



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE PSICOLOGIA

VALORACION DE FACTORES SOCIALES Y PSICOLOGICOS
QUE INTERVIENEN EN LA EVITACION DE LA LACTANCIA
POR SENO MATERNO EN MEXICALI, BAJA CALIFORNIA NTE.

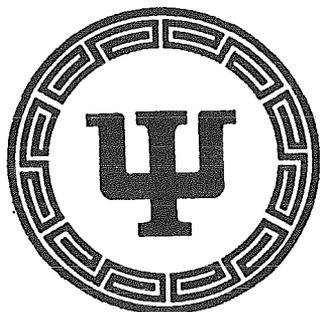
T E S I S

Que para obtener el título de

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

presenta

GUADALUPE SUSANA CONTRERAS TREJO



México, D. F.

1987

M-0049850



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Un reconocimiento y agradecimiento
a la guía del Lic. Octavio de la -
Fuente E.

T-Ps-4404

A LA PRESENCIA, APOYO Y COMPRENSION
DE MIS PADRES.

AL CARINO DE MIS HERMANOS.

ESPECIALMENTE A LA VIVENCIA DE
MI HIJO JOSE MANUEL

DESDE QUE HE TENIDO UN AMANECEER
EN MIS MANOS.

I N D I C E

	Página
INTRODUCCION	1
FUNDAMENTACION Y JUSTIFICACION DEL ESTUDIO	4
OBJETIVOS DE ESTUDIO	7
1. ETOLOGIA	
1.1. Estudios Etológicos	11
2. ASPECTO MEDICO	
2.1. Aspectos nutricionales y fisiológicos de la leche materna	32
2.2. Nutrición	32
a) Proteínas	32
b) Carbohidratos	34
c) Grasas y colesterol	36
d) Otras sustancias	37
e) Enzimas	38
f) Hierro	38
2.3. Sobre alimentación y obesidad	39
2.4. Consideraciones inmunológicas	40
2.5. Lactancia y prematuridad	43
2.6. Lactancia y cancer mamario	44
2.7. Lactancia y anticoncepción post-parto	45
2.8. Instrucción a la madre	49

3.	CONTEXTO SOCIAL	
3.1.	El contexto social de la alimentación infantil	65
3.2.	Las trasnacionales de la leche en polvo ...	67
3.3.	Las trasnacionales de leche en polvo y la - educación	78
3.4.	El nacimiento en sociedades no industriales	86
3.5.	El alojamiento conjunto en la sociedad industrializada	89
3.6.	Situación actual de la lactancia materna ..	94
	a) La situación en México	99
3.7.	Grupos de apoyo	104
3.8.	Código Internacional de Comercialización de Sucesos de la Leche Materna	107
4.	CONSIDERACIONES PSICOLOGICAS	
4.1.	Algunas consideraciones psicológicas	136
SEGUNDA PARTE		
ALGUNOS ASPECTOS PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN LA EVI TACION Y ABANDONO DE ALIMENTACION POR SENO MATERNO: - EL CASO DE MEXICALI, B.C.		
	METODOLOGIA	159
	CONCLUSIONES	178
	PROPUESTAS	182
	APENDICE	186

	Página
CODIGO	189
INDICE DE CUADROS ESTADISTICOS	193
CUADROS ESTADISTICOS	196
BIBLIOGRAFIA	244

INTRODUCCION

La alimentación por seno materno al infante es una conducta que forma parte de un ciclo vital, que se inicia en las relaciones sexuales, embarazo, parto, lactancia y podría decirse - termina en la crianza.

Es un fenómeno amplio y complejo, pueden observarse una - interrelación existente entre factores socio-económicos, psicológicos e ideológicos. Esto hace necesario que se planteen algunas consideraciones de tipo etológico, médico, social y psicológico, para el análisis del presente estudio.

Como se ha considerado en ocasiones útil y necesaria la - comparación del hombre con otras especies, es interesante comentar algunas investigaciones relacionadas con el comportamiento del cuidado de las crías, que son patrones de conducta al servicio de la cohesión del grupo. Se pueden distinguir las actitudes presentadas por el hijo a su madre y las actitudes de la madre a su hijo. Y como característica importante en todos los mamíferos a la lactancia materna. Se pueden ver investigaciones completas sobre la importancia de la relación madre-hijo y su consecuencia en la conducta sexual y de interrelación. También la consideración de los efectos de la densidad de población sobre esta díada madre-hijo y el grupo. No menos interesante el fenómeno de impronta y los períodos de fijación críticos sensibles en ciertas edades.

En la actualidad en el ser humano se han reconocido las múltiples características nutricionales y fisiológicas de la leche materna y la superioridad inigualable sobre la leche de fórmula, con beneficios para la madre y su hijo. Pero a pesar de ser un hecho natural es necesaria una instrucción completa y adecuada a los profesionales de salud, a la madre, esposo y familiares como a la comunidad en general.

En el contexto social los aspectos económicos en torno al fenómeno de lactancia materna hacen necesario mencionar la importancia de las transnacionales de la leche en polvo. Como señalar las características y prácticas de las instituciones educativas y de salud al respecto. Es interesante conocer las prácticas de nacimiento en las sociedades no industriales, como las de la sociedad industrial, como es el alojamiento conjunto y un ejemplo específico en nuestro país. Es importante delimitar la situación actual de la lactancia materna de los diversos países, particularmente ubicando la posición de México. Hacer un reconocimiento de las experiencias de los grupos de apoyo hacia la alimentación natural, es indispensable en la actualidad.

En las consideraciones psicológicas se ha dado gran relevancia a la relación madre-hijo durante su primer año de vida del infante y su influencia en el desarrollo posterior. Es importante comentar algunos rasgos de la personalidad de la madre que lacta y la que usa la leche de fórmula. La experiencia de la lactancia materna dentro de un sistema familiar oca-

siona reacciones, pero de gran trascendencia son las del padre a la díada madre-hijo durante el amamantamiento.

Es significativo y sorprendente observar que en el análisis documental que se solicitó al (CICH) Centro de Información Científica y Humanística de la Universidad Nacional Autónoma de México, referente al tema hasta 1984 (año en que se inició el estudio) la bibliografía en español era muy limitada. Por lo que se hizo necesario recurrir al Banco de Información de la State University of San Diego, California, EUA.

Para valorar algunos de los factores sociales y psicológicos que influyen en la determinación de la madre para abandonar la alimentación natural se realizó un estudio de campo en la ciudad fronteriza de Mexicali, B.C., en el estudio se entrevistaron a las madres con hijos menores de un año, donde se les preguntaron aspectos sociales, económicos y familiares, como vivencias personales a la experiencia de la lactación.

Los resultados proporcionaron información importante y contundente al fenómeno de abandono de la alimentación por seno materno en esta ciudad.

FUNDAMENTACION Y JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

Todos los animales mamíferos contienen la leche específica nutricional para la alimentación de los de su especie, paradójicamente el ser humano a pesar de su prolongada condición dependiente al nacer y considerando el -- tiempo de desarrollo de sus mecanismos de adaptación al medio ambiente, es el único que ha alterado el hecho de amamantar con leche materna sustituyendola por la leche de fórmula⁽¹⁾; indudablemente este cambio de alimentación se debe a la capacidad del ser humano de transformar la naturaleza, específicamente al desarrollo de la tecnología que le ha permitido hasta cierto -- punto crear un elemento nutricional parecido al de la leche materna pero -- que nunca llegará a ser un sustituto de la leche materna⁽²⁾.

En estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud se observó que en la última década se ha incrementado sensiblemente la alimentación a los infantes por medio de la leche de fórmula; esta institución al igual -- que otras asociaciones como es la Liga de la Leche Materna han señalado la urgencia de retornar a la alimentación de seno materno. basandose en las es-- tadísticas de mortalidad y morbilidad infantil causada por la alimentación-- de la leche industrializada especialmente en los países subdesarrollados.

Actualmente por medio de las investigaciones médicas se ha demostrado la -- superioridad nutricional y las características inmunológicas únicas e in--

(1) Entiendase por leche de "fórmula" a sustitutos de la leche materna -- Mandl E-Pierre, Alimentación al pecho, Pax-México, México 1983. PXV.

(2) Yzunza-Ogazon Alberto, Consideraciones Biosociales de la Lactancia Ma--terna, División de Nutrición de Comunidad; Instituto Nacional de la -- Nutrición "Salvador Zubirán", México, D.F. 1983. P.291

substituibles de la leche materna. Han determinado además las consecuencias en la salud de la madre y el niño por el abandono de dicha alimentación.

Existen algunas investigaciones etológicas que en sus resultados -- muestran la trascendencia irreversible por no alimentar con leche de seno materno; donde el infante animal se ve afectado en sus conductas de interrelación con otros de su especie y el medio ambiente. En el ser humano las investigaciones con esta orientación son imposibles de realizarse por razones obvias; ya que se arriesgaría la integridad y desarrollo del infante humano.

Entre los hallazgos más significativos de este último siglo está la -- comprobación de que las experiencias emocionales en los primeros años y específicamente en ciertas etapas especiales de la vida mental, pueden afectar en forma vital duradera e irreversible a la personalidad y en las relaciones sociales. Es innegable que el primer binomio por excelencia madre-hijo, unidad fundamental de la familia es importante para el hombre en su supervivencia, desarrollo y crecimiento como un ser biológico, psicológico, económico y social. Se ha demostrado la vital necesidad del afecto materno, como la evidencia de que la alimentación por seno materno propicia una disposición afectiva inicial positiva para la relación madre-hijo. Al amamantar la madre a su hijo le asegura no solo la alimentación más adecuada sino que también le brinda protección, afecto y seguridad. La madre es el sujeto único e ideal tanto biológico como psicológicamente para cubrir dichas necesidades.

Al alterar el ser humano el hecho natural de alimentar al niño por seno materno ha ocasionado fenómenos irreversibles que en lugar de mejorar su

calidad de existencia social e individual lo han afectado tanto en su condición humana como en su salud; causando además un gasto excesivo a nivel familiar, institucional y nacional, no solo por el consumo de la leche de formula sino en tanto deben atenderse las enfermedades ocasionadas por la substitución de la leche natural.

Sin embargo, a pesar de estos hallazgos científicos no se han llevado a cabo actualmente una difusión masiva para la instrucción de los beneficios y ventajas de la lactancia materna con una preparación adecuada que asegure una prolongada y satisfactoria alimentación de seno materno; donde el uso de leche de formula sería solo necesaria en casos especiales, pero a decir verdad mínimos.

En realidad son causas de orden exterior a la madre las que han permitido intercambiar un proceso natural por uno artificial; referentes de tipo económico, social, educativo y psicológico. En un marco de crecimiento tecnológico, sofisticado y de monopolios internacionales, los grandes TRUST; con criterios propios de un sistema fundamental en conceptos de plusvalía que adquieren en muchas de las veces prioridad sobre las necesidades vitales para el hombre; han creado una publicidad elaborada que ha influido en una forma trascendente, no sólo a los consumidores sino en las prácticas hospitalarias, como en la educación de los elementos profesionales de la salud pública. Esto es factible en una superestructura con factores estrechamente vinculados al sistema educativo; que ha fomentado la idea de igualdad de la leche industrializada con la materna como el propiciar una deficiente instrucción y estimulación adecuada sobre la alimentación materna que garantizará su adecuada difusión.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

A pesar de que México es un país en vías de desarrollo en donde se ha agudizado la crisis socio-económica, se observa actualmente una incidencia en el uso de alimentar a los infantes por medio de leche de fórmula; como la falta de educación sobre los beneficios de la alimentación por seno materno.

Lo anteriormente expuesto se puede considerar desde un plano económico y social, pero de igual importancia son las necesidades del ser humano de -- afecto y alimentación idealmente satisfecha por la madre durante el amamantamiento. Es importante hacer notar que a pesar de que existen grandes asociaciones, estudios e investigaciones que confirman lo insustituible de la leche materna, no existen en nuestro país suficientes campañas a nivel nacional y regional que promuevan a las madres amamantar a sus hijos y abandonar el consumo de leche de fórmula.

El presente estudio se planteó al considerar lo anterior, como el hecho de que la ciudad de Mexicali, Baja California sea una zona fronteriza donde existe el acceso a un mercado de un país industrializado como Estados Unidos (EE.UU.); además de analizar las entrevistas realizadas en las guarderías, instituciones de salud y educación superior de esta entidad.

De las entrevistas se encontró que en nueve guarderías no se autoriza explícitamente dar pecho; a excepción de dos de ellas, y sólo en una se presenta el 1% de lactancia materna. En cuanto a las instituciones de salud, no existe una orientación estructurada adecuada a las madres o elementos médicos y paramédicos sobre la necesidad y beneficios de la leche materna. En las instituciones educacionales, escuela de medicina y enfermería; no se --

imparten materias sobre lactancia materna, pero en cambio sí - existen materias con instrucción sobre la leche industrializada.

Es importante considerar que en la ciudad de Mexicali - existe un clima extremoso durante 5 meses del año donde las temperaturas son de 37°C - 48° Centígrados y en invierno - 3.8° a - 1.1° Centígrados, en una urbanización deficiente para la mayoría de la población con respecto a la habitación, drenaje, agua potable, pavimentación, etc.

En la Secretaría de Salud del Estado de Baja California - se reporta como las primeras causas de morbilidad y mortalidad infantil a las infecciones intestinales y afecciones respiratorias. Enfermedades que son evitadas por una alimentación materna.

El Instituto de Investigación Social de la Universidad - Autónoma de Baja California en conjunto con COPLADE, Comité de Planeación para el Desarrollo del Estado de Baja California, - realizó un estudio para determinar los niveles mínimos de bienestar en el Estado de Baja California en el año de 1983, encontrando que las madres con niños menores de 1 año de edad que estaban alimentando por seno materno en el Estado era el 54.7% en una muestra de 3818 familias; el tiempo que dieron fue de 1-3 - meses el 60%, 4-6 meses 18.7% y de 6 ó más 20.4%. En Mexicali, - B.C. fue el 54.4% en una muestra de 545 familias; de 1-3 meses dió el 59.0% 4-6 meses 18.1% y de 6-12 meses el 22.6%. De las - madres que dieron pecho de 1 a 3 meses, la mayoría interrumpió la alimentación materna en el primer mes.

Se decidió realizar el presente estudio sobre algunos de los factores psico-sociales que han influido en la declinación de la lactancia materna y se plantean como objetivos generales a desarrollar en la ciudad de Mexicali, B.C., los siguientes:

1) Conocer de las madres de familia que actualmente tienen hijos menores de un año, que proporción de ellas amamantan a sus hijos.

2) Estimar el tiempo de lactancia en las madres que amamantaron por seno materno.

3) Determinar a que edad se inicia la alimentación sólida en el infante.

Como objetivos específicos se comprobará la influencia de factores económicos, sociales y psicológicos que influyen en la decisión de la madre al no alimentar a su hijo por seno materno:

1) Conocer la influencia de médicos y enfermeras para decidir la alimentación del infante.

2) Identificar la actitud del padre, familiares y amigos respecto a la alimentación por seno materno.

3) Definir el impacto de la actividad laboral y social en la madre para alimentar por seno materno.

4) Conocer las conductas afectivas desarrolladas por la madre hacia su hijo al momento de alimentarlo por seno materno.

5) Identificar las razones de la madre por las cuales -
decidió amamantar y destetar.

6) Comprobar que las trasnacionales a través de los profesionales de la salud (médicos y paramédicos) introducen su -
producto al mercado para el consumo del infante.

ETOLOGIA

ESTUDIOS ETOLOGICOS.

La etología es la ciencia que estudia el comportamiento animal; donde el investigador ha estudiado su conducta en un contacto permanente e íntimo, mostrando una disciplina, paciencia y sensibilidad hacia el animal dentro de su medio ambiente. Una de sus características más importantes es el considerar al animal dentro de sus grupos, con sus relaciones sociales, vida afectiva y otras conductas en su ambiente natural.

En los últimos años se ha convertido en un modelo comparativo para la conducta del hombre, ha considerado al ser humano como una especie única, particular; con su indudable diferencia, complejidad y superioridad sobre los otros animales. Debido a su estructura biológica se le ha aceptado a éste como un mamífero dentro de la clase de los primates. Según ha comprobado el antropólogo inglés Sir Arthur Kuth, el hombre posee 1065 características anatómicas de las cuales 113 tiene en común con los monos corrientes, 117 con el gibbon, 354 con el orangután, 369 con el chimpancé y con el gorila 385. Son exclusivas del hombre sólo 312 características⁽¹⁾.

La ciencia considera en muchas ocasiones útil y necesaria la comparación del hombre con otras especies. La obvia limitación de experimentación con los seres humanos abrió el campo de investigación hacia otros animales; son indudables los avances que se lograron en el conocimiento de la fisiología del hombre a través de su comparación con la de otras especies. Se ha comprobado ya que las hipótesis de trabajo etológicas son eficaces para el estudio del comportamiento humano; en los últimos tiempos se han realizado observaciones y experimentos dentro de los estudios etológicos con una orientación hacia los aspectos conductuales y emocionales. Este estudio del hombre por

los animales como parte de "su mundo" le ha brindado experiencias y conocimientos únicos, válidos en sí mismos además de otorgarle un conocimiento que le ha ayudado a conocerse y comprenderse mejor.

Esta comparación del hombre con el animal es más aceptable y útil cuando se considera el período preverbal característico en el infante humano como en los pequeños monos; en los que aún no aparece la comunicación semántica ni el uso de símbolos, sino que prevalece sólo una riqueza y variabilidad de comportamientos cuyo lenguaje son, tanto las expresiones faciales, gestos, mímicos como los afectos.

La dinámica relación madre-hijo se da en todas las especies, aunque en los vertebrados superiores el comportamiento del cuidado de las crías como alimentar, abrazar, cuidado social de la piel, etc., tienen no sólo la función de tranquilizar, sino que también son patrones de conducta al servicio de la cohesión del grupo que han demostrado ser el cimiento del grupo⁽²⁾. Se ha observado cómo los patrones conductuales que caracterizan la crianza de la cría afectan posteriormente las formas de relación social entre el grupo, la relación sexual de la pareja y aún las relaciones de crianza en sí. Aunque también es verdad que las diferentes actitudes hacia el recién nacido por la madre y el grupo varían según la especie y aún dentro del mismo grupo y de una madre a otra.

Se tiene conocimiento de que únicamente los animales que cuidan a las crías forman grupos exclusivos cerrados, la mayoría basados en un vínculo familiar. Es el vínculo individualizado y su acción inhibidora de agresión, que se deriva de un conocimiento personal, el que se ha llegado a desarrollar en relación al cuidado de las crías (I. Eibl-Eibesfeldt 1955 b)⁽³⁾. Incluso

es este mismo cuidado el que llega a ser determinante en las especies que forman parejas para que éstas se mantengan juntas (J. Lamprecht 1972) ⁽⁴⁾.

La relación madre e hijo se considera natural, tiende a establecerse debido a una serie de reacciones innatas tales como las de succionar, abrazar y sonreír; que se da particularmente en el caso del infante humano, y de las correspondientes respuestas de la madre ante estos determinados estímulos. Este contacto tan estrecho entre la madre y su cría llega a determinar una necesidad de contacto entre los jóvenes y adultos en el grupo, expresada en diferentes actividades, como en situaciones de miedo, reconocimiento y actos de cuidado de la piel que son tan importantes para mantener unido al grupo. No sólo esta disposición al contacto social deriva del sistema funcional del cuidado de la cría. También los actos de alimentación mutua y una alimentación ritualizada, presentada para el cortejo de la pareja proviene de la alimentación de la cría ⁽⁵⁾.

R. Schenkel (1956, 1958) ha comparado distintos faisimidos, y pudo observar la ritualización progresiva de la atracción del alimento en el cortejo ⁽⁶⁾. Recientemente W. Wickler (1967 b) e I. Eibl-Eibesfeldt (1966 a) han resumido toda una serie de observaciones ⁽⁷⁾. En las crías de los chacales de lomo negro incitan a sus padres a regurgitar el alimento golpeándoles con el hocico, estos golpes en la comisura de la boca forman posteriormente parte de la ceremonia de saludo de los adultos (W. Wickler 1966) ⁽⁸⁾. La caricia con el hocico de los lobos (R. Schenkel 1947) se presenta en una forma parecida ⁽⁹⁾. También en algunas focas los golpes y caricias con el hocico para el saludo entre madre e hijo cuando ya no regurgitan el alimento lo usan también entre los adultos.

En los monos antropoides se conoce también la alimentación de boca a boca de las crías por la madre donde los chimpancés adultos se saludan unos a otros con un beso (J. Van Lawick - Goodall 1967)⁽¹⁰⁾, también es usada esta alimentación mutua en el cortejo. N. Rothman y E. Tenber consideran que el beso del hombre es un comportamiento alimenticio ritualizado⁽¹¹⁾.

En muchas aves comunes, por ejemplo, los adultos se alimentan durante el cortejo como si fueran polluelos. El pinzón atrae a la hembra hacia el nido con movimientos de las alas imitando a los polluelos y mostrando la conducta de las crías de pedir comida. Este ofrecimiento de comida, la alimentación y el filtrado con el pico durante el cortejo del pinzón real (J. Nicolvi 1965)⁽¹²⁾ y de muchos otros pájaros son comportamientos ritualizados derivados del sistema funcional del cuidado de las crías. Muchos otros animales también usan otras conductas infantiles, limpieza de la piel y otros regalos para atraer a la pareja. Así muchas de las semejanzas en la forma y posición dentro de la secuencia y a veces de la función de los movimientos de los adultos son una ritualización de las formas de alimentación en muchas especies.

Cuando los individuos del grupo se conocen bien se les ha denominado especies de contacto donde un animal saluda a otro tocándole el cuerpo. Los movimientos de la limpieza de la piel expresa claramente una disposición al contacto social. Los chimpancés cuando se encuentran con uno que conoce lo abraza y lo besa en la boca (J. Van Lawick - Goodall 1965)⁽¹³⁾. El abrazo puede explicarse como derivado de la reacción de la cría a agarrarse a su madre. También utilizan el dar la mano para tranquilizar el encuentro entre dos chimpancés de diferente rango considerándose también una extensión del gesto infantil de búsqueda del contacto. En muchos vertebrados superiores se ha incorporado el comportamiento del cuidado de las crías al comportamiento sexual

precopulatorio; en este caso vemos en el hombre, entre otros, los movimientos de succión⁽¹⁴⁾.

