancia materna en el primer mes de vida.

Consideramos determinante el efecto del primer control ambulatorio del recién nacido para alcanzar el éxito de la lactancia materna, llegando en este estudio a valores tan altos como el 100 %. Esto se sustenta en que el control luego de la primera semana (cuidados convencionales del grupo control) constituyó factor de riesgo independiente para fracaso de la lactancia materna. El presente programa aplicado al grupo de estudio intervino directamente sobre este factor por lo que creemos que fue la base de su éxito.

Con respecto a este punto es importante recalcar que un primer control temprano no va a evitar que los problemas se presenten (ya que siempre se presentan), sino que nos da la posibilidad de solucionarlos y orientar a la madre hacia el éxito en la lactancia materna ^(24,25). Como hemos podido constatar, el primer control promedio en nuestro hospital se realizó a los 11 días, con un rango que iba desde los 5 hasta los 33 días; esto quiere decir que en muchos casos las madres llegan a nuestros consultorios cuando ya poco se puede hacer para remediar lo sucedido. Visto desde otra perspectiva, es más fácil la corrección cuanto más temprano se detecta el problema.

El presente estudio fue diseñado para establecer el éxito de la lactancia materna durante el primer mes de vida ^(2,14,28,39), lo que contrasta con la mayoría de estudios, los cuales trazan un punto de corte a los seis meses de vida. Sin embargo, la idea de hacerlo así fue que no intentamos definir éxito definitivo, ya que es probable que nuevos problemas surjan (tardíos) y puedan determinar fracaso luego del primer mes, pero de alguna manera se pueden predecir, o dirigir a las madres hacia el camino correcto de la LME. Además, aquellas madres que fueron guiadas correctamente y tempranamente,

quedan ya educadas de tal forma que recurren al profesional antes de tomar cualquier decisión, y conocen ampliamente los beneficios de la leche materna y los problemas de la lactancia artificial.

En nuestro grupo de estudio, por ejemplo, a diferencia del grupo control cada madre consultó antes de pretender iniciar alguna fórmula artificial, y lo hizo temerosa. Por el contrario, las madres del grupo control lo hicieron sin sentirse mal, ya que para muchas de ellas esa fue una opción ciertamente posible.

Es importante la percepción materna de las patologías del recién nacido así como de su propia patología y como afectan estas al desarrollo de lactancia materna. Por esta razón es que evaluamos las patologías del complejo madre-neonato y su influencia sobre el fracaso de la lactancia materna, encontrándose que la presencia de estreñimiento del recién nacido estuvo asociado al fracaso de la lactancia materna, pues las madres y/o familiares atribuyeron a la leche materna ser la causa. Todos los casos de estreñimiento de presentaron en el grupo control y al ser tardío el primer control la conducta realizada fue añadir fórmulas artificiales como sustitutas. Las otras patologías no mostraron tener una influencia significativa sobre la LME.

En conclusión, la aplicación de un programa de asesoría y asistencia directa para alcanzar el éxito de la LME en el primer mes de vida estuvo asociada significativamente al éxito de la LME en comparación con los cuidados convencionales recibidos por el grupo control.

La realización del primer control del recién nacido luego de la primera semana de vida constituyó un factor independiente de alto riesgo para el fracaso de la lactancia materna.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics 2005; 115:496-506.
2. Sinusas K, Gagkiardy A. Initial Management of Breastfeeding. Am Fam Physician 2001; 64:981-988.
3. US Department of Health and Human Services. The CDC Guide to Breastfeeding interventions. 2005, 67 p.
4. World Health Organization. Evidence for the Ten Steps to Successful Breastfeeding. Geneva. 1998, 111 p.
5. Heinig MJ. Host defense benefits of breastfeeding for the infant. Effect of breastfeeding duration and exclusivity. Pediatr Clin North Am. 2001; 48:105-123.
6. Labbok MH. Effects of breastfeeding on the mother. Pediatr Clin North Am. 2001; 48:143-158.
7. Kennedy KI, Labbok MH, Van Look PF. Lactational amenorrhea method for family planning. Int J Gynaecol Obstet. 1996; 54:55-57.
8. Dewey KG, Heinig MJ, Nommsen LA. Maternal weight-loss patterns during prolonged lactation. Am J Clin Nutr. 1993; 58:162-166.
9. Weimer J. The Economic Benefits of Breast Feeding: A Review and Analysis. Food Assistance and Nutrition Research Report No. 13. Washington, DC: Food and Rural Economics