Como se puede ver la relación madre-hijo es de suma importancia para el crecimiento y la adecuada integración del hijo al cuerpo social del grupo. En los primates esta relación es particularmente intensa e importante. Por ejemplo, se ha observado que en los papiones y otros primates las hembras con hijos recién nacidos poseen una atracción especial para todos los del grupo, tratando todos de acercárceles y procuran despiojarlos en los descansos, intentando tocar tanto a la madre como al hijo, incluyendo al macho de más categoría, que permanece a su lado durante las caminatas cotidianas. Todos los del grupo protegen la existencia de las hembras y sus hijos. Los recién nacidos constituyen el centro de interés social. En los chimpancés se puede observar una protegida infancia, viven en una comunidad ordenada, y los jóvenes pasan su infancia junto a la madre que los lleva siempre consigo. Es tan importante para el grupo esta relación que más que la diferencia de sexos es para el chimpancé la diferencia entre los animales sin hijos y los que crían hijos, tanto para sus caminatas cotidianas, limpieza social, repartición de alimentos, protección y otras actividades sociales. Las madres concentran todo su interés siempre en no poner en peligro a los pequeños. En los chimpancés salvajes que alcanzan una edad hasta 40 años, 10 pasan en una íntima cercanía con la madre, y cuando lactantes siempre los llevan consigo sobre la espalda de la madre. No se destetan hasta los 5 años de edad. Durante este período los pequeños reciben mimos extraordinarios, se les permite cualquier cosa, incluso el molestar a los machos adultos, y a pesar de ésto, se observa que jamás lloriquean y obedecen a las indicaciones de la madre; contrario a lo que se ha observado ocurre con los chimpancés en cautiverio⁽¹⁵⁾. En el gorila el primate más semejante al hombre, su amor a sus hijos es ejemplar, --

también permanecen los gorilas jóvenes mucho tiempo a cargo de sus madres. - Muestran las madres gran tolerancia y paciencia a sus hijos al igual que por parte de los machos. También se destetan hasta los 5 años de edad⁽¹⁶⁾.

En algunos mamíferos se observa un apoyo más directo por parte del macho durante la crianza. Se ha reconocido en los lobos una organización social un poco más compleja. La conducta hacia la hembra recién parida en la manada de lobos es ejemplar; se presenta particularmente el auxilio del macho dominante o por otros machos del grupo al llevarle la alimentación a la madre en la madriguera que haya parido, mientras ella se dedica exclusivamente al cuidado y alimentación de la cría⁽¹⁷⁾.

Una característica de todos los mamíferos es de amamantar a sus crías, - este período de amamantamiento es variable. En los mamíferos altriciales, - los que necesitan de un período de maduración mucho mayor y nacen muy desvalidos, se presenta el reflejo de búsqueda del pezón en posición horizontal y -- responden a estímulos térmicos donde la madre adquiere la posición de echarse en el suelo, flexiona su tronco y adopta la forma de U para cobijar a su - - cría⁽¹⁸⁾. La lactancia materna garantiza como en ningún otro acto a la madre y a su hijo un contacto corporal único, brindándole a su cría seguridad y confianza. Esto es válido tanto para los humanos como para los animales.

Se han considerado tres fases dentro de la lactancia. La primera donde la madre intenta un contacto íntimo con el recién nacido tratando de lograr en diferentes formas que su cría agarre su pezón, esta es la etapa neonatal. Una segunda fase en la que el recién nacido empieza a movilizarse fuera del nido, la madre lo recoge y regresa al nido, este período es denominado de re-cogido. La última fase que finaliza con el destete, se caracteriza por la --

disminución de la acción de la recogida, y es la cría la que sigue a su madre e intenta mamar, la madre se vuelve más rechazante y de muchas formas logra evadirse hasta que se llega a un destete⁽¹⁹⁾.

En los primates se ha reconocido dentro de la dinámica relación madre-hijo las actitudes del hijo a su madre y las actitudes de la madre hacia su hijo.

Se distinguen dentro de las actitudes del hijo a su madre cuatro fases. La primera que es la del estadio reflejo, donde existe la presencia de un conjunto de reacciones innatas que determinan al recién nacido; incluyendo al bebé humano; el chupar cualquier cosa que toca sus labios; y el de presión, el aferrarse con sus deditos a los objetos, la fuerza con que lo hace varía según la especie, la del ser humano es más debil comparándola con los primates, que se manifiesta con más energía en el mono rhesus. En la segunda fase se presenta el estadio de fijación, el hijo se encuentra junto a su madre y explora tanto el cuerpo de ella como el de el mismo. El tercer estadio es el de afianzamiento donde la cría empieza a explorar el medio que le rodea pero necesitando a su madre para que le proporcione seguridad y confianza ante los objetos nuevos. Esto también es observable en los niños. El último estadio es el de separación o destete es donde la cría pasa cada vez menos tiempo al lado de la madre incorporándose más a los juegos con sus congéneres⁽²⁰⁾.

En las actitudes de la madre hacia el hijo se presentan básicamente tres estadios. El primero consiste en una protección o fijación, donde la madre sostiene a su cría en brazos, lo alimenta, explora su cuerpo y lo recoge al nido cuando éste se aleja. Las dos siguientes, el de transición y separación, no se dan en forma inmediata sino que se presentan paulatinamente mientras -

que la madre enseña al pequeño a integrarse a su medio y al grupo. Algunas veces, como en el caso de los chimpancés tarda hasta 5 años, en algunos otros hasta el nacimiento de un nuevo hijo. La última fase coincide con las actitudes del hijo, por un lado la madre tiende a no retener más al pequeño, se vuelve más evasiva y rechazante y por otro lado el hijo busca más la exploración, alejándose de la madre por intervalos más largos e integrándose paulatinamente a los juegos de los de su edad⁽²¹⁾.

Como se puede observar la lactancia es tan importante que es durante ella que se encierran diversas manifestaciones de actitudes entre la madre y el hijo; ya que es en ella donde la madre puede brindarle más estrecho contacto al mamar y es el término de la lactancia la que señala en los mamíferos, especialmente en los primates, un cambio no sólo de alimentación sino de vida, una nueva forma de relacionarse con su medio y su grupo; aunque no representa como se ha podido comprobar una ruptura absoluta con la madre.

En los seres humanos como en los animales la carencia de las actitudes de la madre hacia su hijo tiene consecuencias muy graves, puede causar un detrimento en el desarrollo intelectual y afectivo del pequeño, afectar negativamente su forma de relacionarse con los de su especie y en algunos casos hasta causar la muerte.

Una manifestación básica no sólo en el ser humano sino también en otras especies es el amor, aunque su manifestación sea variable y compleja según la especie, sobre todo en el ser humano. En el hombre se ha considerado que su primer amor es su madre, algunos han considerado que éste se da propiamente por la satisfacción de la necesidad del hambre; otros que se deriva del estrecho contacto corporal con la madre. Y algunos piensan que el manejo afectuo-

so que se da en el acto de amamantamiento y el complejo de actividades que expresa la madre durante este acto, como son el contacto, manipuleo y limpieza del cuerpo, oír, ver y oler, son determinantes en la estimulación de la dinámica madre-hijo⁽²²⁾.

Debido a la imposibilidad de experimentar con infantes humanos, a excepción de las pocas observaciones que se pueden hacer en algunos casos que se presentan en orfanatorios y hospitales (Spitz, Maslow), se ha tenido que recurrir a experimentos de laboratorio para conocer más sobre las implicaciones de la relación madre-hijo⁽²³⁾.

Entre las investigaciones más completas se encuentran las realizadas por el Dr. Harry Harlow, en el Centro Regional de Investigaciones de Primates de Madison⁽²⁴⁾. El profesor Harlow colocó en la jaula de cada uno de sus monos rhesus, aislados de la madre natural, dos substitutos de madre. Uno de ellos era un cilindro de gruesa tela metálica, inclinado, con una cabeza de madera que podría imitar de alguna forma el rostro de un mono rhesus. El otro, un torso de alambre recubierto con una gruesa piel de felpa. Y a ambos se les colocó un biberón. A la mitad de los monos se les alimentó de la "mamá de trapo" y a la otra mitad de la "mamá de alambre". Se pudo observar en las siguientes semanas que todos los monos se desarrollaban físicamente sanos, mostrando buen apetito, pero apareció una preferencia por la madre de trapo. Se colocó también una calefacción eléctrica en el suelo de las jaulas y a pesar de esto, en cuanto aprendían a trepar, los pequeños monos, preferían a la mona de trapo sin calefacción. Como iban creciendo, se prendían, agarraban y apretujaban más contra la tela de felpa. No sólo los monos que tomaban el alimento de la mona de trapo sino también aquellos que se alimentaban en la mona de alambre, ya que saciaban su hambre no deseaban permanecer más tiempo

con ella. Fue evidente la preferencia de los monos por una madre de trapo inca paz de amamantar y contra cuya piel de felpa se apretujaban, a una de alambre que los lactase. Se dedujo de esta preferencia que también en el caso del -- amor humano a la madre, no es lo más decisivo la satisfacción del hambre y la sed sino la sensación de acogida y contacto corporal, que igual en el hombre como en el animal es proporcionado en forma única al mamar.

El Dr. Harlow hizo otro descubrimiento aún más sorprendente. La madre - de trapo no era sólo su refugio predilecto sino que brindaba la sensación de seguridad, tranquilidad y confianza a los pequeños monos.

El Dr. Harlow colocó dentro de las jaulas un juguete mecánico, un oso de peluche que causa gran ruido con un tambor de hojalata, al acercársele al mono de cría que había dentro de ella, éste se llenaba de pánico, trepaba inmediatamente a su madre de trapo, agarrándose a ella con todas sus fuerzas, escondiendo su carita en la piel de felpa, este contacto corporal era suficiente para disipar su terror. Sin soltarse de su madre de trapo, empezaba a mirar con un poco de miedo al juguete, pero paulatinamente mostró más curiosidad, hasta que se atrevió a abandonar a su madre de felpa que le había proporcionado protección, y empezó a examinar entonces con gran curiosidad al objeto que momentos antes le había provocado tanto temor.

En los niños se puede observar la misma reacción, cuando tienen a su madre cerca demuestran mayor interés y excitación ante una serie de cosas; pero si se sienten solos, les asusta o impresiona negativamente cualquier cosa des conocida. Desaparece su curiosidad y no se mueven del sitio donde se encuentran.

Después se colocó a los monos en otra jaula más grande, donde se colocaron varios objetos: un trozo de madera, un papel arrugado, un pequeño árbol artificial y uno de sus pañales de algodón. Al ver aquellos objetos los pequeños monos manifestaron un gran miedo. Saltaron lo más rápido posible a su madre de trapo, aferrándose ansiosamente a ella, ya tranquilizados, empezaron a trepar por ella de un lado a otro y a jugar con su rostro artificial. Al sentirse seguros con este contacto, empezaron a descender de la mona de trapo y se atrevieron a explorar el nuevo ambiente, convirtiéndose los objetos desconocidos en juguetes. Como se pudo observar, la madre de felpa les proporcionó seguridad. Pero cuando en la jaula no se encuentra esta madre de trapo, los pequeños rhesus casi enloquecían de pánico, corrían de un lado a otro, se acurrucaban sacudidos por un temblor convulsivo mientras chillaban desesperadamente. La madre de alambre no los podía tranquilizar en tal situación, ni en los casos que los macacos eran creados con la sola compañía de la madre metálica. Mostrando estos monitos mayores trastornos emocionales. Después su angustia se convirtió en una profunda apatía, se iban a acurrucarse en un rincón, cubriendo su cabeza con sus bracitos, mientras movían su cuerpo hacia atrás y adelante. Se pudo observar cómo la sensación de protección física es de un valor decisivo en el desarrollo del vínculo existente entre el pequeño y la madre. Estas reacciones son también encontradas en los niños ante circunstancias parecidas (Maslow).

Se realizaron algunos otros experimentos con ciertas modificaciones, como el colocar a la madre de felpa arterias artificiales con agua helada bajo su piel donde los recién nacidos se acercaban confiadamente pero inmediatamente se retiraban asustados a refugiarse a el rincón más alejado y no volvían a tocar aquella madre de trapo.

Los experimentos demostraron a pesar de todo que ni la más perfecta madre de trapo era capaz de substituir a una verdadera madre rhesus. Solo ella es capaz de disuadir a su hijo a que succione cualquier objeto, algo imposible de lograr de otro modo. Es la verdadera madre la única que puede enseñar a su hijo el aseo, como también a entender los gestos y expresiones de los demás monos; es un puente indispensable para el inicio adecuado de relaciones posteriores con sus otros congéneres. La madre verdadera es activa y reacciona a las necesidades de su hijo, estimula a su pequeño a que explore el medio que le rodea, también puede dirigir el juego de su hijo en forma más eficiente que cualquier sucedáneo de madre.

El Dr. Harlow estaba seguro de que el rechazo de la madre a su hijo es la causa decisiva de todos los trastornos emocionales posteriores de su hijo. Realizó un nuevo experimento, donde las madres de trapo fueron construidas, pero ahora con características de madres desnaturalizadas; o sea que ahuyentaban a sus hijos con bruscos soplidos de aire a presión cuando ellos trataban de acogerse a ellas, otras trataban de sacudirlos, y en alguna de estas madres substitutas se les colocaron catapultas que ocasionalmente tiraban a los pequeños monos lejos y en otras se diseñaron para que brotaran bruscamente agujas debajo de su felpa. Todos estos dispositivos se diseñaron para causar temor e inseguridad a los monitos con respecto a su madre. Fue sorprendente el observar que aquellas madres habían causado sólo trastornos emocionales a corto plazo, pero los pequeños seguían aferrándose a pesar de todo a estas madres violentas como lo hacían a sus madres de trapo.

Otro descubrimiento importante se encontró en los monos que se habían criado aislados para reducir la mortalidad infantil y tener un mono estándar para comparación de las diferentes etapas de desarrollo. Estos monos -

separados de sus madres al poco de nacer, se les mantenía en una jaula individual desde donde podían ver y oír a otro mono rhesus. Estos macacos crecieron sanos, con una piel brillante, mostraban una inteligencia similar a los criados con su madre. Por lo tanto, se esperaba que siendo adultos procrearan una prole sana. Pero sucedió que cuando alcanzaron estos monos su madurez sexual se colocaron en jaulas dobles por parejas, pasaron meses sin que éstos se apareasen y sin tener ninguna descendencia. Por lo que decidieron intentar trasladarlos a un medio natural, para ver si podrían así presentar un comportamiento sexual normal. Los macacos tenían que aprender a sobrevivir en una isla deshabitada en el zoológico de Madison. Tenían que disputarse desde la comida en el grupo, buscar agua en una corteza, refugiarse y protegerse del mal tiempo, cobijarse entre ellos para calentarse, hasta convivir y lograr establecer después de agresiones continuas un orden de jerarquía, e incluso, formar grupos de amigos. Después de algunos días un macho se ahogó y dos hembras fueron retiradas por lesiones. Los que lograron adaptarse gradualmente llegaron a desarrollar algo así como una estructura social y con mucha timidez empezaron el aseo del pelo, pero aún así no se presentaba ningún comportamiento de tipo sexual. Entonces se decidió llevar a un macho rhesus con experiencia. Después de luchar por el rango llegó éste a ocupar la cabeza del grupo; pero tampoco logró que quedara preñada alguna de las hembras.

Así el Dr. Harlow pudo observar que los macacos criados sin madre, en confinamiento individual, se habían convertido en

adultos sanos, fuertes, con un desarrollo físico y de inteligencia similar a sus coetáneos creados por madre; pero que presentaban dificultades sexuales, esquemas cinéticos estereotipados - que repetían uno y otra vez. Algunos de ellos pasaban horas enteras con la mirada fija en la pared, a veces levantaban un brazo lentamente, como si no fuera suyo, de pronto daba un salto - asustado y se lo tocaba como si fuera algo extraño. Otros se - sentaban con el rostro cubierto con las manos y brazos y balan- ceando su cuerpo hacia atrás y adelante. Algunos sólo recorrían la jaula de un lado a otro siempre con los mismos movimientos. Se presentaron también hábitos estereotipados con los que llega ban a causarse heridas, se mordían y arañaban o descargaban su agresividad unos con otros. Los monos ante la proximidad de un extraño reaccionaban en forma de furiosos ataques entre sí. Normalmente un mono rhesus no permite que un extraño se le acerque sin que le pueda causar mordeduras. Esta inversión de comporta- miento agresivo ha sido observado en niños huérfanos y en pa- cientes aislados de instituciones psiquiátricas, explicándose - estas conductas también debido a las mismas causas.

Harlow realizó también experimentos en los monos rhesus - en aislamiento parcial y total, para observar el desarrollo de las conductas sociales y sexuales. Los resultados aunque varia- ban según el tiempo de aislamiento, sus consecuencias en la ma- yoría eran irreversibles; su posibilidad de rehabilitación va- riaba individualmente según la edad y el tiempo de confinamien- to de igual modo. Se presentaban en estos macacos agudas altera- ciones de conducta, de relación social, agresión, miedo, indife

rencia absoluta sin mostrar curiosidad o deseos de interrelación, paralizados por la angustia y el terror. Estos resultados desgraciadamente han coincidido también con los observados en los niños creados en orfanatorios o con madres indiferentes. Se llegó a la conclusión de que la responsabilidad de una madre no es sólo el cuidado de la crianza de sus hijos, sino también de sus consecuencias, especialmente de que sus hijas puedan desempeñar en un futuro el papel de una buena madre. Harlow pudo observar además la imposibilidad de las hembras criadas en aislamiento de desarrollar una actividad sexual normal; pero además que las que fueron inseminadas artificialmente, no eran capaces de atender a su cría, ya que al ser madres mostraron ser indiferentes, negábanse a dar pecho y también mostraron conductas de crueldad con sus hijos. Los hijos que sobrevivieron a estos malos tratos manifestaron una maduración sexual precoz, algunos presentaron niveles de agresión mayor y comúnmente indiferencia. También ésto ha podido observarse en las conductas de los jóvenes que provienen de familias perturbadas.

Es innegable que todos los resultados han permitido formular interrogantes, llamar a reflexión y obtener una comprensión significativa sobre la relación madre-hijo, su trascendencia y consecuencia para la vida futura y la integración en el grupo. Aunque la diferencia entre una cría de mono y un bebé humano son varias, los infantes de ambas especies siguen en gran parte la misma secuencia de desarrollo, e incluso el ser humano nace mucho más indefenso y dependiente que cualquier mamífero. Es irrefutable la necesidad de una buena relación madre-hijo para

un desarrollo sano.

Existen otros experimentos en los que se planearon las consecuencias de la substitución del amamantamiento por una lactancia artificial, realizada por Lidell, 1956; Moore y Hersher 1962. Estos se realizaron en cabritos, aunque los resultados de estas investigaciones difieren, coinciden en señalar una diferencia negativa en cabritos alimentados con biberón de los cabritos criados por su madre; considerando difícil separar el hecho del tipo de alimentación del contacto materno en sí.

(Lidell, 1956) señala que los cabritos criados con biberón y después de convivir un año con el rebaño mostraban letargo y dificultad para condicionarse. Moore y Hersher (1962) muestran en sus resultados de la crianza de cabritos con biberón una similitud con los criados con una madre extraña; donde los cabritos presentaban una facilidad para el condicionamiento una actividad incrementada y respuestas más vigorosas a mayor estimulación que los cabritos criados por sus madres. Encontraron además una diferencia en cuanto a la inducción de una inmovilidad refleja prolongada, que es fácilmente lograda en el cabrito y el cordero normal y no se puede lograr en los alimentados por biberón (Moore y Asusty). Scott (1965) reporta que cuando una oveja hembra fue alimentada con biberón, y aún después de convivir un año con su rebaño, presentaba alteraciones de conducta con respecto a su cría; no les da de mamar, no cuida a sus corderos y muestra indiferencia ante una separación de ellos. Cuando es macho el alimentado con biberón tiene dificultades para -

integrarse al rebaño y durante el celo se mostrará menos agresivo (25).

Otras de las variables que han demostrado tener efectos adversos sobre la relación madre-hijo es la densidad de la población. John B. Calhoun (26), realizó una intensa investigación sobre la densidad de la población y sus efectos en la conducta social; inicialmente llevó los experimentos de laboratorio con ratas salvajes noruegas y posteriormente con seis poblaciones diferentes en situaciones cambiantes. Pudo concluir de sus hallazgos que la sobrepoblación causa alteraciones en las conductas sociales, de interrelación y sexuales, produce además efectos negativos en la crianza de la cría, afectando gravemente la tasa de mortalidad de las hembras y las crías. Se presentó en las hembras una patología conductual en forma más evidente, siendo éstas en la mayoría de los casos, incapaces de terminar sus nidos, embarazos, o sobrevivir muchas de las veces al parto y en caso de lograrlo, se daba una interrupción en el cuidado de la cría y en el amamantamiento. La tensión de la interacción social llegaba a alterar la conducta maternal causando una grave disminución de la supervivencia de las crías.

Otros de los hallazgos más importantes en las últimas décadas es el conocido fenómeno de la impronta o troquelado, estudiado intensamente por muchos investigadores (Heinroth, Lorenz, Tinbergen, Fabricius, Hinde, etc.) (27) y en el cual se han encontrado una correlación de diversas variables cambiantes según la especie; pero que en un intento de simplificar se podrá men-

cionar como una fijación especial a determinados seres y objetos en ciertos períodos sensitivos de la primera infancia. Entre las variables más determinantes al fenómeno de troquelado - están el movimiento, factores auditivos, visuales, la forma y - el tiempo. En el caso del infante humano, por ejemplo, se ha re conocido a su sonrisa particularmente como un substituto del ac to de seguir, muy interdependiente del mirar a los ojos. Aunque debe mencionarse que las variables relacionadas al fenómeno de impronta no son todas las mismas y constantes para todos los - animales. No sólo en aves se observan estos fenómenos de la impronta sino también en muchos insectos, peces y algunos mamíferos, entre ellos el caballo, cordero, perro, etc.).

El profesor Hess psicólogo de la Universidad de Chicago, señaló algunas leyes inflexibles de la impronta (28). La más -- importante de todas es que la fijación únicamente se da en un - período sensitivo. Este período en el que se puede dar la fijación será siempre en el animal un proceso único e irrepetible - en su vida. Si se presenta este período sensitivo en "blanco" - el animal no podrá recibir la fijación necesaria y se producen entonces algunos trastornos de conducta. Por ejemplo, el profesor Hess encontró que en unos polluelos de pato real que no habían recibido una fijación suficiente en su período crítico se presentaron en su adultez alteraciones de comportamiento copula torio, parecidos a los encontrados por el Dr. Harlow en sus experimentos ya mencionados con anterioridad, en sus monos rhesus.

En los niños también se presentaron fases sensibles. Según el profesor Eibl-Eibesfeldt, menciona la existencia de cuatro períodos de fijación⁽²⁹⁾.

El primer período sensitivo en un niño se presenta en los dos primeros años de su vida. Durante este tiempo se establece una profunda fijación emocional. El segundo período sensible se encuentra durante el tercer año de vida, durante el cual se da un contacto activo e inteligente con el medio que le rodea. Hacia los cinco años de vida, el niño estará en una fase de sensibilidad de fijación hacia todo lo de su comportamiento sexual posterior. Y por último el profesor considera la pubertad como el cuarto período sensitivo, donde se es sensible a la adquisición de nuevos valores e ideas.

Todo lo anteriormente expuesto nos da una idea básica de la importancia que pueden tener las experiencias de la infancia para un ser vivo. Se debe reconocer la indispensable necesidad de una relación cercana, afectiva con la madre, proporcionada inicialmente por la misma naturaleza, a través del acto de mamar. Esto es aplicable tanto en el animal como en el ser humano. Las consecuencias de la relación madre-hijo son dinámicas, abarcando no sólo a dicho binomio sino a la especie misma.

N O T A S.

1. Klaus Thews; Etología, ed. círculo de lectores, Barcelona 1976, p. 122.
2. Eibl-Eibesfeldt Irenäus, Etología, ed. Omega,S.A., Barcelona, 1979, p.p. 405-424.
3. Ibid, p. 412.
4. Ibid, p. 407.
5. Ibid, p.p. 160-177.
6. Ibid, p. 135.
7. Ibid, p.p. 137-138.
8. Ibid, p. 138.
9. Ibid, p. 138.
10. Ibid, p. 139.
11. Ibid, p. 139.
12. Ibid, p.p. 162-168.
13. Ibid, p. 168.
14. Ibid, p.p. 168-182.
15. Op. Cit. 1976, p.p. 100-101.
16. Op. Cit. 1976, p. 123.
17. Op. Cit. 1976, p. 36.
18. Op. Cit. 1976, p. 28.
19. Gratiot-Alphandery H. y René Zazzo, Tratado de Psicología del Niño, ed. - Morata 1979, p.p. 14-15.
20. Ibid, p.p. 15-16.
21. Ibid, p.p. 16-17.
22. Harlow Harry F. y otros, Psicología del Animal, ed. escuela 1965, p.p.31-33.
23. Op. Cit. 1976, p. 88.
24. Op. Cit. 1976, p.p. 73-91.

25. Op. Cit. 1979, p. 30.
26. Op. Cit. 1965, p. 89-106.
27. Op. Cit. 1979, p.p. 43-54.
28. Op. Cit. 1976, p.p. 62-67.
29. Ibid, p. 62.

ASPECTO MEDICO

ASPECTOS NUTRICIONALES Y FISIOLÓGICOS DE LA LECHE MATERNA.

Muchas son las ventajas de amamantar con leche materna al niño; de tipo social, psicológico y nutricional. A pesar de la avanzada tecnología moderna, que ha permitido elaborar leches de fórmula infantil que provean muchas de las características nutricionales y fisiológicas de la leche materna, sigue existiendo entre ellas diferencias. La leche materna es nutricionalmente superior a la de fórmula considerando las necesidades del infante ⁽¹⁾. Hasta la fecha los científicos siguen encontrando e identificando nuevos componentes de la leche materna y cada descubrimiento trae consigo un renovado asombro ante la complejidad y precisión con la cual la naturaleza la ha diseñado para satisfacer todas las necesidades del recién nacido. Aunque todavía se desconoce mucho acerca de la leche materna, lo que sí se sabe es, que un lactante puede estar seguro de recibir justo los nutrientes que necesita en las cantidades y proporciones exactas ⁽²⁾. La alimentación por seno materno proporciona al infante el mejor posible cimiento para una futura salud. La alimentación de la madre es sencilla, una función normal, un sistema de proporcionar, dar y demandar que le es útil tanto a la madre como al niño.

Nutrición.

Comparando las diversas propiedades de la leche humana con las fórmulas infantiles, se han encontrado las características nutricionales superiores de la leche de la madre, por las siguientes razones:

Proteínas.- Las proteínas en la leche humana difieren cualitativamente de las de la leche de vaca. Se ha demostrado que la concentración de albúmi

na en el suero de los niños lactados al seno materno es significativamente más alta que en los niños alimentados con leches industrializadas. Fomon - afima ⁽³⁾ que la concentración más alta de albúmina en el suero resulta ser un parámetro más significativo para determinar la superioridad nutricional de la leche materna, que el parámetro del aumento de peso y talla. En la leche de vaca la mayor parte de su albúmina es compuesta de b-lactoglobulina, que no se encuentra en la leche humana ⁽⁴⁾. La albúmina de la leche humana es a-lactoglobulina. Los aminoácidos azufrados en la leche de vaca se proveen principalmente por metionina, con una pequeña cantidad de cisteína; relativamente existe más cisteína en la leche humana. Debido a este contenido proteico más bajo, la leche humana también contiene menos aminoácidos aromáticos que la leche de vaca. Así, la composición de aminoácidos en la leche humana está particularmente adecuada a las características metabólicas del nuevo infante ⁽⁵⁾. Así el mayor contenido de proteínas en la leche de vaca proporciona una sobrecarga para el funcionamiento renal del lactante y una mayor carga metabólica en general. Este exceso puede provocar trastornos metabólicos tales como uremia, acidosis metabólica e hiperaminoacidemia. Una elevación pasajera de los niveles de tirosina, se presenta en un 80% de los neonatos alimentados artificialmente. Algunos autores han asociado este trastorno con una disminución del coeficiente intelectual y con problemas en el aprendizaje ⁽⁶⁾.

Además en un 75-88% de los lactantes sanos que reciben alimentación artificial se han encontrado mayores concentraciones de urea en el suero (40 mg/ml) que en los niños lactados al seno materno (10-25 mg/ml) ⁽⁷⁾.

La carga renal que proporciona la leche materna es de 79 miliosmoles por litro de Na, K, Cl y Urea. Con leche de vaca esta carga renal aumenta

2.6 veces; asimismo con diferentes productos de leche en polvo para lactantes, la sobrecarga renal es 1.7 a 2.1 veces mayor. Para el lactante sano y normal esta sobrecarga renal tiene pocas consecuencias, a pesar de su reducida capacidad renal; sin embargo, puede causar un balance hídrico negativo y eventualmente una hipernatremia en situaciones como:

- 1) Consumo bajo (absoluto o relativo) de líquidos. Esto último se presenta con bastante frecuencia cuando se está alimentando al lactante con altas densidades calóricas por errores en la preparación de la alimentación artificial.
- 2) Una alta pérdida extrarenal de agua, como ocurre con fiebre, temperaturas ambientales elevadas, hiperventilación o diarreas.
- 3) Una disminuida capacidad de concentración renal.

Hallazgos de varios estudios bioquímicos⁽⁸⁾, indican que estas diferencias resultan ser de una mayor complejidad y divergencia que lo supuesto anteriormente, ya que la diferencia en composición proteica y nitrogenada entre la leche de fórmula y la materna es de tal magnitud, que aun se requiere de una gran cantidad de estudios que permitan dilucidar mejor sus implicaciones fisiológicas. De la misma forma resulta justificable una reevaluación en la composición de los substitutos industrializados a la leche materna⁽⁹⁾.

Carbohidratos.- En la leche de vaca como en la materna esta formada la fracción de carbohidratos en un 100% por la lactosa. La primera (35-47 g/litro) la materna (68 g/litro) y además una fracción muy pequeña pero altamente funcional de oligosáridos y del "factor bifido" que es un polisacárido. -

Siendo la leche de vaca insuficiente para cubrir las necesidades calóricas - de los lactantes, por lo que se hace necesario recurrir a otros alimentos ricos en carbohidratos para cubrir estos requerimientos. Cuando se recurre a los diversos tipos de harina de trigo para cubrir este déficit existe el peligro de que los lactantes queden sensibilizados a estos productos desde las primeras semanas de la vida por los alergénicos que se encuentran en el gluten. En un buen número de las leches industrializadas para la alimentación artificial del lactante, la deficiencia calórica de la leche de vaca se substituye con sucrosa y/o productos derivados del maíz. Siendo su sabor más - dulce, esta mayor cantidad de dulce en leches de fórmula conlleva a estimu--lar eventualmente un mayor consumo de alimento, lo que en los estratos sociales con mayor poder de compra se asocia a problemas de consumo exagerado y - obesidad desde temprana edad ⁽¹⁰⁾.

También la sucrosa es uno de los factores más importantes en la etiolo--gía de caries en el ser humano. De algun modo la alimentación con leche in--dustrializada condiciona al sentido del gusto a preferir lo dulce, lo que fa--vorece la elección de alimentos azucarados más tarde, y una mayor frecuencia de caries a mayor edad en los niños lactados artificialmente ⁽¹¹⁾. Otros pro--blemas que pueden surgir de el contenido de sucrosa en los productos son la hipoglicemia y acidosis metabólica, ya que la relativa inmadurez del hígado del recién nacido hace que la fructosa pueda bloquear tanto a la glicogenolisis como a la glucogénesis ⁽¹²⁾.

La mayor concentración de lactosa en la leche humana que en la leche de vaca, reporta las siguientes ventajas: La lactosa se descompone por la enzi--ma lactasa, en glucosa y galactosa, la galactosa es necesaria para el desa--rrollo del sistema nervioso central ⁽¹³⁾.

Así, la producción de la enzima lactasa es incluida por la presencia de lactosa en la mucosa intestinal. La actividad de la lactasa es mayor en los lactantes y cuando alcanzan la madurez, en ciertas ocasiones llega a desaparecer esta enzima. Un trastorno genético o la inducción tardía de la lactasa, conducen a una intolerancia de la lactosa, que se caracteriza por la aparición de anorexia, vómito y diarrea⁽¹⁴⁾. Sin embargo, es muy difícil que exista suficiente cantidad de lactasa para poder descomponer toda la lactosa a la leche materna, (especialmente durante las primeras 6 semanas de la vida), ya que es necesario que la producción de esta enzima se induzca mediante la presencia de lactosa. Por ésto una gran cantidad de lactosa llega al colon sin haber sufrido una descomposición, lo que estimula el crecimiento de microorganismos que producen ácidos orgánicos como algunas de las vitaminas del grupo B (11,9). A su vez la lactosa que se encuentra en el colon se transforma en ácido láctico, mediante la acción bacteriana. Este ácido láctico que no puede neutralizarse adecuadamente en los niños alimentados con leche materna, organiza un pH promedio de 5.3 que junto con la lactosa y el "factor bifido", favorece el crecimiento del "lactobacilo bifido" y frena el crecimiento de todos los demás organismos que pueden ser patógenos⁽¹⁶⁾. Por su parte la leche de vaca produce un pH en el colon entre 5.9 y 7.8, debido a su poca concentración de lactosa y carece del "factor bifido". El pH relativamente bajo en el colon de los niños amamantados, estimula a su vez la digestión péptica, la movilidad del estómago y la afluencia de bilis y jugo pancreático⁽¹⁷⁾. Otra ventaja de la lactosa, es que favorece la absorción del calcio⁽¹⁸⁾.

Grasas y Colesterol.- Los lípidos de la leche humana son mejor absorbidos por los infantes que los de la leche de vaca⁽¹⁹⁾, principalmente por la composición de ácidos grasos y la posición de los ácidos grasos en la molécula

la glicerol. La leche humana tiene mayor contenido de ácido oleico⁽²⁰⁾ y el residuo de palmitate es en la 2-posición de la molécula de glicerol⁽²¹⁾. Esto mejora la digestión del niño. La presencia significativa de actividad lipolítica en la leche humana también ayuda a una absorción de grasas⁽²²⁾. Los lípidos de la leche humana son mejor absorbidos que los de leche de fórmula⁽²³⁾. Cuando en las leches de fórmula se utilizan los aceites vegetales para ayudar a una mejor absorción de grasas, la mayor parte del colesterol es retirado. Así las fórmulas lacteas están prácticamente desprovistas de colesterol, pero la leche humana sí la contiene. El colesterol juega un papel importante en la alimentación de los recién nacidos. Algunos autores han sugerido que el colesterol exógeno es útil al infante para la formación del tejido nervioso y la síntesis de sales biliales y que esta ingestión de colesterol en la infancia temprana, induce enzimas que posteriormente ayudan al metabolismo del colesterol y por lo tanto, dan un nivel de concentración sérica de colesterol más bajo en la primera infancia⁽²⁴⁾. Encontrándose por otro lado la falta de colesterol en las dietas de fórmula artificial como un factor predisponente en la aparición de la arterioesclerosis⁽²⁵⁾.

Otras sustancias.— Una sustancia que se encuentra en la leche de la madre es una variedad de nucleótidos⁽²⁶⁾. Estos proporcionan una fuente de nitrógeno no proteico que tiene una importancia en el anabolismo y crecimiento. Los análisis recientes de la leche humana de madres bien nutridas que han lactado por dos o tres meses muestran un promedio de concentración proteica de 0.88 gm/dl, representando un 75% del total de nitrógeno; el 25% restante era proporcionado como nitrógeno no proteico⁽²⁷⁾. En la leche de vaca, solo 6% del total de nitrógeno es proporcionado como nitrógeno no proteico⁽²⁸⁾. El resto es dado como proteína intacta.

Enzimas.- Tanto la leche materna como la de vaca contienen una gran cantidad de enzimas. Sin embargo, es probable que casi todas las enzimas pierdan sus propiedades cuando sufren un calentamiento considerable, así también estas son destruidas por acción del ácido gástrico. Así es probable que todas las enzimas de la leche de vaca sean inactivadas durante los procesos de pasteurización y homogenización. En cambio la gran cantidad de enzimas contenidas en la leche materna son aprovechadas con mayor eficacia por el organismo del lactante, ya que ésta es ingerida en su estado natural. Las únicas enzimas estudiadas de la leche materna son la lipasa, que descompone las grasas en la fase pre-digestiva; y la tromboplastina que es de importancia para el desarrollo rápido del sistema nervioso; ambas se encuentran en gran cantidades en la leche de la madre. Las demás funciones enzimáticas de la leche materna no han sido suficientemente estudiadas aún⁽²⁹⁾.

Hierro.- El contenido de hierro en la leche de todos los mamíferos es bajo. En un estudio reciente⁽³⁰⁾, un promedio de 0.2 a 0.3 mg/ml se encontró en la leche humana. Teleológicamente, la baja concentración de hierro en la leche humana es de gran utilidad, porque existen dos proteínas bacteriostáticas en la leche humana⁽³¹⁾, lactoferrin y transferrin que pierden sus propiedades bacteriológicas cuando se saturan con hierro. El análisis de la relación existente del contenido de hierro en la leche con la incidencia de infección ha sido recientemente publicado⁽³²⁾. El lactoferrin esta presente en la leche humana en mayores cantidades que en la leche de vaca⁽³³⁾. La pequeña cantidad utilizada en la leche de vaca usada para hacer las fórmulas de los infantes es desnaturalizada, y las propiedades bacteriológicas se pierden en el procesamiento de la fórmula. Los datos sugieren que el 50% de hierro en la leche humana es asimilado y que el hierro de la leche de vaca pasteurizada es menos absorbido⁽³⁴⁾. Mc Millan, et. al.⁽³⁵⁾, ha reportado

recientemente que el hierro en la leche humana es suficiente para las necesidades de hierro del infante que es alimentado exclusivamente por leche materna, hasta que el niño triplica su peso de nacimiento. Se ha postulado que el mejor contenido de hierro en la leche humana, comparada con la de vaca, puede ser el resultado de el bajo contenido de proteína y fósforo además de los altos niveles de lactosa y vitamina C⁽³⁶⁾.

Sobrealimentación y obesidad.

Los estudios han sugerido que los infantes obesos tienen un riesgo muy alto de ser niños y adultos obesos⁽³⁷⁾. Debido a que en los primeros años de vida pueden ser críticos para el desarrollo del tejido adiposo, el que se obtenga demasiado peso en esta época debe ser evitado y a través de toda la infancia. Sobrealimentar a un infante puede afectar sus hábitos de alimentación y la cantidad de calorías tomadas después en la niñez y en la vida adulta⁽³⁸⁾.

Muchas son las razones del porqué la leche de pecho es una mejor forma de controlar la cantidad de calorías tomadas, que la leche de fórmula. La leche ingerida por el infante alimentado por pecho es determinada principalmente por la cantidad necesaria para satisfacer al infante; la madre del niño que se alimenta con leche de fórmula, puede que al ver que el niño deja una leche en la botella lo induzca a que tome más⁽³⁹⁾. Además, estudios recientes han demostrado que las muestras de leche de las madres lactantes al final de su alimentación es la que contiene mayores niveles de lípidos y proteínas que cuando empieza a dar su alimentación; este cambio en la composición de la leche inicial y la última leche puede saciar al infante o de algún modo ser una señal de detener su alimentación⁽⁴⁰⁾.

Aunque, un hecho más significativo sea el que la introducción temprana de alimentos sólidos, que aumenta en gran manera la cantidad de calorías tomadas por el infante; ha sido paralelo al uso de fórmulas infantiles. En un estudio en Inglaterra dos veces más los niños alimentados por fórmula estaban recibiendo alimento sólido a la edad de dos meses, que los alimentados por pecho materno⁽⁴¹⁾.

Consideraciones inmunológicas.

Cuando nace el niño es obligado a un cambio de un ambiente regulado a uno en donde una rápida adaptación es necesaria para sobrevivir. Debe recibir una alimentación adecuada y desarrollar rápidamente mecanismos inmunológicos para poder vivir en un ambiente hostil. Existe gran evidencia de que los recién nacidos adquieren elementos de resistencia contra cuerpos extraños de la leche materna mientras la maduración de su propio sistema de inmunización se desarrolla⁽⁴²⁾. La leche de pecho le proporciona al infante anticuerpos contra algunos microorganismos intestinales, que lo protegen de infecciones entericas⁽⁴³⁾.

En un estudio reciente se ha establecido la presencia de un sistema enteromamario, a través del cual las células plasmáticas de la mucosa del intestino son estimuladas para formar antígenos en la madre, emigran al tejido del pecho donde se producen anticuerpos que se proporcionan directamente a través de la leche del pecho⁽⁴⁴⁾. La mayoría de los factores que ayudan a la protección inmunológica no pueden ser proporcionados por las leches de fórmulas tratadas al calor.

Lo indispensable de alimentar por leche materna para prevenir infeccio-

nes gastrointestinales en los países en vías de desarrollo ha sido ya demostrado. Aunque la gastroenteritis es menos común en los niños de países industrializados, los niños alimentados por leche materna han mostrado ser menos susceptibles a dichas infecciones ⁽⁴⁵⁾.

Un estudio reciente ha sugerido que la alimentación por seno materno es una protección contra infecciones intestinales solo cuando se da en forma constante y completa ⁽⁴⁶⁾.

Las infecciones del sistema respiratorio, meningitis y sepsis gram-negativo también son menos frecuentes en los niños alimentados por seno materno ⁽⁴⁷⁾.

Los niveles sericos de las inmunoglobulinas G (IgG), IgA y IgM son significativamente más altos en los niños alimentados con el calostro de la madre. Donde la inmunoglobulina más dominante es IgA en el calostro y la leche materna ⁽⁴⁸⁾. Es resistente a la proteólisis y da una protección pasiva de la mucosa del conducto gastrointestinal contra la penetración de organismos intestinales y antígenos ⁽⁴⁹⁾.

La leche materna es una fuente de la unión hierro-proteína, lactoferrin. Normalmente es saturada con un tercio de hierro y tiene un efecto inhibitorio en la *Escherichia coli* en el intestino. Su efecto bacteriológico se disminuye cuando se satura con hierro ⁽⁵⁰⁾. El calentamiento también produce una pérdida de esta capacidad de unión del hierro como de su efecto inhibitorio en la *E. coli*. El aumento de hierro (12 mg/lit) no cambia el porcentaje de crecimiento de *E. coli* en las fórmulas lácteas ⁽⁵¹⁾.

La lisozima es una enzima bacteriológica más abundante en la leche humana que en la de vaca. La lisozima es bacteriolítica contra enterobacteriaceae y bacteria gram-positiva⁽⁵²⁾.

Los leucocitos están normalmente presentes en el calostro humano⁽⁵³⁾. Macrófagos se encuentran en un 90% de la célula y se dan en una concentración de 2,100/cu. mm. Estas células tienen la habilidad de sintetizar el complemento de lisozima y lactoferrina. Los linfocitos componen 10% de las células; algunas son células T que tienen la capacidad de transferir una hipersensibilidad retardada de la madre al infante; otras son células B que sintetizan IgA. Las mujeres embarazadas que son inmunizadas oralmente con antipatógenos de *E. coli* durante el último mes de embarazo producen calostro con IgA - productores de célula plasma que pueden sintetizar anticuerpos contra la *E. coli* liposaccharide⁽⁵⁴⁾.