- Division, Economic Research Service, US Department of Agriculture; 2001.
10. Ball TM, Wright AL. Health care cost of formula-feeding in the first year of life. *Pediatrics*. 1999; 103:870-876.
 11. Tuttle CR, Dewey KG. Potential cost savings for Medi-Cal, AFDC, food stamps, and WIC programs associated with increasing breast-feeding among low-income Hmong women in California. *J Am Diet Assoc*. 1996; 96:885-890.
 12. Jarosz LA. Breast-feeding versus formula: cost comparison. *Hawaii Med J*. 1993; 52:14-18.
 13. Chávez A, Sánchez R, Ortiz H, Peña B, Arocha B. Causas de abandono de la lactancia materna. *Trabajo Social* 2000, HG, ISSSTE, México.
 14. Hall R, Mercer A, Teasley S, McPherson D, Simon S, Santos S, Meyers B, Hipsh N. A breast-feeding assesment score to evaluate the risk for cesation of breast-feeding by 7 to 10 days of age. *J Pediatrics* 2002; 141(5).
 15. Levine RE, Huffman SL, Center to Prevent Childhood Malnutrition. *The Economic Value of Breastfeeding, the National, Public Sector, Hospital and Household Levels: A Review of the Literature*. Washington, DC: Social Sector Analysis Project, Agency for International Development. 1990.
 16. US Department of Health and Human Services. *HHS Blueprint for Action on Breastfeeding*. 2000, 33 p.
 17. US Department of Health and Human Services. *The CDC Guide to Breastfeeding interventions*. 2005, 67 p.
 18. International Lactation Consultant Association. *Evidence-Based Guidelines for Breastfeeding Management during the First Fourteen Days*. April 1999, 31 p.
 19. Singapore Ministry of Health. *Management of breastfeeding for healthy full-term infants*. Singapore Ministry of Health 2002, 89 p.
 20. Silva LC. Efecto del médico de la familia en la prevalencia de la lactancia materna a lo largo del primer año de vida. *Rev Cubana Pediatr* 1989; 6(5):89-92.
 21. Peraza G, Álvarez R. Ética y lactancia materna. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1998; 14:279-281.
 22. Ahluwalia I, Morrow B, Hsia J, Grummer – Strawn L. Who is breast-feeding? Recent trends form the pregnancy risk assesment and monitoring system. *J Pediatrics* 2003; 142 (5).
 23. Cenoz M. Relactancia. *Revista Mamando*. Fundación para la lactancia materna. 2002.
 24. Hernández M, García A. Deserción de la lactancia materna. *Revista del Hospital General La Quebrada* 2002; 1: 28-31.
 25. Durán R, Villegas D, Sobrado Z, Almanza M. Factores psicosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna. *Rev Cub Pediatría* 1999; 7: 72-79.
 26. Gallego B. Influencia de la educación sanitaria en madres adolescentes en su conducta para lactar. *Rev Cub Med Gen Integ* 001; 17: 244-247.
 27. Ludvigsson J. Breast-feeding in Bolivia. *Information and Attitudes*. *BMC Pediatrics* (Sweden) 2003; 3:4.
 28. Gagnon A, Dougherty G, Jiménez V, Leduc N. Randomized trial of post partum care after hospital discharge. *Pediatrics*. 2002; 109:1074-1080.
 29. Casado ME. Lactancia exitosa: descripción del manejo del binomio madre-hijo. *Rev Chil Pediatría* 1989; 60: 9-13.
 30. Castro I, Padro R, Jardines S, Herrera P. La escuela taller como modalidad de intervención en la promoción de la lactancia materna. *MEDISAN* 1999; 3: 5-10.
 31. Pallas G. Lactancia materna y alimentación durante el primer año de vida. *Previnfad* (Grupo de trabajo AEPPap/PAPPS semFYC) pp1-16.
 32. Gallego B. Influencia de la educación sanitaria en madres adolescentes en su conducta para lactar. *Rev Cub Med Gen Integ* 2001, 17: 244-247.
 33. Ludvigson J. Breastfeeding intentions, patterns, and determinants in infantings visiting in La Paz, Bolivia. *BMC Pediatrics* 2003; 3:5.
 34. Dennis C, Hodnett E, Gallop R, Chalmers B. Mother to mother telephone support extends breastfeeding duration. *Evidence – based Healthcare: A Scientific Approach to Health Policy* 2002; 6:115-116.
 35. Phillip B. Every call is an oportunity, Supporting breastfeeding mothers over the telephone. *Pediatr Clin North Am* 2001; 48:525-532.
 36. Zembo CT. Breastfeeding. *Obstet Gynecol Clin* 2002; 29:51-76.
 37. Srivastava SP, Sharma VK, Jha SP. Mortality patterns in breast versus artificially fed term babies in early infancia: a longitudinally study. *Indian Pediatr* 1994; 31: 1393-1396.
 38. Dennis C, Hodnet E, Gallop R. The effect of peer suport on breast-feddng duration among primiparus women: a randomized controlled trial. *CMAJ* 2002; 166:21-28.
 39. Lawrence RA. Peer support: making a difference in breast-feeding Duration. *CMAJ* 2002; 166:42-43.