Otro componente de inmunidad nutricional proporcionado por la leche materna es el conservar la microflora en que *Lactobacillus bifidus* es predominante⁽⁵⁵⁾. El canal alimenticio es estéril al nacimiento; y dentro de las primeras horas se presenta una colonización de bacterias. Después de tres o cuatro días, más del 99% de la flora consiste de la anaerobis *L. bifidus*, con poca bacteria de putrefacción como la anaerobis gram-negativo (*Bacteroides*, *Proteus*, *Clostridium*, y *E. coli*). El mecanismo por el cual un niño completamente alimentado por pecho materno es capaz de mantener un instrumento ácido con *L. bifidus* como un organismo predominante aún es pobremente entendido, pero probablemente están involucrados varios factores complejos, interdependientes incluyendo la baja capacidad amortiguadora de la leche de pecho⁽⁵⁶⁾, el alto contenido de lactosa en la leche, factores específicos de *L. Bifidus* que promueven el crecimiento, y la destrucción de *E. coli* ingeri-

do por lactoferrina en el PH alcalino del intestino delgado⁽⁵⁷⁾. Aunque casi todas las fórmulas infantiles dan un contenido de lactosa similar al de la leche humana y una capacidad amortiguadora tan baja como la de la leche materna, la flora predominante de *L. bifidus* no es mantenida. Con la introducción de leche suplementaria y comida sólida en niños alimentados por pecho materno, la microflora cambia al tipo usual del adulto⁽⁵⁸⁾.

La leche materna también protege al canal gastrointestinal de antígenos extraños de la comida en el tiempo en que las macromoléculas están completamente absorbidas⁽⁵⁹⁾ y pueden causar una reacción local. Los datos sugieren que las manifestaciones alérgicas tardías en la infancia como (eczema, rinitis, asma) son más frecuentes en los niños alimentados por botella que los alimentados por leche materna, debido a la temprana exposición a la leche de vaca y otros antígenos de la comida⁽⁶⁰⁾. A pesar de todo mucho falta aún -- por conocer sobre el sistema inmunoglobulina y su relación con lo viral, bacterial y los antígenos de la comida en los primeros meses de vida.

Lactancia y prematurez.

La alimentación de los niños nacidos prematuros (antes de las 36 semanas de gestación) requiere de una atención especial, por los altos requerimientos nutricionales que demanda su condición fisiológica debido a su inmadurez digestiva y neurológica. Se han realizado muchos estudios sobre cuál es la alimentación más adecuada para estos niños, y aún en estos casos, la mayoría de los investigadores han llegado a la conclusión de que la leche de la madre del niño prematuro resulta ser por múltiples razones el alimento más indicado para ellos⁽⁶¹⁾. Además de que al exprimir la madre su propia leche para alimentar a su hijo mientras éste se encuentre internado, los me-

canismos de lactogénesis no se interrumpen y de esta manera se mantiene la producción de leche, para posteriormente seguir amamantando normalmente a su hijo cuando éste salga del hospital. Esta consideración es de importancia primordial para los llamados países subdesarrollados, porque en la mayoría de los casos la situación económica de la madre no le permite comprar leche fresca ni mucho menos una fórmula infantil, lo cual significa que el niño al salir del hospital puede desnutrirse sin la leche materna⁽⁶²⁾.

Lactancia y cancer mamario.

Una gran cantidad de estudios epidemeológicos sugieren que la lactancia brinda cierta protección a la madre contra el cancer mamario⁽⁶³⁾. Se ha observado que en los países en los que la lactancia ha declinado más (E.E.U.U. y partes de Europa) la incidencia de carcinomas mamarias ha aumentado en un período de 30 años en un 50-100%⁽⁶⁴⁾. En un estudio realizado en Hong Kong entre mujeres que por costumbre sólo lactan a sus hijos con un seno (el derecho) se demostró que las mujeres postmenopausicas (55 años y más) presentaron una incidencia de cáncer mamario 3 a 4 veces mayor en el seno con el que nunca lactaron. Así que se concluyó que la lactancia materna puede ayudar a proteger contra el cáncer mamario al pecho con el que se lacta⁽⁶⁵⁾.

Para explicar esta función protectora de la lactancia contra el cáncer mamario se sugiere considerar otros estudios como los de Petrakis y Cols - - (1975/1977) que encontraron que a través del epitelio mamario de mujeres - - adultas que no amamantaron, se secretan materias exógenas, sugiriendo que -- tal actividad de secreción fisiológica, expone al epitelio mamario a substancias cancinogénicas ambientales que son absorbidas a través de los intesti-- nos a los pulmones. La constante presencia de estas substancias, su acumula

ción y activación metabólica a través de los tejidos de la glándula mamaria, podrá conducir al estímulo de un carcinoma mamario. Este fenómeno a su vez, se evita por medio de la lactancia materna ya que estas substancias son secretadas junto con la leche materna.

Otro mecanismo de protección en contra del cáncer de la mama, puede explicarse debido a que durante el período de lactancia los ovarios pasan un tiempo prolongado en receso y que en consecuencia la cantidad de estrógenos circulantes en el organismo es muy baja, la proliferación del tejido mamario en el período de la lactancia resulta ser mínimo. Se considera que debido a este período de suspensión de la proliferación en la mama, no se encuentran mitosis en células activas de secreción, se previene, se reduce y/o se aplaza la tendencia de transformaciones atípicas en la célula. De esta manera parece existir una protección contra la aparición de mastopatía o tumores en la mama. La supresión artificial de la lactancia en un organismo normal, -- tiene como resultado una involución incompleta de los senos. Esta involu-- ción incompleta va acompañada, frecuentemente, de procesos patológicos que -- predisponen para carcinomas mamarias⁽⁶⁶⁾, finalmente la probabilidad de desa-- rrollar cáncer mamario en estas circunstancias, es mayor cuando se emplean estrógenos para suprimir la lactancia ya que como sabemos estos son poten-- cialmente carcinógenos⁽⁶⁷⁾.

Lactancia y anticoncepción post-parto.

Existen investigaciones demográficas y epidemiológicas que han confirma-- do a la lactancia como un anticonceptivo natural⁽⁶⁸⁾; y que en zonas urbanas en donde la lactancia al pecho ha disminuído existe una mayor tasa de naci-- mientos⁽⁶⁹⁾. Existe un retardo significativo en la ovulación de las madres

que alimentan a sus hijos exclusivamente con la leche de pecho. La ovulación y menstruación se retarda como 10 semanas en algunas mujeres y en otras hasta 6 meses⁽⁷⁰⁾. En mujeres que no lactan, la amenorrea fue de 4.6 meses, en un intervalo entre embarazos de 16.8 meses, mientras que en las mujeres que sí lactan la duración de la amenorrea fue de 11.1 meses y el intervalo entre los embarazos de 23.9 meses. De este estudio se deduce que la lactancia exclusiva prolongó la infertilidad por un período de 7 meses⁽⁷¹⁾. -- Howie y colaboradores estudiaron la reinstalación de la menstruación y ovulación post-parto en mujeres que alimentaban a sus hijos con biberón y las compararon con mujeres que los amamantaban. Encontraron que la primera menstruación fue a las 8.1 semanas y la primera ovulación fue a las 10.8 semanas en el primer grupo, mientras que la primera menstruación se presentó a las 32 semanas y la primera ovulación a las 36 semanas en el segundo grupo, encontrando un intervalo de 6.5 meses entre ambos grupos⁽⁷²⁾.

La introducción de comida suplementaria al niño trae como consecuencia una disminución en el tiempo de cada episodio de lactancia y una disminución de los niveles de prolactina⁽⁷³⁾.

Durante la lactancia los métodos anticonceptivos sugeridos son preservativos o diafragma, dispositivo intrauterino cuya inserción deberá realizarse entre las 4 a 6 semanas post-parto. Todos los métodos hormonales orales o inyectables no son recomendados porque afectan la cantidad y calidad de la lactancia y se transfieren al niño. Y en última instancia cuando la pareja ha tomado la decisión de no tener más hijos se recomienda la oclusión tubaría o la vasectomía después del parto⁽⁷⁴⁾.

La leche de pecho se recomienda para los niños nacidos a su tiempo (9

meses), excepto en las pocas circunstancias donde existen contradicciones -- exactas. Idealmente, la leche materna debería ser prácticamente la única -- fuente de nutrientes en los primeros 4 a 6 meses para casi todos los infan-- tes. Cuando la madre es sana y bien alimentada, fluoruro y probablemente vi tamina D serían los únicos suplementos que deberían ser proporcionados al in-- fante. Hierro puede darse después de los 4 meses ⁽⁷⁵⁾.

Se realizó una investigación en México donde se observó el fenómeno de lactancia en mujeres mexicanas de escasos recursos económicos, cuya dieta -- alimenticia era pobre, básicamente cereales ⁽⁷⁶⁾. En el estudio se tomó un -- grupo central donde se le proporcionaba a las madres suplementos nutriciona-- les a su dieta pero se encontró en los resultados, que tanto en estas madres como las "mal alimentadas" presentaban una producción de leche de igual cali-- dad y cantidad dentro de las primeras 16 semanas de lactancia, disminuyendo paulatinamente su secreción lactea a las 36 semanas. Integrando una curva -- de forma de campana se encontró que en estos primeros 8 meses las madres su-- plementadas aportan un volumen de 20 a 25% mayor al niño que las no suplemen-- tadas. Sin embargo este mejoramiento causado por el suplemento es más apa-- rente que real, porque la leche de las madres suplementadas fue siempre más diluída que la de las madres no suplementadas.

Se debe así considerar aún en nuestro país, donde existe una población de madres con una alimentación pobre como necesaria y adecuada la leche de -- la madre dentro de los primeros 3-4 meses, y luego considerarse como un se-- gundo apoyo de la madre al desarrollo del niño, donde se necesitará la intro-- ducción de alimentación mixta, que incluya al pecho y a otro^s alimento^s más. -- Ya que la desnutrición del destete que se presenta en los niños no es más -- que la consecuencia final de todos los defectos de una lactancia exclusiva --

por un período largo⁽⁷⁷⁾. Pero es importante remarcar que la alimentación - del niño desde el nacimiento debe basarse principalmente en la leche materna, ya que según datos reportados por varias investigaciones el 95% de las mujeres tienen la capacidad biológica de alimentar a sus hijos con su propia leche. Por otro lado, la alimentación artificial presenta una serie de problemas en función de la cantidad de leche que se prepara, ya que puede o no ser suficiente para el lactante, lo que lleva a un desperdicio en la mayoría de los casos. En términos del Dr. Ramón Galván, "la alimentación artificial só lo podrá verse como la 'menos mala' pero nunca la mejor, dentro del contexto de un desarrollo verdaderamente humano⁽⁷⁹⁾.

Sólo en los pocos casos donde existe una agalactia verdadera o donde es tá realmente contraindicada la lactancia materna (Vg. tuberculosis activa, - cáncer mamario, etc.) y en ausencia de Bancos de leche humana, es necesario recurrir a la alimentación artificial. Por lo tanto, el empleo de fórmulas lácteas infantiles, se sugiere como un recurso siempre secundario en relación a la alimentación del lactante, el cual requiere de un conocimiento ade cuado para sus técnicas de preparación y conservación, con objeto de evitar problemas de contaminación⁽⁸⁰⁾. Para señalar lo laborioso de la preparación de biberones se mencionará el método recomendado que consiste en hervir, por un lado la cantidad de leche preparada que se le vaya a dar al niño, y por - el otro, lavar y hervir la botella, la rosca, la tapita, el chupón, el capucharón de plástico y las pinzas o una cuchara con la que se vaya a sacar cada una de las partes que comprenden el biberón, durante más de 15 minutos. - El siguiente paso es sacar con mucho cuidado, con la cuchara o las pinzas de preferencia, la botella que deberá escurrirse sin meter los dedos, agregarle la cantidad de leche, colocarle a la botella el chupón (boca abajo si se va a guardar en el refrigerador o boca arriba si se le dará inmediatamente al -

niño) la tapita, para el primer caso y la rosca. Todo lo anterior cuidando de no tocar con los dedos aquellos sitios donde estará el alimento y que estarán en contacto con la boca del niño. Así pues, se requiere de un cuidado extremo para evitar que tanto los utensilios como el alimento se contaminen y en caso de que una parte del biberón se caiga al suelo o a algún otro lugar, deberá lavarse y ponerse a hervir nuevamente. Hasta aquí vemos que resulta bastante complicado este método "aséptico" y que es muy susceptible de contaminarse ⁽⁸¹⁾. Existe otro método más práctico que el anterior aunque no por ello deja de tener también la necesidad de mucho cuidado y atención. -- Considerando las condiciones de vivienda, agua potable (si es que tienen), y otras fuentes de contaminación de nuestra población en general; además de su educación en conductas de higiene, es casi siempre imposible, preparar la alimentación artificial con la suficiente y necesaria seguridad para la salud del niño.

Instrucción a la madre.

Es de gran importancia que la madre reciba una educación adecuada sobre los aspectos fisiológicos de la función de sus pechos y se familiarize con las técnicas aplicables para que tenga una lactación productiva y satisfactoria. La instrucción debe darse durante el embarazo incluyendo una información teórica y práctica sobre la alimentación de seno materno, lo que aumentará la seguridad y confianza de la madre. Ya que es común que las madres -- ante los primeros problemas que se le presentan durante la lactación lo solucionan substituyendo la alimentación de pecho por el biberón. El amamantar no sólo es colocar al niño al pezón de la madre y dejar que la naturaleza tome su curso. A la madre se le presentan muchas preguntas que deben disiparse con un conocimiento anterior al nacimiento del niño. La decisión de ama-

mantar al infante debe tomarse antes del parto ⁽⁸²⁾.

Se debe proporcionar a la madre una explicación general sobre la anatomía y como funciona el pecho durante la lactancia para asegurarle que ella está capacitada naturalmente para dar leche. Es importante examinar los pezones de la madre, ya que una lactancia exitosa depende de la habilidad mecánica del infante de jalar el pezón de la madre hacia su paladar duro. Se debe recomendar ciertos ejercicios durante el último trimestre del embarazo, - sobre todo cuando el pezón esta semi-invertido para así romper adheración en la base del pezón, lo que hará que el pezón se vuelva más protactil conforme se acerque el nacimiento del niño. Esta máxima protractibilidad va asegurar una adecuada succión, menos agrietamientos y/o pezones adoloridos. Se le debe también enseñar a la madre que no use agentes abrasivos en sus pezones, - ya que se ha encontrado que el agrietamiento, inflamación de los pezones se debe al uso de jabón cuando se bañan. Se recomienda tan sólo agua para una adecuada higiene y para proteger el epitelio del pezón sensitivo. El mismo calostro es un emoliente de calidad. Se le debe familiarizar a la madre con las técnicas de masaje y expresión manual para sus senos; ya que después del nacimiento se facilitará la salida del calostro acumulado durante el embarazo, los conductos y senos lactíferos se vuelven más dilatables a través de los estiramientos continuos de las paredes. La capacidad de volumen de los senos aumenta considerablemente, así que el congestionamiento será un problema mínimo cuando se presenta la bajada de la leche. La madre además se volverá más apta para manejar sus pechos y la familiarización de ellos será de gran conveniencia para la lactancia. Esta técnica se recomienda se practique por un minuto o dos diarios durante 6 u 8 semanas antes del nacimiento. También esto facilitará la practicibilidad de los pezones sobre todo en los de forma invertida ⁽⁸³⁾.

Se le debe informar a la madre de las consecuencias para ella y su niño cuando se usa grandes cantidades de anestesia. El niño succionará pobremente evitando así la lactación, además dormirá por más tiempo, e incluso el período de desorganización cerebral es prolongado frecuentemente en los infantes que reciben grandes cantidades de anestesia⁽⁸⁴⁾. También se vuelven menos responsivos a los estímulos ambientales por muchos días. Kron, encontró que el efecto de la droga dura a través de la estancia en el hospital. Este adormecimiento inducido artificialmente puede causar problemas de deshidratación y acidosis que de otra forma debieron evitarse⁽⁸⁵⁾. La madre tiende a perder confianza en su habilidad de alimentar a su hijo cuando ve que el infante se encuentra siempre dormido en sus brazos. Y la succión pobre del niño da una producción escasa de leche. Se presenta un círculo vicioso y repetitivo en la madre ya que ésto desarrolla inflamación y congestión de los senos. Así que el médico debe ir preparando y recomendando una cantidad de anestesia mínima a la madre⁽⁸⁶⁾.

La madre debe saber que la leche se presenta en el segundo y cuarto día, siendo más rápida en la multipara que en la primípara. El niño que se alimenta por pecho puede aparecer como muy "hambriento" y llorar frecuentemente. Esta respuesta es normal, ya que el hambre es el estímulo que produce la respuesta de producir de leche y la bajada de la leche en la madre⁽⁸⁷⁾.

Es necesario que la alimentación por seno se inicie después del parto y cuando la madre reaccione⁽⁸⁷⁾. Si es posible aún en la mesa de expulsión, ya que esta estimulación de lactancia ayuda a prevenir hemorragias post-partum⁽⁸⁸⁾. Se da una contracción de los musculos suaves del útero cuando se presenta la ocitocina endógena al succionar el niño. Presentándose además un rápido y más completo desahogo del calostro. Esta temprana ingestión del

calostro proporciona una protección contra la diarrea y ayuda una peristalsis en el niño. Así la verdadera leche se moverá más pronto en los conductos y bajará más rápido, ya que el calostro ha sido desalojado.

La alimentación debe darsele cada 3 horas más o menos, o en la demanda libre, como el niño lo pida, durante el día y la noche; la leche del pecho es asimilada más pronto que la artificial, así que el niño pedirá más pronto y seguido su alimentación. No se debe dejar llorar al niño mucho, ya que con hambre y después de llorar se cansará y estará sin interés y adormecido cuando se le da a la madre, esto la preocupará, frustrará y se mostrará ansiosa al lactar. También se le debe enseñar las técnicas de la posición y forma de coger al niño, para que se asegure una comodidad máxima y una succión adecuada. Al igual que la manera de "provocar" una buena respuesta de succión del niño, al estimular sus mejillas y labios en el pezón; o estimular la madre su pezón con sus dedos para darle una poca de leche al niño en la boca si se encuentra adormecido o no "cooperativo". Es muy conveniente que la madre se familiarize con la forma de "romper" la succión, cuando se termine la alimentación, así se evitará dolor y molestia en sus pezones.

El congestionamiento de los senos se debe evitar; ya que esto puede causar una disminución en la producción de la leche⁽⁸⁹⁾. Si la madre observa que se endurecen sus senos por la congestión, no debe dejar de dar pecho, sino por el contrario, amamantar más frecuentemente y por periodos prolongados en el pecho afectado⁽⁹⁰⁾. Un período máximo de 15 minutos en cada seno debe de alimentarse al niño en el tercer día en la estancia en el hospital. Así cuando se succiona la leche, se produce una baja de leche mayor. Si el niño esta adormecido y temporalmente su succión no se normaliza, la madre debe dar masaje a sus pechos manualmente para provocar una descongestión y sa-

car su leche, o usar en caso que sea muy dolorosa, la expresión manual, las bombas para succionar leche.

La madre va a obtener un ritmo perfecto de secreción de su leche y el tiempo en que el niño llora o demanda su alimentación, por eso es bueno el uso de el horario de demanda libre del niño⁽⁹¹⁾.

Así el niño debe iniciar su alimentación de 5 minutos en cada pecho al primer día, 10 minutos al segundo y 15 minutos en el tercer día en el hospital. Evitando así un congestionamiento de los senos por los programas pobres de alimentación, la madre podrá así experimentar menos dolor y comodidad que la llevará a una mayor producción y bajada de leche. Se deben usar ambos pechos en cada alimentación. La madre debe empezar la siguiente alimentación con el pecho que dió al final de la primera alimentación. Ya que este último pecho fue vaciado parcialmente, pues el niño esta más cansado al final y debe vaciarse la leche residual, debe evitarse la tensión de los senos, asegurándose en cada comida que se le da al niño, el que vacié completamente un pecho.

La madre no debe dar ni agua o fórmula de leche después de su alimentación por seno, si se empezó este tipo de alimentación después del nacimiento, el calostro es suficiente para las necesidades del líquido del infante. Será necesario alimentarlo por lo menos ocho veces en un período de 24 horas. Sólo si el niño succiona pobremente debido a alguna enfermedad respiratoria o una excesiva dosis de anestesia, sería un problema una deshidratación. Por lo que se podrá administrar una onza de agua azucarada con un gotero o cuchara, pero no en botella. Gunther asegura que el tipo de estimulación intraoral usada en un principio crea en el infante una respuesta automática o con

dicionada a su estímulo ⁽⁹²⁾.

Straub ⁽⁹³⁾ demostró que la introducción de el chupón de plástico de la botella produce una respuesta de tirón con mucha fuerza, con un reborde en los labios, una relajación de los musculos de las mejillas y un movimiento anterior de la empujada de la lengua entre la encía y el chupón de plástico que producirá problemas de ortodoncia más tarde.

El alternar el estímulo del pecho y la botella sólo produce confusión en la respuesta oral del infante. Se necesita menor esfuerzo del niño para succionar el chupón, se debilitan los musculos de las mejillas y el deseo por el seno materno se pierde ⁽⁹⁴⁾.

Ungar ⁽⁹⁵⁾ señala que cuando se necesita una alimentación complementaria, y se le da con cuchara o gotero, la duración de alimentación por seno se duplica.

Comúnmente las madres al principio se quejan de dolor en sus pezones al inicio de la alimentación. Esta molestia es normal, y es un fenómeno temporal, hasta que baja la leche completamente para disminuir la gran fuerza de la presión negativa en el pezón de la madre, convirtiéndose la leche en un lubricante natural ⁽⁹⁶⁾.

Por otro lado, los pezones agrietados, inflamados son un producto de una excesiva tensión en los senos. Ya que con el congestionamiento de los senos el infante sólo tomará el pezón en lugar de la areola, ya que la concavidad normal de la unión de pezón-areola esta disminuida. El niño sólo encontrará este "pedazo de pezón" para "masticar" sintiendo frustración y esta

"lucha con el pecho" puede producir una necesidad de aire, pues el espacio entre el pecho y los orificios de la nariz esta reducido⁽⁹⁷⁾. Por eso será conveniente que la madre, antes de alimentar, se de un masaje manual para sacar leche de la areola con el pulgar y el dedo índice. Esto suavizará la areola para que la convexidad de la areola-pezones se mantenga en una concavidad normal. Además el congestionamiento produce un mecanismo de succión más debil y una disminución de la bajada de leche, llevando a que la madre tenga más dolor, un residuo de leche mayor, una gran tensión⁽⁹⁸⁾. Así, la mayoría de los casos con agrietamiento e infección de los senos y otras condiciones relacionadas con el congestionamiento, son de una entidad iatrogenética (tratamiento médico) y por lo tanto prevenibles⁽⁹⁹⁾.

La madre debe estar preparada para que cuando salga del hospital; haya planeado un programa cotidiano que le permita descansar muy bien las primeras dos semanas, limitando incluso las visitas, para que su bajada de leche tenga tiempo suficiente para condicionarse y presentarse en forma eficiente.

La madre puede comer casi todas las comidas sin tener un efecto negativo para el infante. Los alimentos condimentados incluyendo chocolate no producen problemas intestinales en el niño. La dermatitis en el niño se puede deber a una seria seborrea o milio. Si el infante presenta salpullido no se le debe atribuir a la leche de la madre.

Grube & Sanford⁽¹⁰⁰⁾ han demostrado que el niño alimentado por seno materno tiene 7 veces más oportunidad de no presentar eczema que el alimentado artificialmente. La leche materna es el tratamiento adecuado para severas dermatitis atópicas de los infantes al igual que para desordenes de una mal absorción. La leche de la madre es un seguro de por vida para la acroderma-

titis enteropática⁽¹⁰¹⁾.

Glaser recomienda el uso de alimentación por seno materno en los casos donde exista una historia familiar de alergias. Actualmente se ha observado un incremento de la incidencia de sintomatología alérgica entre los niños, y el hecho de que ésto se deba parcialmente a la disminución de alimentación - al niño por la madre.

Los medicamentos como antibióticos, aspirinas, y otras drogas comunmente usadas son clínicamente insignificantes a través de la ingestión de leche humana⁽¹⁰²⁾. Knowles dice que estos productos pueden ser menos inofensivos, que los productos existentes en la leche de vaca. También llegó a la conclusión de que los anticuerpos RH en las madres de RH negativo son inactivados en el canal alimenticio del infante, así que la alimentación por seno no puede inducir eritroblastosis⁽¹⁰³⁾.

El prevenir es mejor que curar; cuando la madre amamanta en forma frecuente sin interrumpir su alimentación, y sin suplementación; ella por regla evitará los problemas comunes que se presentan en otras madres lactantes. - Las madres ocasionalmente se quejan de dolor y algo de temperatura, esto se presenta cuando uno o dos conductos se han bloqueado por una condensación de la secreción de la leche. Se debe entonces instruir a la madre para que amamante el doble y frecuentemente en el pecho afectado. Y sobre todo que no deje de dar leche. Se puede colocar compresas calientes cada hora, usando un pedazo de trapo, no debe usar bolsa o botellas de agua caliente. Se puede dar un analgésico para disminuir el dolor y permitir la bajada de la leche. Se puede prescribir Doxiciclina, 100 mg inmediatamente y 50 mg cada 6 horas por 48 a 72 horas. El Dietilstilbestol disminuye la tensión de la le-

che conforme se da la salida a través del amamantar, el uso de masaje y compresas calientes. Tres pastillas de 5 mg se le deben de dar en ese momento y una pastilla de 5 mg cada 3 horas por tres dosis. La inflamación cede dentro de las 24 horas. Nunca es necesario destetar y un absceso de pecho es algo muy raro⁽¹⁰⁴⁾.

La introducción de alimentos sólidos antes de los 3 1/2 meses de edad - causará una disminución de la estimulación de lactación, ya que el infante - se sentirá satisfecho al grado de no desear más el pecho, lo que producirá - que la leche no baje lo suficiente. "La madre debe amamantar a su hijo de 5 a 6 veces al día durante el primer año y medio de la vida postnatal" (Jackson)⁽¹⁰⁵⁾.

Beal descubrió que la aceptación más temprana de alimentación de comida sólida en cuchara era a los 3 1/2 meses de edad. La secreción de la saliva, que se manifiesta en el babear, usualmente aparece hasta el tercer o cuarto mes⁽¹⁰⁶⁾. Los dientes aparecen como a los 6 meses de edad y los movimientos de masticar se logran posteriormente. Bakwin⁽¹⁰⁷⁾ señala que hasta los 3 a 4 meses el niño es capaz de llevar la comida hacia atrás de la boca para poder ser tragada. El niño que se alimenta por el pecho de su madre puede iniciarse con seguridad para su salud; en la alimentación sólida, entre los 4 y 6 meses de edad; los primeros alimentos pueden ser papillas de plátano, yema de huevo y cereal precocido enriquecido con hierro; utilizando la taza, sin necesidad alguna del uso de comida comercial ya preparada o del biberón⁽¹⁰⁸⁾.

Como han podido observar biológicamente no sólo es una ventaja el alimentar por seno materno sino una necesidad adecuada a la relación madre-hijo; en términos de nutrición, inmunidad, con varios beneficios prácticos, como el

N O T A S.

1. Breast-feeding, American Academy of Pediatrics: Pediatrics 62:591-601, - 1978, p.1.
2. La Liga de la Leche Internacional, Amamantar: El Mejor Comienzo: Publicación No. 150 sp, p.2.
3. Fomon, S.J.: Infant Nutrition; WB. Saunders, Philadelphia, 1974.
4. Op. cit., American Academy of Pediatrics, 1978. p.2.
5. Raiha NCR: Biochemical Bases for Nutritional Management of Preterm Infants. Pediatrics 53:147, 1974.
6. Jelliffe, E.F.P. Ped. Clin. North Am. 24(1):49-61.
7. Ibid.
8. Véase por ej., el estudio de Jelliffe, D.B. and Jelliffe, E.F.P.: Human Milk in the Modern World, Oxford Univ. Press. London 1976.
9. Hambræus, L. Pediat. Clins. North Am. 24, 17, 1977.
10. Taitz, L.S.: Ped. Clin. North Am. 24:107, 1977.
11. Ibid.
12. Hanson, L.A. y Winberg, J.: Arch. Disease Childhood, 47:845, 1972.
13. Harfouche, J.K.: J. of Trop. Ped. Vol.16:133, 1970.
14. Vorherr, H.: The Breast, Morphology, Physiology and Lactation. Acad. - - Press New York, 1974.
15. Morley, D.: "Paediatric priorities in the developing world", Butterworths, London, 1973.
16. Op. cit.: J. of Trop. Ped. Vol.16:133, 1970.
17. Ibid.
18. Op. cit. Vorherr, H.: Acad. Press New York, 1974.
19. Fomon SJ, et. al.: Excretion of fat by normal full-term infants fed various milks and formulas. Am J Clin Nutr. 23: 1299, 1970.
20. Williams ML. Rose CS. Morrow G 111, et. al.: Calcium and fat absorption in neonatal period. Am J Clin Nutr. 23: 1322, 1970.
21. Filer LJ, Mattson FH, Fomon SJ: Triglyceride configuration and fat absorption by the human infant. J. Nutr. 99: 293, 1970.

22. Hernell O.: Human milk lipases: 111 Physiological implications of the p--
bile - sall stimulated lipase. *Eur J Clin Invest* 5:267, 1975.
23. Op. cit. Fommon SJ, et. al., 23:1299, 1970.
24. Reiser R., Sidelman Z: Control of serum cholesterol homeostasis by cho--
lesterol in the milk of the suckling rol *J Nutr* 102:1009, 1972.
25. Osborn, G.R. (1967). *Colloques Cent. Nat. Rech. Scient.* 169-93.
26. Gyorgy P.: The uniqueness of human milk: Biochemical aspects. *Am J Clin
Nutr* 24:970, 1971.
27. Lonnerdal B., Forsum E., Hambraeus L: The protein content of human milk:
I. A. Transversal study of Swedish normal material. *Nutr Rep Int* 13:125,
1976.
28. Fommon SJ: *Infant Nutrition*, ed. Z. Philadelphia, W B Saunders Co., 1974,
pp 20-23.
29. Cornelio A. Hoogesteger. Consideraciones biosociales de la lactancia ma-
terna, publicación L-55 División de Nutrición de Comunidad, I.N.N.S.Z. -
México, D.F. 1983, p.p. 25-26.
30. Picciano MF, Guthrie HA: Cooper, iron and zinc contents of nature human
milk. *Am J Clin Nutr* 29:242, 1976.
31. Bullen JJ, et. al.: Iron binding proteins and infection, *Br J Haematol* -
23:389, 1972.
32. Committee on Nutrition: Relationship between iron status and incidence of
infection in infancy. *Pediatrics* 62:246, 1978.
33. Masson PL, Heremans JF: Lactoferrin in milk from different species. *Comp
Biochem Physiol* 39 B:119, 1971.
34. Mackay HMM: Nutritional anemia in infancy with special reference to iron
deficiency, publication 157. Medical Research Council Special Report Ser-
ries, London, Her Majesty's Stationery Office, 1931.
35. Mc Millan JA, Landaw S.A., Osk: FA: Iron sufficiency in breast-feed in--
fants and the availability of iron from human milk. *Pediatrics* 58:686, -
1976.
36. Ibid.
37. Lloyd JK, Wolff OH, Whelen WS: Childhood obesity: A long-term study of -
height and weight. *Br Med J* 2:145, 1961.
38. Fommon SJ: *Infant Nutrition*, ed A. Philadelphia, WB. Saunders Co., 1974,
pp 20-23.
39. Ibid.
40. Hall B: Changing composition of human milk and early development of an -

- appetite control. *Lancet* 1:779, 1975.
41. Sleight G, Ounsted M: Present-day practice in infant-feeding. *Lancet* 1: 753, 1975.
 42. Garrard JW: Breast-feeding: Second thoughts. *Pediatrics* 54:757, 1974.
 43. Stoliar OA, Kaniecki-Green E., et. al.: Secretory IgA against enterotoxins in breast-milk. *Lancet* 1:1258, 1976.
 44. Goldblum IM, et. al.: Antibody production by human colostrum cells, abstracted. *Pediatr Res* 9:330, 1975.
 45. Ironside AG, Tuxford AF, Hey worth B: A survey of infantile gastroenteritis. *Br Med J* 3:20, 1970.
 46. Larsen SA Jr, Homer DR: Relation of breast versus bottle feeding to hospitalization for gastroenteritis in a middle-class U.S. population. *J Pediatr* 92:417, 1978.
 47. Cunningham AS: Morbidity in breast-feed and artificially feed infants. *J Pediatr* 90:726, 1977.
 48. Hanson L.A., Winberg J: Breast milk and defense against infection in the newborn. *Arch Dis Child* 47:845, 1972.
 49. Walker WA, Isselbacher KJ: Physiology in medicine: Intestinal antibodies. *N Engl J Med* 297:767. 1977.
 50. Saarinen UM, Stines MA, Dallman PR: Iron absorption in infants: High bio-availability of breast milk iron as indicated by the extinsic tag method of iron absorption and by the concentration of serum ferritin. *J Pediatr* 91:36, 1977.
 51. Baltimore RS, Vecchitto JS, Pearson HA: Growth of *Escherichia coli* and - concentration of iron in an infant feeding formula. *Pediatrics*, to be published.
 52. Goldman AS, Smith CW: Host resistance factors in human milk *J Pediatr* 82: 1082, 1973.
 53. Ibid.
 54. Walker WA: Host defense mechanisms in the gastrointestinal tract. *Pediatrics* 57:901, 1976.
 55. Mata LJ, Mejicanos ML, Jimenez F: Studies on the indigenous gastrointestinal flora of guatemalan children. *Am J Clin Nutr* 25:1380, 1972.
 56. Bullen CL, Willis AT: Resistance of the breast-feed infant to gastroenteritis, *Br Med J* 3:338, 1971.
 57. Goldman AS, Smith CW: Op. cit.
 58. Op. cit., American Academy of Pediatrics, 1979 p.5.

59. Gray GM, Cooper HL: Protein digestion and absorption. *Gastroenterology* 61:535, 1971.
60. Gerrard JW, et. al.: Cow's milk allergy: Prevalence and manifestations - in an unselected series of newborns. *Acta Paediatr Scand*, suppl 234, - 1973.
61. Susan Knopp, et. al.: Consideraciones biosociales de la lactancia materna, Publicacion L-55. División de Nutrición de Comunidad, I.N.N.S.Z. México, D.F. 1983. p. 54.
62. *Ibid.* p. 62.
63. *Ibid.* p. 68.
64. Harfouche, J.K.: Breast milk and defence against infection in the newborn. *Arch. Disease childhood* 47:845, 1972.
65. Roy Ing.: Unilateral breast feeding and breast cancer, *Lancet* II (8029): 124, 1977.
66. Vorherr, H, Op. cit.
67. *Ibid.*
68. Mc Neilly, AS.: Effects of lactation on fertility. *Br. Med. Bull.* 35:151, 1979.
69. Bamon, M.L., et. al. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 114:524, 1972.
70. Jelliffe DB, Jelliffe EFP: Lactation, conception, and the nutrition of - the nursing mother and child. *J Pediatr* 81:829, 1972.
71. Roberto Lichtenberg, Consideraciones biosociales de la lactancia materna, Op. cit. p. 73.
72. Howie, P.H., et. al. *Clinical Endocrinology*, 323, 1982.
73. *Ibid.* 17:315, 17:323, 1982.
74. Roberto Lichtenberg, Op. cit. pp. 81-82.
75. Saarinen UM, Op. cit.
76. Celia Martínez Miranda, Consideraciones biosociales de la lactancia materna, Op. cit. pp. 89-125.
77. *Ibid.*, pp. 126 y 129.
78. *Ibid.*, pp. 126 y 129.
79. Ramos Galván, R. Seminario sobre alimentación en el niño. Cuadernos de - Nutrición (CONASUPO), Vol. 1, No. 1, 1976.
80. Sara Elena Perez-Gil Romo, Consideraciones biosociales de la lactancia -

- materna, Op. cit. p. 136.
81. Ibid., p. 137.
 82. R.M. Applebaum, M.D., "The Modern Management of Successful Breast Feeding", *Pediatric Clinics of North America* - Vol. 17, No. 1, February, -- 1970. p. 204.
 83. Ibid., p. 209.
 84. Aldrich, C.A.: Ancient processes in a scientific age. *Amer. J. Dis. - Child.*, 64:714, 1942.
 85. Kron, R., Stein, M., and Goddard, K.E.: Newborn sucking behavior affected by obstetric sedation. *Pediatrics*, 37:1012, 1966.
 86. R.M. Applebaum, M.D., Op. cit. p.209.
 87. Gunther, MiSore nipples, causes and prevention. *Lancet*, 2:590, 1945.
 88. R.M. Applebaum, M.D., Op. cit. p.209.
 89. Ibid, 212.
 90. Ibid, 213.
 91. Barnes, G.R., Lethin, A.N., Jackson, E.B., and Shea, N: Management of -- breast feeding *J.A.M.A.*, 151:192, 1953.
 92. Gunther, M: Instinct and the nursing couple. *Lancet*, 1:575, 1955.
 93. Straub, W.J. Malfunction of the tongue. I. *Amer. J. Orthodont.* 46:404, - 1960.
 94. Davis, H.V., and Sear R.R.: Effects of cup, bottle and breast feeding on oral activities of newborn infants. *Pediatrics*, 2:549, 1948.
 95. Ungar, R.: Zwiemilchernahrung und still damer. *Kinderartzi Prak.*, 17:285, 1949.
 96. R.M. Applebaum, M.D., Op. cit. p.217.
 97. Ibid.
 98. Barnes, et. al., Op. cit. p.218.
 99. R.M. Applebaum, M.D. Op. cit. p.218.
 100. Truckenbrodt, H.: Acrodermatitis enteropathica. *Am. Paediat.*, 207:99, - 1966.
 101. Glaser, J., and Johnstone, D.E.: Prophylaxis of allergic disease in the newborn. *J.A.M.A.*, 153:620, 1953.
 102. Arena, J.M.: Drugs and Breast Feeding. *Clin Pediat.* 5:472, 1966.

103. Knowles, J.A.: Excretion of drugs in milk: A review. *J. Pediat*, 66:1068, 1965.
104. R.M. Applebaum, M.D. Op. cit. p.221.
105. Jackson, R.L.: Prevention of malnutrition in children food and popula---
tion. To be published.
106. Beal, V.A.: On the acceptance of foods, and other food patterns of infants
and children. *Pediatrics*, 20:448, 1957.
107. Bakwin, H.: Feeding program for infants. *Fed. Proc.* 23:66, 1964.
108. R.M. Applebaum, M.D. Op. cit. p. 222.

CONTEXTO SOCIAL

EL CONTEXTO SOCIAL DE LA ALIMENTACION INFANTIL.

"El hombre es un ser biológico, psicológico y social, que ha trascendido la naturaleza y el mundo animal. Es consciente de su propia vida, se maneja a través de símbolos, su esfera vital es amplísima y casi no reconoce límites, vislumbra su muerte y sabe de la desproporción del lapso de su vida en relación con el de su especie, nunca puede realizarse al máximo de sus posibilidades, el hombre esta solo y en relación, no puede librarse de su mente aunque quiera y no puede librarse de su cuerpo mientras viva, y su cuerpo lo hace -- querer estar vivo; además, el hombre puede fastidiarse, aburrirse y al mismo tiempo, es capaz de sentir alegría" (Erich Fromm) ⁽¹⁾. También es verdad que el hombre es autor y actor de su propia historia ⁽²⁾. Que funciona dentro de una sociedad particular creada por él mismo; actualmente vivimos en una sociedad industrial moderna muy compleja, con un gran desarrollo de la tecnología. Una tecnología utilizada desgraciadamente, en muchas de las veces para ganancias económicas de unos pocos. El hombre como parte de su sociedad, en una sociedad que se caracteriza actualmente por sus hábitos al consumo, donde se estimula el consumo; ha desarrollado el deseo predominante de "tener" y "usar". Así hemos llegado a transformar culturalmente una función natural existencial, de ser, de relación afectiva, amor, seguridad y protección; la lactancia materna, desnaturalizándola, transformándola en un instrumento de consumo, convirtiéndose en un proceso demasiado costoso de adaptación por presión social.

Desde hace unos 50 años en esta sociedad industrializada se ha presentado una declinación por la alimentación de seno materno; una conducta que conlleva implicaciones biológicas, psicológicas y sociales indispensables para la madre, niño y la especie misma. La cultura desarrolló la idea de gran status a través del uso de biberón, un símbolo social del progreso occidental, -

gracias a la propáganda indiscriminada de fórmulas lácteas industrializadas. La madre da sus propias cualidades humanas de amor, seguridad y nutrición al artefacto, biberón, botella, teniendo que reprimir una de las sensaciones y experiencias únicas e insubstituibles.

La madre y el niño tienen el derecho de vivir este acto de profundidad humana, que no es tan sencillo como un proporcionar alimento seguro al infante, sino que es inherente a una forma de relacionarse sentir y percibir. La sociedad tiene la responsabilidad de darle a los padres el derecho de tomar una decisión sobre la lactancia materna; con el previo acceso a la información real sobre sus beneficios, ventajas y la capacidad materna para hacerlo en la manera más óptima e ideal para ella y su hijo. La madre debe ser, guiada por un criterio consistente de evaluación, basada en las necesidades reales individuales.

Son muchos los factores que intervienen en el abandono de la lactancia materna biológico, sociales, económicos y psicológicos. Pero la existencia de las industrias de leche en polvo, con una economía de mercado basada en el consumo y su existente manipulación a través de la propáganda han logrado audazmente infiltrarse a la ideología, educación y prácticas de las escuelas superiores de salud, instituciones hospitalarias y a sus profesionales. Por un lado se ha provocado la falta de instrucción adecuada en las escuelas de enfermería y medicina, se establecieron prácticas hospitalarias contrarias a la alimentación por seno materno; así se ha comprobado la participación activa de los médicos e instituciones de salud, constituyéndose en factores decisivos para el abandono de la alimentación natural. Por otro, causando un desconocimiento, desprestigio social e inseguridad a la madre sobre su capacidad de alimentar a su hijo. Además existe actualmente una consideración preferen

te sobre los senos como un símbolo sexual y no como órganos funcionales que aseguran la salud en el sentido más amplio del infante. Todo se ha tornado en una fuerte presión social para la madre promoviéndose un cambio en la alimentación infantil.

Históricamente, se intentó que la alimentación artificial substituyera a la nodriza cuando la madre no podía alimentar a su hijo; debido a que muchas nodrizas eran irresponsables y porque sólo aquellos de buenos recursos económicos podían tener una nodriza sana. La pasteurización de la leche ayudó en el inicio de prácticas de sanidad que permitieron cierta substitución de leche de vaca por la materna. Después, a fines del siglo XIX el tratamiento por calor de leche evaporada redujo la tensión de las grasas⁽³⁾; y el aumento de carbohidratos a principios del siglo XX disminuyó los niveles excesivos de proteínas y electrolitos⁽⁴⁾. El progreso tecnológico y los descubrimientos nutricionales en las últimas décadas hicieron de la alimentación artificial una alternativa viable. La transformación social que se dió en el mundo occidental, ha hecho que la alimentación por pecho sea incompatible con los valores y estilo de vida moderna. Entre las graves consecuencias del abandono a la lactancia materna se encuentran la morbilidad y mortalidad infantil, y un gran déficit económico que se produce a los países en vías de desarrollo.

Las Transnacionales de las Leches en Polvo.

Desde hace unos 20 años, investigadores de diferentes países empezaron a informar que el consumo de la leche artificial tenía ciertos efectos nocivos sobre la salud, asegurando que un niño tenía una probabilidad a la morbilidad y mortalidad dos o tres veces más cuando no era alimentado con leche materna,

comprobando lo insustituible de la leche natural por sus propias características naturales, muchas de las cuales aún faltan de estudiar. Cuando se alimenta a un infante con leche de fórmula, se produce una pérdida de factores protectores contra una cantidad de infecciones y algunas enfermedades como el sarampión o parasitosis que se vuelven mortales en niños desnutridos⁽⁵⁾, la desnutrición es un efecto frecuentemente producido por el uso de leche en fórmula al ser consumida por las madres de los países del "Tercer Mundo"; la leche en polvo se vuelve un gasto muy elevado, lo que en muchas de las veces lleva a las madres a diluirla excesivamente. También existen otros daños producidos como son una mala oclusión dental de los niños, mayor frecuencia de caries dental, obesidad, mayor probabilidad de contaminación y por lo tanto mayor probabilidad de sufrir gastroenteritis⁽⁶⁾. En cuanto a la madre significa la desaparición del mecanismo biológico natural que promueve un alargamiento en los embarazos dando a la madre la oportunidad de un desgaste fisiológico menor y permitiendo así una mejor preparación física para un nuevo embarazo y a un nuevo período de lactancia. El amamantar a su hijo la protege del cáncer mamario; se ha demostrado que las madres que no lactan al pecho son 5 veces más propensas a adquirir este tipo de cáncer que las que han amamantado a sus hijos⁽⁷⁾. El aspecto económico, no menos importante sobre todo en los países subdesarrollados, considerando a la leche de la madre como un recurso natural con grandes dotaciones protectoras; el consumo de leche de fórmula se convierte en un gasto infructuoso y absurdo. Además del gasto del consumo, existe la inversión que tienen que hacer estos países para la curación de las enfermedades que se ocasionan por el abandono de la lactancia materna. Sería lo más adecuado y justo para las madres desnutridas de estos países que se programara dicha inversión para la alimentación de embarazadas y madres lactantes.

Aunque los efectos psicológicos han sido menos estudiados, sí se puede asegurar que el hecho de que la madre alimente con sus pechos conlleva efectos positivos para ella y su hijo; que no pueden ser proporcionados por el uso del biberón (verse apartado psicológico).

A pesar de la multiplicidad de las ventajas de alimentar por seno materno y de las desventajas del uso del biberón, éstas han sido sólo parcial y limitadamente informadas dentro de literatura médica o científica, sin que haya realmente hasta ahora motivado alguna reacción general importante.

A fines de los años sesentas las investigaciones científicas se volvieron más concretas sobre los daños que producían el consumo de alimentos industrializados, particularmente la alimentación infantil, "desnutrición comerciológica" (8), señalando la gravedad que manifestaba para la población de los países del "Tercer Mundo". Sin que se hubiera tomado una posición delimitada por parte de los organismos internacionales de salud. Hasta principios de 1970 - en las Naciones Unidas se integró un grupo de consultores para analizar los efectos de la industria de los alimentos infantiles sobre la salud. Pero sólo hasta 1973 la revista inglesa "The New Internationalist" publica por primera vez un artículo bien documentado y fundamentado dirigido al público, donde declara los efectos nocivos del consumo de leche industrializada. En 1974, - la organización británica War on Want da a conocer un informe periodístico -- por Michael Mueller descubriendo abiertamente la promoción y la comercialización de las fórmulas lácteas infantiles en los países en vías de desarrollo y su efecto sobre el estado de nutrición y mortalidad infantil, mencionando a dos grandes compañías productoras, la Cow & Gate y la Nestlé. El nombre del artículo en sí era impactante y directo "The Baby Killer", distribuyéndose en otros países y con la traducción en varios idiomas. Pero el grupo Arbeitsgru

ppe Dritte Welt (Grupo de Trabajo Tercer Mundo) en Berna, Suiza, confrontó -- sin duda alguna el problema; traduciendo el artículo en alemán con el nombre Nestlé Totel Kinder (Nestlé mata a bebés), ellos denunciaban las campañas publicitarias de alta presión que Nestlé y otras compañías estaban llevando a cabo en los países en desarrollo. Acusaban a las multinacionales occidentales de ser las causantes de muertes o enfermedades graves en los bebés de los países en desarrollo, al persuadir a las madres de que su leche no era buena y que lo mejor y más científico era alimentarlos con biberón. Por lo cual -- Nestlé demandó jurídicamente al grupo. El juicio se dió en Berna durando un poco más de un año. Si es verdad que aparentemente Nestlé ganó el caso, lo más importante fué que se logró crear conciencia en algunos grupos sobre todo en Europa y Estados Unidos. Y en 1981 se aprobó en la cuarta asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna*. El objetivo general del código es "contribuir a la nutrición sana y adecuada del lactante, protegiendo y promoviendo la lactancia natural y asegurando el uso apropiado de los sucedáneos de la leche materna cuando éstos sean necesarios, con base en la información pertinente y en las modalidades adecuadas de comercialización y distribución" (9). Además se publicó en varios idiomas, por actitud de dicho organismo internacional el libro "Las Multinacionales de la Alimentación contra los Bebés", dando una información completa y detallada del tema. Aunque cabe señalar que hasta ahora ha existido poco impacto en México y los países de América Latina sobre todo este proceso. No hay duda que Nestlé y otras grandes consorcios -- durante el caso Berna y después, han seguido con sus campañas de lucha para -- evitar la propagación de dicha información, contando con los recursos económicos adecuados para obtener buenos logros, y limitar la información al público y profesionales de la salud.

* Dicho código se encuentra al final de este apartado.

"Nestlé puede demandar ante los tribunales y ganar el pleito mediante argucias jurídicas. Pero como parte de un intento extendido y exitoso -del - - cual los alimentos para bebés son sólo una pequeña parte- para socavar la integridad social y cultural de sociedades vulnerables, Nestlé es inequívocamente culpable"(10).

Cuando se presentó el grupo del Tercer Mundo al juicio de Berna en Suiza, tenía claro el hecho de que el 95% de las mujeres esta capacitada para alimentar a sus hijos. Entonces se trata de un número infinitamente bajo, donde - puede fallar la leche materna. Sería cuando fuera necesario y justificado el uso de un sustituto. Pero eso no le da a nadie el derecho de promover ese - sustituto, y de imponérselo con artimañas y mentiras a aquellas para las que resulta innecesario, peligroso o hasta letal. Así la propaganda de Nestlé se convierte en antiética e inmoral sin duda alguna. Sobre todo si, como se sabe, las madres de los países subdesarrollados no tienen los recursos económicos necesarios para comprar suficiente leche para dar a sus hijos la dosis -- prescrita y la diluyen con agua. Agua que en ocasiones está contaminada y -- con bacterias que se usa para preparar la leche. Además las condiciones de - vivienda raramente son ideales para la alimentación por biberón en estos paí- ses.

Las empresas Nestlé y Cow & Gate fueron acusadas de tratar de hacer - -- creer a las madres de que la leche en polvo es mejor que la leche materna. - Así las compañías con el fin único de lucro devaloraron la confianza a las maadres, exaltando un valor irreal a la leche artificial, tratandola de un pro-- ducto científico ideal y que proporciona un status con valores occidentales, causando graves consecuencias tanto para la madre como al niño, especialmente en los países subdesarrollados; ésto no quiere decir que no afecta a las ma--

dres e hijos de los países industrializados, pues se sabe que los niños privados de ciertas características de la leche natural, aún en condiciones óptimas, están predispuestos dos o tres veces más a enfermedades virales, respiratorias y alergias, etc., que los alimentados con materna; además de la carencia de las ventajas psicológicas de ser alimentados al seno de su madre.

Durante el enjuiciamiento en Berna el grupo presentó pruebas irrefutables del valor de la leche materna en los países subdesarrollados y de la manipulación al uso del biberón, incrementado sobre todo en algunos países como África y Latinoamérica, usando campañas intensivas de propaganda de las compañías productoras de leche artificial. Y si bien es verdad que ya existía una desnutrición en estos países, ésta afectaba a los niños que ya estaban destetados, niños en el segundo, tercer o cuarto año de vida. Pero desde que se introdujo el biberón a estos países, los niños se enfermaban mucho más frecuente y temprano; a menudo ya en los primeros 6 meses de vida. Cuanto más temprano padece un niño la desnutrición mayor es el peligro que se dañe el cerebro. Los niños son el futuro activo de esos países. El aumento excesivo del marasmo* se encuentra en todas partes desde que se introdujo el uso de biberón y leche en polvo.

Se cuestionó en especial durante el proceso las formas de comercialización de la alimentación infantil; por ejemplo, las frases usadas en radio, folletos y carteles, que causaban inseguridad y devaloración a la madre, además de ofrecer una ideología no funcional para sus realidades:

"Madre, confía en Lactogen. Si eventualmente no puedes amamantar tu misma. Todo lo que hay en la leche materna, también lo hay en Lactogen. - Madre, cuida la salud de tu hijo, dale lo mejor. Dale Lactogen".

* Marasmo - Una desnutrición aguda.

"La leche X es lo mejor para su bebé".

"Lactogen (o Cerelac) hace a su bebé sano y fuerte".

"Si no le alcanza la leche materna, use Lactogen".

"Cría a tu bebé con amor y Lactogen".

"Lactogen y amor".

Los consorcios sabiendo las deficiencias de los países y sus hospitales empezaron a regalar leche artificial, folletos y carteles sugestivos a todo color, donde presentaban imágenes de clase alta adinerada que hacía uso del biberón, así la madre si no puede darle a su hijo comodidad, lujo, si puede comprar con esfuerzo el biberón, asociando a éste con riqueza, bienestar y salud. Al regalar la leche a los hospitales y éstas a las madres hacen creer que el producto es recomendado por la ciencia médica, por lo tanto, lo mejor para su hijo. También se valieron del uso de personas que parecían enfermeras, promotoras de Nestlé; para promover el uso adecuado del biberón, en la zona del caribe principalmente. Lo que en realidad hacen es incrementar y promover el uso del biberón, muchas de las veces regalando la primera lata o biberones. Aparte de las muestras gratuitas existen también las muestras baratas, sistema que se presenta en toda Latinoamérica. En teoría, se entregan paquetes baratos en los hospitales sólo a madres pobres, pero con frecuencia la administración de los hospitales participan directamente en la ganancia⁽¹¹⁾. Hay que tener en cuenta que cuando el lactante prueba la alimentación artificial, que es más dulce y el uso de biberón en sí, tiende a dejar el pecho y a falta de la succión la leche materna no se produce; lo que lleva a la madre forzosamente a hacerse dependiente del uso de leche industrializada.

Aunque la demanda en el juicio de Berna fue hecha por Nestlé, ahí se cuestionó a todos los productores de leche en polvo. El grupo del 'Tercer Mun

do presentó muchas evidencias contundentes y reales. Informes y resoluciones de organizaciones internacionales como la OMS, FAO y UNICEF. La resolución científica por parte de La Asociación Internacional de Pediatras, de que las madres mal nutridas pueden amamantar durante cinco meses, en casos extremos sólo durante cuatro meses. En tal situación sin embargo, es la madre la que necesita un suplemento en la alimentación y no el bebé; ya que una alimentación suplementaria para la madre aumenta su producción de leche enseguida y en forma persistente⁽¹²⁾. Además de estos fundamentos, hubo exposición y declaraciones de hechos vividos, por las personas y profesionales, de la forma en que se introdujeron los productores de leche y lo que causaban en la población infantil; tanto en Africa como en otros países. Como pruebas importantes se presentaron los documentos entregados y las interrogaciones de los Drs. Jelliffe y Ebrahim.. Jelliffe que vivió 25 años en países subdesarrollados, profesor en Nigeria, India, Uganda y Jamaica, actualmente jefe de departamento y profesor de la Universidad de California, autor de varias obras científicas y libros de texto considerado el especialista más conocido en dietética infantil tropical. El Dr. Ebrahim, nacido en Tanzania, médico con post-grado en Inglaterra, de 1960-70 consejero pediatra del Ministerio de Salud en Tanzania, de 1964-1970 director de estudios pediátricos en la escuela de medicina de Der Es - Salmi, desde 1970 catedrático en el Instituto de Pediatría de la Universidad de Londres y responsable de los cursos de Who/UNICEF para profesores de pediatría en países en vías de desarrollo. Ambos demostraron con toda evidencia que es un hecho, por ende verdad, la afirmación de que la acusadora particular es responsable de la muerte y de la enfermedad de miles de niños - (13)

Ante toda esta contundente información, Nestlé durante el juicio desistió de tres puntos de la acusación, entre ellos la demanda de que por las - -

prácticas de venta en el sector alimentación infantil, Nestlé era responsable de la muerte o de daños permanentes físicos y mentales de miles de niños⁽¹⁴⁾ aceptando implícitamente su responsabilidad. Aún así siguió demandando para que le restituyeran su "buen nombre". Nestlé luchó durante el juicio con pocas pruebas, no sólo ilógicas sino bizarras; tales como la carta (documento - 63) Dr. Hans Martin Sutermeister donde expone "Si hoy los liberados gobiernos de negros analfabetas cometen abusos con la leche de Nestlé, sin procurar primeramente tener agua potable limpia, eso no es culpa de los consorcios multinacionales"⁽¹⁵⁾. Sólo con el procedimiento refinado de tipo jurídico le fue posible a la Nestlé ganar el juicio de Berna, Suiza.

La alimentación ideal, óptima para las necesidades del niño es la del pecho materno; como se ha podido comprobar, el 95% de las mujeres están capacitadas para hacerlo. Es evidente entonces, que las compañías de leches industrializadas tan sólo están comercializando con una de las relaciones más ar-caicas y fundamentales, inherentes al ser humano, la relación afectiva entre la madre y el hijo durante el período de lactancia. Creando a través de los medios de comunicación masiva y otras audaces campañas de propaganda, un sentimiento de desvalorización a la capacidad de la madre de amamantar. Llenando de poder y bienestar al símbolo biberón.

La leche artificial fue desarrollada en los países industrializados e introucida posteriormente a los países subdesarrollados. Debido al control de natalidad que existe en los países industrializados dejó de ser un buen mercado de consumo, pero los países del Tercer Mundo, tan poblados, se convirtie--ron en un mercado acertado. Pero como se ha mencionado ya, produciendo consecuencias graves debido a las circunstancias inadecuadas para preparar o consumir la leche de fórmula; infecciones, diarreas, desnutrición, muerte o daños

físicos y mentales permanentes. Aunque el presente estudio no pretende detallar un análisis económico, sí se puede señalar que es de gran importancia el déficit económico causado por el consumo de leche industrializada a los países en vías de desarrollo. Por un lado causa un gasto innecesario a las familias, y por otro, para la producción de la alimentación infantil se siguen cada vez más largas desviaciones en la producción. "La producción de leche para bebés es extremadamente intensiva en capital y energía. Ya que con el refinamiento de los productos por los consorcios, crece cada vez más el número de los procesos necesarios para la producción; tal producción resulta además desventajosa si se realiza en los países en vías de desarrollo, ya que fomenta un desarrollo económico unilateral, desventajoso para las grandes masas" - (16). Como es en el caso de Cajamarca, en el norte de Perú, Nestlé se vanagloria de garantizar en dicha región a 1,148 proveedores de leche una venta segura y precios estables, causando una conversión amplia de la agricultura tradicional a la industria lechera extranjera, así a cientos de trabajadores les ocasionó una pérdida de trabajo teniendo que abandonar la región. Otro ejemplo es en Chiapas de México, donde está una de las fábricas de Nestlé, esta empresa genera sólo 90 puestos de trabajo para empleados de tiempo completo - fijo y otros 90 para trabajadores por hora. Al mismo tiempo, la empresa impide la creación de numerosas queserías de tipo industrial, y por lo tanto, los lugares de trabajo para muchas personas de la región⁽¹⁷⁾. Los efectos son mucho más complicados pero fuera de la capacidad de este análisis; (algunos se pueden encontrar en el libro publicado por el grupo del Tercer Mundo, Las Multinacionales de la Alimentación Contra los Bebés).

La mayoría de los países del Tercer Mundo no cuentan con la materia prima, lo que los obliga a importar la leche en polvo. Nestlé, que es uno de los consorcios más grandes; que en realidad son pocos ya que estas industrias

tienden a monopolizar el mercado, exporta de Nueva Zelanda a Latinoamérica y Africa. En Kenia por ejemplo, se calcularon los costos de producción de leche infantil en 11.5 millones de dólares, representando dos terceras partes -- del presupuesto estatal para la salud o una quinta parte de la ayuda anual -- promedio a la economía⁽¹⁸⁾. Las grandes cantidades de dinero que se gastan -- en la producción de leche industrializada rara vez benefician la construcción de una industria propia, aumentando así la dependencia de los países subdesarrollados a los estados industrializados⁽¹⁹⁾.

Lo mismo sucede con el ingreso familiar donde se percibe un sueldo; generalmente el salario mínimo si no es que menos, para la mayoría de la población así el gasto en la leche infantil industrializada representa un porcentaje excesivo, ocasionando una privación de alimento para el resto de la familia; además del costo de las enfermedades ocasionadas por el abandono de la lactancia natural.

Para dar una idea de lo que se consume: Los Laboratorios Abbad, productores de fórmulas infantiles Similac e Isomil exportaron a los países en desarrollo en 1969 - 12.5 millones de dólares, aumentándolos en 1973 a 31.3. La Bristol - Myers (Mead Johnson) aumentó sus ventas en el Tercer Mundo de 100 - millones de dólares en 1968 a 400 en 1974. Nestlé, primera productora de fórmulas infantiles, en Latinoamérica opera desde 1920 principalmente en Brasil y México, donde tiene el manejo de poco más del 80% del mercado⁽²⁰⁾. En México, Nestlé controla el 97% de la leche en polvo, 100% de la leche azucarada y el 60% de fórmulas infantiles⁽²¹⁾. Las ganancias de Nestlé en nuestro país -- han aumentado vertiginosamente; en 1978 fueron de 5 mil 923 millones de pesos; en 1979 7 mil 748 millones y 1980 a 10 mil millones⁽²²⁾.

El valor económico de la lactancia fue estudiado por Almroth y Greiner - en dos países en desarrollo, Gambia y Costa de Marfil a solicitud del Ministerio de Agricultura noruego a la FAO, para examinar la reducción del uso de leche materna en países en desarrollo. Concluyeron que los ahorros en el costo de bienes nacionales podría llegar a unos 16 a 28 millones de Dlls. anualmente; a nivel individual, al alimentar por pecho al niño durante 2 años, la familia promedio en cualquiera de los países, ahorraría entre 600 y 730 Dlls. - en el costo de bienes y tiempo, más cualquier ahorro que pudiera resultar al evitarse la enfermedad o la malnutrición causada por la alimentación artificial (23).

Las Transnacionales de Leche en Polvo y la Educación.

Si es verdad que en el fenómeno del abandono de la lactancia materna intervienen muchas variables, se puede observar que muchas de ellas son consecuencias de un sólo factor. Las variables determinantes naturales que contra indican una alimentación por pecho materno son pocas, tales como: la ausencia de la madre, enfermedades graves o crónicas como sífilis, diabetes, cáncer, - tifoidea, neumonía, meningitis, etc.; en el niño sería el caso de una malformación congénita como labio-paladar hundido.

En primer lugar, para que se haya promovido un cambio en la alimentación infantil tiene que habersele presentado a la madre una alternativa, ya que la conducta de alimentar por pecho materno existe desde que el hombre es hombre.

Actualmente los intereses económicos de las industrias productoras de leche en polvo han estado interesados y capacitados para manejar los medios de comunicación a favor de su producto, no sólo al público en general sino al --

profesional y científico de la salud, constituyéndose estos en el medio más eficiente para promover el consumo de leche artificial. La revista "Keeping Abreast, Journal of Human Nurturing" señala que "los impedimentos más poderosos para una lactancia materna exitosa son las actividades desinformadas, desinteresadas y hostiles de enfermeras y doctores" (24).

Es imposible insistir en exceso en la superioridad de la leche materna frente a los productos de leche artificial y de la capacidad de lactar en el 95% de las mujeres. Hecho que seguramente es conocido por los médicos, cuyo objetivo social es preservar la salud, curar y prevenir enfermedades. Aunque la mayoría de los médicos en África, Asia y Latinoamérica han aprendido la alimentación infantil según la escuela occidental, donde se considera como científica la alimentación artificial (25). En las escuelas de medicina y enfermería existen cursos y materias donde se ven intensamente la preparación de la leche de fórmula, en cambio para la alimentación natural sólo se le proporciona un pequeño espacio. Y si bien el amamantamiento es un proceso natural, se necesita un conocimiento adecuado de técnicas, paciencia, estímulo y consejo para poder asegurar una lactancia exitosa, proporcionándole un apoyo a la madre. Así por ejemplo, en uno de los mejores libros de pediatría de 1,600 páginas, sólo una página y media se refiere a la lactancia materna (26). Alberto Ynsunza Ogazan, 1983, (y otros médicos por comunicación directa) asegura al respecto, que se les enfatizó siempre el conocimiento sobre la preparación de fórmulas lácteas, durante la carrera de medicina y en los cursos de pediatría, siendo que las técnicas y la solución de problemas acerca de la lactancia natural, no se les menciona ni por accidente. Esto se lleva al extremo como en el caso de Kualo Lumpur, Malasia; donde en la carrera de medicina los estudiantes no pueden cursar estudios sobre alimentación por pecho.

Como se puede deducir la carencia y deficiencia de instrucción en alimentación natural por parte de los médicos y profesionales de salud no es algo azaroso sobre todo si se está proporcionando y enfatizando una educación al uso de la alimentación artificial, necesitada tan sólo por una minoría. Las compañías como la Nestlé organizan conferencias sobre nutrición, financian revistas científicas y trabajos de investigación, participan también en la realización de cursos para pediatría acerca de cuestiones de alimentación. Muchas conferencias médicas son cofinanciadas por los consorcios de leche, y en los principales congresos médicos se pagan los cocteles y a veces las empresas encargan trabajos de investigación. Solo raras veces se da una reunión de especialistas en pediatría o un congreso a nivel nacional o internacional que no sea cofinanciado por la Nestlé. En algunos países subdesarrollados ciertas asociaciones de pediatría subsisten por la ayuda económica de la Nestlé⁽²⁷⁾. Proporcionan una ayuda y presión financiera sobre las universidades, centros de investigación y las instituciones de salud; una infiltración en organismos internacionales e incluso presión sobre los gobiernos. Así, conciente o inconcientemente los médicos y otros profesionales de la salud se han convertido en los factores importantes para el cambio de alimentación, aunque ellos mismos subestiman la influencia de las industrias lecheras y la suya propia. Diversos estudios⁽²⁸⁾ han mostrado que el personal de salud puede influir considerablemente en las madres de alimentar al infante y actuar de manera negativa sobre la alimentación natural. Dicha acción se puede dar en forma pasiva, con una actitud de indiferencia o "neutralidad", expresada tácitamente, con la simple omisión de cualquier estímulo, consejo o enseñanza necesaria en momentos oportunos o críticos. Puede ser, en forma activa como cuando surgen dificultades en el amamantamiento y es prescrita, por parte de los médicos, sobre todo el cambio a la alimentación artificial. Con frecuencia, el personal de enfermería y el médico esperan que la madre sepa mágica-

mente cómo ofrecerle el pecho al niño, o incluso el que ella conozca que alimentación desea brindarle a su hijo. El personal médico y de enfermería en realidad está poco informado sobre este problema y por lo tanto, poco motivado.

La higiene mental del niño se puede decir que empieza por la higiene de la maternidad. Es por eso que el médico juega un papel más importante de lo que suele visualizar, la madre le plantea probablemente preguntas de importancia posible para su psique personal y para el bienestar psíquico del niño que espera. Pero seguramente quedan muchas preguntas que ella no hará en modo alguno, pero que el médico deberá formular para ella a través de la orientación que él mismo deberá dar. Comúnmente lo que llega a causar es una inseguridad sobre su capacidad de lactar, sobre todo cuando el médico recomienda una alimentación sólida temprana. El prematuro intento de introducir alimentos sólidos en el curso de los cuatro primeros meses tiene resultados lamentables. El sistema neuromuscular del niño no ha madurado lo bastante como para manejar con eficacia los sólidos. Los patrones de ajuste a los cuales proyecta la lengua y aprieta los labios predominan hasta tal punto, que interfieren en los mecanismos normales de la acción de tragar. Además de que produce una satisfacción en el infante dejando este de succionar con menor frecuencia al pecho lo que causa una disminución y eventualmente una carencia de producción láctea. Muchas de las veces llega a recomendar el uso de alimentación mixta o sea lactancia materna y biberón alternado; ésto ocasiona indudablemente una inseguridad para la madre, y al niño lo orienta hacia el consumo de biberón definitivamente. Una de las razones principales dada por el médico en la mayor parte de los casos que aconsejó la alimentación artificial, fue una muestra de ignorancia sobre la fisiología del recién nacido; la no ganancia de peso durante los primeros días de vida, cuando es completamente normal que un

niño no aumente de peso o que incluso lo disminuya durante las dos primeras -
semanas de vida ⁽²⁹⁾. También una de las conductas perniciosas por parte del
médico es el recomendar el uso temprano de anticonceptivos orales o intramus-
culares, siendo que estos son contraindicados cuando la alimentación es mater-
na. Se ha asegurado que el éxito de la lactancia depende de una madre (y un
padre) fuertemente motivados, un niño sano capaz de succionar vigorosamente y
un médico comprensivo, estimulante y conocedor de los aspectos teóricos y - -
prácticos de la alimentación materna. Se ha demostrado que la tensión emocio-
nal y el stress inhiben el reflejo de la bajada de la leche ⁽³⁰⁾. Así la ma--
dre que se le hace creer que su leche no es suficiente o si le somete a situa-
ciones innecesarias o inadecuadas de stress termina por no tener leche. Como
hemos visto esta situación es provocada en gran medida por el médico; en tan-
to y cuanto a las prácticas hospitalarias, son otro factor más para el abando-
no de la lactancia materna.

Es indudable que hay una serie de elementos propios del ambiente hospita-
lario que interfieren con la lactancia materno y que no son fáciles de identi-
ficar y neutralizar, pero sí son posibles de combatir factores adversos que -
se dan a nivel de las maternidades en el post-parto inmediato. Ello puede lo-
grarse a través del convencimiento del propio médico y de su labor educativa
y de su supervisión hacia el resto del personal ⁽³¹⁾.

En primer lugar, la decisión de lactar debe ser tomada por la madre du--
rante la gestación, en el curso de la vigilancia prenatal. Se ha demostrado
que la intención prenatal de la madre de lactar, es un elemento predictivo -
muy fuerte para una buena lactancia ⁽³²⁾. La preparación de la madre durante
el embarazo para que lacte juega un papel importante ya que le ofrece un am--
biente de apoyo social, además de una instrucción explícita sobre la alimenta

ción por pecho donde se le enseña que el amamantamiento es un requisito fundamental y no una mera opción. La demora en este aspecto tiene un efecto adverso sobre la orientación emocional de la madre, al igual que sobre su capacidad de lactar. Por un lado la orienta sobre ejercicios convenientes para sus pechos, lo que evitara problemas posteriores; además esta atención de la madre a sus pechos la prepara en el plano mental para el deber de amamantar y la expectativa social de que puede lograrlo. También las madres se encontrarán adecuadas a la posibilidad de participar eficazmente en el proceso del nacimiento, pueden tener un trabajo de parto mucho más breve, y una mejor experiencia de parto, que también puede afectar positivamente o negativamente sobre la decisión de lactar y su reacción inicial al recién nacido; la prepara para asegurarse de no recibir sedativos y estar alerta de la necesidad de una alimentación inmediata y frecuente para que pueda tener una buena cantidad de leche. Esta etapa de preparación es omitida o proporcionada en forma limitada o dispersa en los hospitales, sin proporcionar en realidad una buena formación. Como se puede ver, es una etapa muy importante que puede aprovecharse fácilmente por los profesionales e instituciones de la salud.

Otro factor que ha contribuido de manera importante al abandono de la lactancia es la atención institucional del parto. En los hospitales generalmente las madres están sujetas por un lado a prácticas inadecuadas para el amamantamiento y por otro, se ven involucradas en la forma ruda y traumática en que tradicionalmente se lleva a cabo el parto a nivel hospitalario. La mayoría de las veces se toma al parto como un proceso patológico, en donde la participación de la mujer queda prácticamente reducida a cero; debido a las indicaciones inadecuadas y al abuso rutinario de drogas sedativas, al uso de anestesia que debe estar sujeta en casos estrictamente indicadas⁽³³⁾. Idealmente, la lactancia deberá iniciarse sobre la mesa de expulsión, ya que el

proceso de síntesis y secreción de leche se desencadena en el momento del parto; una succión temprana ocasiona el mecanismo fisiológico que induce la caída de leche, con la ventaja adicional de que se favorece la involución de la matriz con el consiguiente control del sangrado postparto, además de que el infante se ve favorecido y protegido con la toma del calostro⁽³⁴⁾.

Otra de las rutinas hospitalarias paradójicamente contradictorias a la lactancia materna es la separación de la madre y su hijo, teniendo que ser las primeras alimentaciones por biberón, además de establecer horarios fijos. Todo lo anterior fomenta sin duda alguna el consumo de leche artificial. Haría que preguntarse, si estas rutinas han tenido que establecerse por el hecho de que las administraciones de los hospitales compran cantidades de leche en polvo que tienen que consumir y de hecho, inducen posteriormente a la madre a que consuma la leche artificial recomendada implícita o explícitamente por la institución de salud.

En las instituciones hospitalarias generalmente no existe la oportunidad de contacto entre la madre y su hijo. Actualmente esta es la práctica que más obstaculiza el amamantamiento en el hospital. Al niño se le separa de su madre inmediatamente después del parto y sólo se le permite verlo a intervalos establecidos rígidamente. Se ha considerado como muy higiénico el separarlos sin recordar que lo que más libra de contaminación y el alimento ideal para el niño es la leche de los pechos de su madre. Porque es el pronto acceso al pecho, incluso en la sala de partos, lo que pone en marcha el proceso de acomodación recíproca entre madre e hijo; ésto se obstaculiza cuando se da al recién nacido fluído por biberón y lo separan de la madre. Si se permite al niño los pechos cuando llora, la leche de transición puede presentarse en 24 horas después del alumbramiento⁽³⁵⁾. Además de proporcionarle al niño toda la

ventaja orgánica de la leche le permite un contacto físico con la madre. Investigaciones en este campo han estudiado los efectos del acercamiento al seno inmediatamente después de haber dado a luz. Encontrándose que los primeros minutos podrían ser fundamentales en el establecimiento de la lactancia y en la relación madre-hijo. En algunas especies, una separación de solo diez minutos luego del nacimiento distorcionaba gravemente la relación posterior de la madre con su cría. Trabajos parecidos con seres humanos han demostrado que el contacto físico de piel-piel y la succión inmediata después del nacimiento se relaciona con madres que en los meses posteriores dedican más tiempo a mirar y hablar con sus hijos, a cargarlos y a acariciarlos. Los niños que tuvieron este contacto temprano parecen ser más tranquilos, lloran menos y sonríen con mayor frecuencia. Siendo la lactancia además más abundante y prolongada⁽³⁶⁾. Se encontró un efecto positivo a largo plazo en la conducta de la madre-infante que habían tenido un contacto extra durante la primera hora del post-parto, permitiéndoseles de 15-20 minutos de succión y un contacto de piel a piel⁽³⁷⁾.

Contrario a las prácticas hospitalarias de mantener en lugares separados a la madre y el niño además de establecer horarios fijos, es muy conveniente el alojamiento conjunto de este binomio madre-hijo. En primer lugar reducirá la cantidad de manipulaciones a que está sujeto el infante; la madre lo podrá alimentar cuando el niño lllore y su presencia le daría a la madre un profundo sentimiento de seguridad. Estará en una posición favorable para crear una sensación de relación con el recién nacido, una familiaridad que fortalecerá su confianza. La madre no estará con la incertidumbre causada por no saber con exactitud dónde está el niño y como se encuentra. En cuando al niño éste tendrá estímulos más naturales y variados, no llorará innecesariamente ya que la madre lo podrá atender inmediatamente. Esta relación cercana le brinda a

la madre mayor discernimiento de conocer las necesidades del niño y ante cualquier duda tendrá la oportunidad de preguntarle al personal médico⁽³⁸⁾. Estipular horario para la alimentación no es conveniente, debe recordarse que durante los primeros días o semanas el niño aún no regulariza sus necesidades de ser alimentado. En ocasiones duerme más horas, la cantidad de leche que ingiere en cada toma es variable y su vaciamiento gástrico no siempre se produce en el mismo tiempo, ya que oscila entre una y cuatro horas. Aceptar una laxitud en los horarios de alimentación es tomar en cuenta el tiempo orgánico. O sea, se alimenta al infante cuando tiene hambre, cuando tiene sueño se le deja dormir, se le cambia cuando le molesta estar mojado y se le toca cuando "lo desea". Hay que considerar que el niño posee un lenguaje donde manejará señales negativas como el llanto, agitación, molestia, denegación, ansiedad; y señales positivas, quietud, relajamiento, saciedad, arrullo, sonrisa y actividad placentera, mediante tal lenguaje el infante anuncia su situación y sus demandas, dice cuando está hambriento, soñoliento, cansado, satisfecho, incómodo, así la madre y la cultura (profesionales de la salud) deben aprender a conocerlo y adaptando los cuidados a las necesidades del infante a medida que surgen⁽³⁹⁾. Esto también ayuda en la relación madre-hijo; los anhelos más vitales del infante se relacionan con la comida y el sueño. Esos anhelos responden a un patrón orgánico individual, sólo si adaptamos los horarios a esa individualidad se podrá atender al niño pronta y generosamente. Al satisfacerlos con exactitud, aumentamos las experiencias de expectativa satisfecha que le proporcionarán un sentimiento de seguridad o confianza tanto a la madre como al niño⁽⁴⁰⁾.

El Nacimiento en Sociedades no-industriales.

Las investigaciones sobre el contacto temprano entre la madre y el hijo se han realizado en hospitales de la sociedad industrial, que difiere de las

otras sociedades y representa además sólo una fracción de 1% de la historia - de la humanidad: El Genus Homo 2,000,000 años de existencia, el Homo Sapiens 200,000 años de los cuales 10,000 años ha subsistido de agricultura y sólo -- 200 años de la industria (Lazoff y Brittenham 1979) ⁽⁴¹⁾.

Las sociedades no industriales son aquellas en que su economía se basa - en la agricultura, pesca y caza. Murdock y White's (1969) estandarizaron an- tropológicamente a 186 sociedades no-industriales, geográfica, lingüística e históricamente representativas. Para ser un análisis de las prácticas usadas en los partos, seleccionándose la siguiente información: la función e identi- ficación de los que estuvieron presentes en el parto, el cuidado inmediato de la madre y el niño, la duración de la convalecencia post-parto, y la edad - del infante al iniciar su alimentación por pecho. Los resultados fueron que a la madre y al niño no se les permitía un contacto inmediato de piel a piel debido a la práctica universal de bañar o frotar al infante; el infante era - bañado por su madre en sólo un 11%, en las demás culturas lo hacía otra mujer que ayudaba en el parto. La madre era bañada o frotada en el 91% de las 74 - sociedades que se pudo obtener ese dato. El contacto entre la madre y el ni- ño después del baño se fomentaba en menos de la mitad de las sociedades, en - la mayoría se colocaba en una canasta. Sólo en el 14% se colocaba al niño - desnudo con su madre, permitiéndole un contacto de piel a piel, pero todas -- las sociedades fomentaban un contacto prolongado donde la madre y el niño es- taban juntos en la misma cama por una semana o más. Aproximadamente la mitad de estas sociedades permitían el amamantar dentro de 1 o 2 horas después del parto, y en el 52% se retrasaba hasta 24 horas o más. De hecho el calostro - se consideraba como no nutritivo o incluso dañino. Y en el 41% se inició la - lactancia después de dos días más. Pero la lactancia duraba dos años o más - en el 81% de las sociedades humanas, introduciendo la alimentación sólida an-

tes de un mes de edad en un tercio de las culturas, y entre uno y seis meses en otro tercio y se retrasaba más de seis meses sólo en un tercio de ellas. - Las sociedades que retrasaban la primera alimentación por pecho tendían a destetar después de 24 meses e introducir comida sólida después de los 6 meses. Las madres de estos grupos son muy afectivas y se relacionan profundamente - con sus hijos y alimentan felizmente por dos años o más. Ahora si consideramos los resultados de los estudios actuales que demuestran la importancia del contacto de piel-piel dentro de la primera hora para establecer una relación materna afectiva (Hales et al 1977, Kontos 1978, Chateau 1979, Ali and Lowry 1981, Arisfeld and Lipper 1981) y el que se facilita la lactancia cuando hay una succión temprana dentro de la primera hora después del parto; como lo demostraron los estudios hechos en Brazil (Souza et al 1974), Canada (Thomson et al. 1979), Inglaterra (Salariya et al. 1978), Guatemala (Sosa et al. 1976), Jamaica (Ali and Lowry 1981), Suiza (De Chateau 1979) y los E.U.A. (Johnson - 1976). En los hospitales de las sociedades industriales la separación de la madre y su hijo se sigue por una rutina intermitente de pequeños contactos y por un cuidado al infante en la casa de separación, y en muchos casos el niño se deja en cuartos diferentes o simplemente se le deja descansar sin que se - de un contacto prolongado constante entre la madre y el niño como lo hacen -- las culturas no industriales, además de alimentar al niño en forma prolongada por alimentación artificial. Dentro de este contexto conductual de cuidado al infante, el contacto inmediato después del nacimiento ha adquirido una significancia desproporcionada para la relación afectiva madre-hijo.

En cambio para las sociedades no industriales la falta de contacto inmediato de piel a piel dentro de la primera hora ha tenido menos efecto debido a los patrones subsecuentes del cuidado del infante. También se debe considerar importante que el retardar la primera alimentación de pecho sin que llegue

a afectar la lactancia tan prolongada es porque las niñas observan la alimentación por seno materno a través de toda su vida, con una concepción de que es un éxito, de que funciona, teniendo además un ambiente de apoyo social donde la frecuente y extensa alimentación materna decrecientan el valor de alimentar por pecho dentro de la primera hora después del parto. Esto no quiere decir que no tenga un valor sensitivo el contacto inmediato de piel a piel, y no se puede decir que no aumentará aún más su relación afectiva si en las sociedades no-industriales se proporcionará el contacto inmediato de piel a piel (42).

Alojamiento Conjunto en la Sociedad Industrializada.

El alojamiento conjunto de la madre con su hijo presenta muchas ventajas y ha sido puesto en práctica en algunos hospitales. En México existe esta experiencia por 5 años en el Instituto Nacional de Perinatología del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) (43). Este hospital sirve para una población predominantemente urbana de bajos y medianos recursos socioeconómicos. La mayoría de las mujeres atendidas cursan embarazos de alto riesgo, muchas son enviadas por esta razón al Instituto desde Centros de Salud de otras partes de la ciudad e incluso desde otros estados de la República. Una característica distintiva del alojamiento conjunto aquí es el que es obligatorio, no existen otras opciones, excepto en casos especiales; esta situación es completamente aceptada por las madres. Todos los neonatos sanos pasan al Servicio de Alojamiento Conjunto, incluyendo tanto los de pretérmino con peso mayor de 2,300 gramos, como los de término (eutróficos, hiper e hipotróficos). Los demás se internan en los Servicios de Cuidados intensivos o Intermedios. La estancia hospitalaria de las madres sin complicaciones de tres días después del parto vaginal y cinco después de una cesárea. A lo lar

go de este tiempo, la mujer participa paulatinamente en los cuidados de su neonato, bajo la supervisión de la enfermera. También puede participar en otras actividades que el Servicio ofrece, como grupos informativos y operativos, películas y discursos. Debido a la presencia de los neonatos y de varias madres en cada cuarto, se limita el número de personas que pueden visitar a cada mujer, dando preferencia a su compañero y/o a su madre. Durante el parto se utiliza un mínimo de anestesia y ésta sólo cuando esta indicada por razones específicas. Aproximadamente el 70% de los partos normales transcurren sin uso de anestesia. En los demás casos se usa el bloqueo peridural, el mismo que se utiliza generalmente en las cesáreas. También durante la hospitalización puerperal, se hace lo posible por evitar uso de medicamentos que afecten al neonato a través de la leche materna.

En el INPER-DIR se motiva a la mujer desde su embarazo para que alimente ella a su hijo. Encontrándose que el nivel de motivación de la población es de por sí muy alto, se refuerzan estas actitudes y se les da información que facilite el proceso de amamantamiento, reciben información teórica y práctica sobre la lactancia. En el alojamiento conjunto este proceso se continúa motivando y apoyando a la madre. La experiencia ha sido muy favorable, con respecto a la evaluación clínica de los recién nacidos en el servicio de alojamiento conjunto, todo el personal involucrado concuerda en que no existe desventaja alguna. La frecuencia de diarreas y otras infecciones es esencialmente nula. Todo el personal y visitas se lavan las manos antes y después de tocar al niño; la madre siempre lava los senos con agua simple antes y después de cada tetada. Otro factor que contribuye a la baja frecuencia de infecciones es el manejo individual que recibe cada neonato. El pediatra realiza un examen clínico del neonato en presencia de la madre, se ha comprobado que ella observa detalles que pudieran haber pasado desapercibidos por el médico,

así como cambios físicos y/o conductuales que ocurrieron desde el último examen. El médico puede mostrar durante este examen algunas actitudes que por creencias comunes de la población se consideran dañinos, como el hecho de que no hace daño manipular al bebé; sensibilizar a la madre sobre la importancia para el niño de los cambios de posición y estimulación táctil y vestibular. - Para el personal de enfermería, también las ventajas son enormes. Se requiere menos personal ya que las mismas madres participan activamente en los cuidados de su bebé, y el tiempo lo usa la enfermera para proporcionar a la madre conocimiento u orientarla en las dudas que se vayan presentando. Las madres manifiestan sentir mayor tranquilidad que la que sintieron después del parto previos en otros hospitales con cuneros. Ya que lo está viendo continuamente, sabe que está bien y si llora lo atiende, si desea lo acaricia. - Al estar la madre con su hijo van tomando más responsabilidad y aprendiendo adecuadamente de sus cuidados.

En la sala de expulsión ve, toca y tiene en sus brazos a su hijo y se le da en general entre 2 y 5 horas postnatal, la enfermera le da indicaciones sobre su cuidado especialmente con respecto a la lactancia. Todas las madres amamantan desde la primera vez que el niño despierta con hambre. La participación de cada mujer depende de cierto grado de su estado físico y emocional, esto es especialmente importante en el caso de cesárea. Al principio es ayudada por la enfermera a colocar al niño al seno e interviene directamente en muchas otras actividades. Las madres de cesárea comentan que es un gran incentivo tener a su hijo, y para el tercer o cuarto día la mujer está participando activamente en el cuidado de su hijo.

Las enfermeras prestan mucha atención al padre, animándole y dándole seguridad, muchos de ellos también asistieron durante el embarazo a los grupos de enseñanza. Le enseñan como bañar y vestir al bebé; motivándolo a cargarlo

y hablarle. En general los padres se emocionan ante esta experiencia. Al principio algunos se encuentran temerosos, se sienten demasiado bruscos para manejar un bebé pequeño, pero poco a poco con el apoyo de su compañera y enfermera adquieren confianza y se involucran activamente. Es raro el padre que rechazó esta participación. Casi todos platicaron con su hijo, lo acariciaron y observaron detenidamente. Muchos lo cargaron y otros hasta colaboraron en los cuidados, cambiando el pañal o ayudando con el baño. Aparentemente no se cohiben con la presencia de otras personas en el cuarto y a veces surge un cierto compañerismo y comunicación entre las diferentes parejas. A veces es él el que tranquiliza y motiva a su compañera ante los problemas al iniciar la lactancia. Además de que le habla sobre sus otros hijos.

La lactancia de libre demanda se fomentó aunque al principio se dió cierto horario aparentemente por falta de una orientación adecuada y cierta preferencia por parte de enfermeras, se estuvo usando la suplementación con solución glucosada e inclusive fórmula láctea. Hasta que se llegó de acuerdo entre los pediatras de que era importante la libre demanda y la supresión de suplementos. Se dió un proceso educativo necesario para el personal de alojamiento conjunto, especialmente con las enfermeras. Se dió el cambio con ciertos problemas pero todos ellos indicaban una necesidad de afinar conocimientos al respecto y tuvieron que aprender cómo orientar mejor a las madres. Tanto sobre como dar el pecho como de la necesidad de relajación, ponerse cómodos y usar diversas técnicas especiales en situaciones difíciles. Con el uso de una alimentación por horario de libre demanda el cambio de calostro a leche ocurrió más tempranamente, en general de 24 a 36 horas post-natal.

De acuerdo con la experiencia vivida por este hospital señalan que varios factores del alojamiento conjunto se tradujeron en un mejor comienzo pa-

ra la relación materno-infantil. La imagen que la madre adquiere de su hijo se basa en el contacto continuo y no solo en contactos fugaces durante la alimentación. Al ir a casa el bebé ya no es un ser extraño para ella, sino alguien cambiante pero conocido, cuya conducta y necesidades pueden ser fácilmente interpretadas y atendidas por ella. Y aún para el padre, éste contribuye a fortalecer una especie de alianza afectiva entre la pareja. Lucille C. Atkin y Jorge Armando Reyes Herrera del INPER-DIF señalan que "un servicio de alojamiento conjunto no tiene que ser solamente un arreglo de camas en un hospital. Es también una oportunidad extraordinaria para iniciar un proceso de educación para la pareja y dar así el mejor comienzo para el nuevo miembro de la familia".

La Dra. Natividad Relucio-Clavino, Jefa de Pediatría y de la clínica para menores de 6 años del Hospital General y Centro Médico de Boguía en Filipinas pudo seguir de cerca las graves consecuencias del abandono de la lactancia materna por lo que decidió (como ella dice) llevar a cabo una batalla decidida. Los tres primeros años de la campaña (1975-78) fueron difíciles. Por medio de una reorganización de las políticas y los estándares de procedimientos de operación del cuarto de cunas de hospital, se excluyó por completo las fórmulas lácteas y alimentación con biberón y estableció un alojamiento conjunto y temprana alimentación al pecho. Demostrando que los alimentos preparados y el biberón constituyen sólo una desviación artificial que puede y debe suprimirse.

Entre los resultados más impresionantes fue los relacionados con la diarrea. La diarrea particularmente en su forma epidémica, que desde hace tiempo es un problema importante entre los recién nacidos en todo el mundo, Filipinas no es excepción. En el Hospital General de Boguía hubo muchos episo-

dios de diarrea, pero después de que se instituyó el alojamiento conjunto y amamantamiento exclusivo se registró un espectacular descenso en la incidencia de diarrea que era una causa de la alta mortalidad infantil en el hospital.

La Dra. Relucio-Clavino dice "Permítasenos dar a nuestros niños lo que merecen: lo mejor",⁽⁴⁵⁾ refiriéndose indudablemente a la lactancia materna.

Situación Actual de la Lactancia Materna.

En los últimos años se ha manifestado una gran preocupación por los efectos perjudiciales de los cambios introducidos en los hábitos de alimentación de los lactantes. C.J. Stephen señala que de los "10 millones de niños que mueren al año en los países subdesarrollados, 5 millones de ellos pueden ser debido directamente a enfermedades diarréicas y/o desnutrición. A pesar de que las cifras precisas no son accesibles debido principalmente a la dificultad de la recolección de información en el contexto de los países subdesarrollados, las mejores estimaciones al alcance señalan que un millón de estas muertes se deben a diarreas y desnutrición, asociadas con la alimentación artificial con fórmulas lácteas"⁽⁴⁶⁾.

Diversas investigaciones muestran una clara y progresiva tendencia en favor de la alimentación artificial. Es indispensable actualmente una lucha por la salud de los infantes, por su valor incuestionable en sí mismo, como por lo significativo para un avance social. "Paradójicamente, la reducción a la mitad de la mortalidad infantil conduciría a una caída de las tasas de natalidad y sería un factor coadyuvante a la estabilización de la población mundial en un nivel más bajo y en un plazo temporal más corto". Así el informe

de 1984 del Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población (FNUAP) sobre el estado de la población mundial señala que "Es muy posible que las tasas de natalidad sigan siendo altas en aquellos países donde -- las tasas de mortalidad son altas". Una conclusión similar fue dada por un grupo de demógrafos reunidos por la Academia Nacional de Ciencias de los E.U. diciendo que ...En condiciones de alta fecundidad y alta mortalidad, los países que logren reducir sus tasas de mortalidad hasta niveles inferiores a 10-15 por mil, verán cómo sus tasas de natalidad descenderán de forma proporcional⁽⁴⁷⁾.

El mejoramiento de las condiciones de vida infantil es tan importante como el propio desarrollo económico. Hasta ahora se ha creído, convencionalmente, que las mejoras en las condiciones de vida de la infancia y en consecuencia la reducción de la tasa de mortalidad infantil, dependen prioritariamente de un desarrollo económico acelerado. El UNICEF no comparte esta interpretación. Sin dejar de reconocer la importante contribución del crecimiento económico al bienestar de la infancia; creen también que existen a nuestra disposición los medios necesarios para que la protección del crecimiento físico y mental de los niños se convierta en una causa, así como en una consecuencia -- del avance económico. Están firmemente convencidos de que existe una conexión profunda entre el desarrollo físico y mental durante la infancia y el crecimiento de la economía y el progreso de las naciones.

Sin duda alguna la lactancia materna es un recurso natural existente para lograr un gran avance biológico, psicológico, social y económico. Tanto -- por que constituye un método anticonceptivo natural, como por sus características inmunológicas, nutritivas, higiénicas y psicológicas. Los primeros -- seis meses de vida suelen ser el período más saludable para los lactantes alimentados con leche materna. Incluso en las aldeas más pobres o en los subur-

bios de las ciudades. Una variada colección de gráficas de desarrollo procedentes de diferentes países confirma esta realidad evidente a simple vista y muestra que en la mayoría de los casos se produce un desarrollo suave y satisfactorio durante la primera mitad del primer año. En cambio los lactantes - alimentados con biberón tienen mucha mayor probabilidad de estar desnutridos y de contraer infecciones, contribuyendo de este modo a generar el ciclo de - desnutrición e infección, en un período más temprano y a una edad más vulnerable. Para citar algunos de estos casos.⁽⁴⁸⁾

Tanto en la India como en Canadá, estudios distintos han comprobado que los lactantes alimentados con leche artificial tenían una probabilidad tres - veces mayor de contraer infecciones diarreicas y una probabilidad doble de -- verse afectados por infecciones respiratorias (las dos causas principales de mortalidad infantil), que los que estaban alimentados con leche materna.

En Chile se ha comprobado que los lactantes alimentados con leche artificial tenían de dos a tres veces más probabilidad de muerte durante su primer año de vida. En la República Árabe del Yemen, los lactantes alimentados con biberón tienen una probabilidad ocho veces mayor de estar desnutridos.

En América Central y del Sur diversos estudios muestran que los lactan-- tes alimentados con leche materna durante un período inferior a seis meses (o que no lo fueron en absoluto) tenían una probabilidad de cinco a diez veces - mayor de morir en los seis meses siguientes que los lactantes alimentados con leche materna durante más de seis meses.

En los Estados Unidos, un estudio sobre el Estado de Nueva York ha com-- probado que los lactantes alimentados con biberón recibieron atención hospita

laría con una frecuencia tres veces mayor que los niños alimentados con leche materna durante su primer año de vida.

En Filipinas, la promoción de la lactancia materna en substitución de la lactancia artificial entre los recién nacidos en el Hospital General de Bogo, redujo las infecciones clínicas en un 88%, infecciones diarréicas en un 93%, y la mortalidad infantil en un 95%.

En Papua Nueva Guinea, la desnutrición grave padecida por los niños en Puerto Moresby descendió de un 11% a un 4% tras una campaña de promoción de la lactancia materna y de control y prohibición de la venta libre de leche artificial, que habría permitido incrementar la incidencia de la lactancia materna de un 65% a un 88%. En 1977 el Gobierno de Nueva Guinea aprobó una ley sobre comercialización de productos para la alimentación infantil. A partir de entonces sólo se podían comprar biberones y tetinas en las farmacias y con receta extendida por un agente de salud especializado. Para eso debería existir una causa suficientemente justificada para pasar a la lactancia artificial y que la madre del niño sabría mezclar los ingredientes en forma adecuada y mantener esterilizados el biberón y las tetinas. (Este es un gran ejemplo de una medida ideal que proporciona resultados inmediatos).

La doctora Anne Hill, de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, tras analizar un total de 33 estudios comparativos sobre lactancia materna y artificial en diferentes partes del mundo, ha llegado a la conclusión de que el riesgo de muerte en la primera infancia era tres veces mayor en los lactantes que recibían una alimentación "mixta", leche materna y leche artificial, y cinco veces mayor en los niños alimentados exclusivamente con biberón.

A pesar de los datos anteriores existen signos alarmantes de el abandono de la lactancia natural en los países en desarrollo. En Brasil, los lactantes alimentados con leche materna a la edad de un mes descendió de casi un 100% en 1940 a menos del 20% en la región relativamente desarrollada del sur del país y a menos del 5% en la ciudad de Recife (estas cifras se refieren al período inmediatamente anterior a la masiva campaña de promoción a la lactancia materna llevada a cabo en Brasil con un éxito significativo). En Corea del Sur, la lactancia materna prolongada ha descendido del 55% para el primer hijo al 35% durante los últimos veinte años. En las áreas urbanas de Filipinas, el porcentaje de madres que practicaban la lactancia materna descendió del 80% en 1957 a menos del 10% en 1977⁽⁴⁹⁾.

La evidencia del abandono de la lactancia natural, pone de manifiesto un innecesario y espectacular crecimiento tanto de la desnutrición como de las enfermedades infecciosas entre millones de niños de todo el mundo. Esto hace indispensable las campañas de promoción y defensa de la lactancia materna y las destinadas a detener la difusión de las leches artificiales. Actualmente en once países se ha suprimido todo tipo de anuncios y propaganda de sucedáneos de la leche materna y en algunos otros se ha prohibido la distribución gratuita de muestras de alimentos infantiles en los hospitales de maternidad. En Europa septentrional hace 10 años sólo el 30% de las madres daban el pecho a sus hijos, en la actualidad gracias a movimientos dirigidos frecuentemente por mujeres pertenecientes a los grupos más acomodados y con mayor educación en los países como Suecia, Noruega y Finlandia, esta cifra ha crecido hasta el 90%. Un proceso similar se está dando en muchos otros países como Australia, Nueva Zelanda, Dinamarca, Francia, Japón, España y Estados Unidos⁽⁵⁰⁾.

La Situación en México.

México tiene toda una historia que reconoce las bondades del alimento de la madre. En un relato de Zurita, se muestran algunas características que el cuidado de la cría tenía en la cultura azteca: "dábanles cuatro años leche y son tan amigas de sus hijos y los crían con tanto amor que las mujeres por no se tornar a empreñar entretanto que les dan leche se excusan cuando pueden de ayuntar con sus maridos, e si enviudan e quedan con hijo que le dan leche por ninguna vía se tornan a casar hasta lo haber criado y si alguna no lo hacía -ansi parecía que hacía gran traición"⁽⁵¹⁾.

En la actualidad los datos proporcionados por la literatura mundial, nacional y de los diversos organismos internacionales de salud establecen que -México es uno de los países en los cuales se ha dado un gran cambio en los patrones de alimentación infantil. El porcentaje de recién nacidos alimentados con leche materna descendió del 95% en 1960 a menos del 40% en 1966 y un estudio realizado a nivel nacional entre 1979 y 1980 en 13,418 mujeres reveló que el 22% nunca amamantó a sus hijos, comparada esta cifra con los informes recientes de los organismos internacionales, es una de las más elevadas de los países en desarrollo⁽⁵²⁾. De igual forma, en 23 poblaciones rurales del Occidente del país se encontró que el 27% de las mujeres daban menos de tres meses pecho a sus niños y que el 16% jamás lo daban⁽⁵³⁾. Se intenta explicar -este abandono de la lactancia al hecho de que la mujer se haya incorporado al trabajo asalariado. Pero los datos obtenidos en la ciudad de México señalan que 550 mujeres que nunca amamantaron a sus hijos, sólo el 4.7% adujeron razones laborales⁽⁵⁴⁾. En el medio rural sólo la quinta parte de las mujeres que no lactaron tenían un trabajo asalariado⁽⁵⁵⁾.

La situación de los servicios de salud en México frente a la lactancia es muy contradictoria. Y no es aventurado el afirmar que en nuestro país el consumo de leche artificial se sostendría aún sin ningún tipo de publicidad, ya que son los médicos y servicios de salud los mejores promotores del consumo de la leche de fórmula. En las universidades, los médicos mexicanos reciben educación en los textos y el tiempo dedicado a las fórmulas artificiales aproximadamente diez veces mayor que para la lactancia natural y en cuanto a los hospitales muchas son sus prácticas contrarias a la lactancia natural. La rutina de los hospitales casi siempre contempla la alimentación artificial de los recién nacidos en servicios de pediatría, desligados del de gineco-obstetricia, lo cual obstaculiza el contacto de la madre y el niño. Así se encontró por ejemplo, que en una población marginal urbana el 84% de los recién nacidos atendidos en instituciones no permaneció al lado de su madre después del parto y sólo el 38% de ellas lo pudieron ver durante su estancia en el hospital (56).

El Instituto Mexicano del Seguro Social, ISSSTE y Servicios Médicos de Pemex otorgan a sus derechohabientes dotaciones de leche en polvo. Esto es indudablemente la mejor forma de promover el consumo de leche artificial. Así se calcula que en el Seguro Social en 1977 su gasto de leche en polvo fue de 314 millones de pesos, convirtiéndose en uno de los clientes más grandes para las compañías productoras de leche en toda Latinoamérica y quizás en el mundo entero. Un contrato firmado entre el IMSS y la Compañía Paraestatal LICONSA (dependiente de CONASUPO) señala que durante los 3 primeros meses de 1981 esta institución adquirirá 8 millones de latas de leche en polvo para niños, con valor de 220 millones de pesos, para cubrir el 70% de sus necesidades. Las 2 400 000 de latas restantes se adquirirán a Nestlé y W. Woies. Liconsa (Leche Industrializada CONASUPO) comenzó en 1975 y produce su leche con

M-0049850

leche importada directamente por el Gobierno Federal. Nestlé, Wyeth Weler, - Mead Johnson y CIANAMID compañías multinacionales basan su producción exclusivamente en leche de producción nacional, la cual acaparan ⁽⁵⁷⁾.

En nuestro país además de que algunas instituciones de salud surten a la madre de leche de fórmula láctea, considerandolas como una prestación social; se les da a los niños sus primeros alimentos por medio de biberón y al salir las madres se les entrega el tipo de fórmula láctea utilizada, induciéndolas así al uso de leche industrializada. Por otro lado, como resultado de las intensas compañías de planificación familiar en los servicios de salud con mucha frecuencia se prescriben anticonceptivos nocivos a la lactancia después de --- que salen de su parto, y por lo general, no se advierte a la madre el efecto inhibitor de las pastillas; ni tampoco existen advertencias en el empaque del producto. En una encuesta nacional se encontró que el 74% de las mujeres utilizan anticonceptivos orales después del parto, lo hacen antes de que el niño cumpla cuatro meses ⁽⁵⁸⁾.

En México, sólo el 47.7% de las viviendas disponen de agua entubada y sólo el 30.7% tiene drenaje, encontrándose estos servicios concentrados principalmente en las zonas urbanas ⁽⁵⁹⁾. Estos datos nos dan la idea de la imposibilidad del manejo adecuado de las fórmulas lácteas. En México, Cravioto demostró que la diarrea era 10 veces mayor en niños alimentados en biberón, que los lactados por pecho ⁽⁶⁰⁾. En nuestro país uno de los problemas de mayor --- magnitud y trascendencia social es el de la desnutrición. Este problema afecta principalmente a los niños menores de 5 años y es responsable directa o indirectamente de las altas tasas de mortalidad y morbilidad infantil. Es innegable la necesidad de retomar nuestra costumbre de alimentar al pecho.

Ante esta gran modificación de lactancia a la población, la industria de los productos alimenticios para la población infantil crece y se fortalece cada vez más en un país en el que la desnutrición es un grave problema y donde la producción y distribución de leche en polvo consumió en 1978, 1062 millones de litros, que representa el 13.7% de la producción lechera nacional más las importaciones. Aún cuando el país ha pasado por períodos de escasez de leche, las compañías productoras de leche en polvo no se han visto privadas de la materia prima, teniendo trato preferencial y permisos de importación por parte del gobierno mexicano, lo que le ha dado a la industria un crecimiento anual constante de 5.1%. Así en 1976 la industria lechera tuvo una producción en el país de 14 109 fórmulas dietéticas con un valor de 663 millones de pesos⁽⁶¹⁾.

En México, el precio de la leche en polvo ha aumentado 320.4% entre 1970 y 1979, incremento muy superior al de los salarios. En 1977 en una zona marginal de la Cd. de México, en donde el 58% de los niños eran alimentados con biberón, el gasto en leche en polvo era en promedio del 14% del ingreso familiar total. En el país las industrias de leche en polvo se han asegurado un mercado dentro de las instituciones oficiales y que el derecho a dotaciones gratuitas de leche en polvo sea considerada como una prestación social prácticamente inestricta. Estas compañías gozan de privilegios fiscales e influyen directamente en la planeación económica de algunas regiones del país. Han aprovechado principalmente las deficiencias en la enseñanza médica sesgando su orientación y su información técnica. Hasta ahora han logrado evitar que los cuestionamientos y críticas a nivel mundial sobre la lactancia artificial tengan un impacto importante en el país⁽⁶²⁾.

Si es verdad que las influencias sociales ejercen una presión para el abandono de la lactancia materna, en nuestro país puede hacerse una reversión

en este cambio de conducta en la alimentación infantil. Está comprobado que una historia previa de alimentación materna es de gran influencia en la promoción de una alimentación al seno materno en todos los grupos sociales ⁽⁶³⁾. - En México aún existe un sentimiento vivo de aceptación a las bondades de la lactancia materna contradictoria paradójicamente a la práctica actual del uso de biberón.

Es indispensable un apoyo social a la lactancia por seno materno. (Aplan et. al. dice que todas las formas de apoyo pueden dividirse en tres categorías: materiales, de información y emocionales)⁽⁶⁴⁾. Es importante detectar - cuales son los grupos o personas de mayor influencia y apoyo en nuestra población para promover un cambio de conducta hacia el amamantamiento. Es necesario un grado de participación de la comunidad y sus organizaciones representativas en este proceso. Pediatras, obstetras, médicos, servicios de extensión agraria, maestros, universidades, iglesias, organizaciones femeninas, por mencionar tan sólo algunos pocos grupos con capacidad de promover un cambio inmediato en la alimentación a los infantes.

En conclusión, todos los infantes deben ser alimentados por seno materno, excepto donde existe una contraindicación específica fundamentada. La educación sobre alimentación materna debería darse en las escuelas a todos los niños. Una educación mejor sobre la alimentación materna y la nutrición infantil debería dárseles a los médicos y enfermeras. La información sobre la alimentación natural debe darse a través de los medios de comunicación. La instrucción pre-natal debe incluir información teórica y práctica de la alimentación materna. Las actitudes y prácticas en las clínicas prenatales y en las maternidades debe tener un clima de apoyo y promoción a la lactancia natural. El personal médico no sólo debe estar dispuesto a esta alimentación sino te-

ner un conocimiento y capacitación hacia este arte de amamantar.

Grupos de Apoyo.

Se han integrado varios grupos en diferentes países en favor de la lactancia materna, con el mismo objetivo pero con diferentes formas de acción. - La OMS y el UNICEF han estado cooperando en muchos de los programas para fomentar la lactancia natural, y reunir informes exactos sobre el problema a nivel mundial. En Estados Unidos existe una organización que cuenta con contactos en casi todo el mundo, la Infant Formula Action Coalition (INFACT), la cual se ha encargado de contactar y organizar gente interesada en el problema, entre los que se cuentan con gran número de trabajadores para la salud. Las iglesias progresistas de algunos países también se han unido para dar una respuesta organizada. La orden de religiosas de la Preciosa Sangre, con el apoyo de la organización religiosa Inter-Faith Center on Corporate Responsibility (ICCR) demandó a la Cía norteamericana Bristol-Myer (Mead Johnson) para que diera un informe detallado sobre sus prácticas comerciales y publicitarias en los países del tercer mundo. La sociedad de abogados públicos de San Francisco ha demandado jurídicamente a la Cía. de alimentos infantiles Beach-Nut Baby Foods por haber enviado cartas publicitarias directamente a 760,000 mujeres⁽⁶⁵⁾. El grupo del tercer mundo que ha realizado una gran lucha y gracias a ellos se dió un reconocimiento abierto de la realidad de la alimentación infantil.

Pero uno de los grupos más integrados al trabajo con las madres es La Liga de la Leche, empezó en 1956 una organización no lucrativa, dedicada a dar apoyo, información y alentar a las madres que deseaban alimentar por pecho a sus hijos. Un grupo organizado que considera que la alimentación por seno ma

terno es más que poner al niño al pecho y dejar que la naturaleza tome su curso. Hasta 1976 la Liga de la Leche contaba con 300 grupos y 10,000 líderes - entrenados para ayudar a las madres en 42 países alrededor del mundo. Todas las madres pertenecientes a este grupo amamantaron por más tiempo a sus hijos y los destetaban gradualmente. En un estudio de Ladas⁽⁶⁶⁾ en 1100 primíparas encontró que las madres que recibían el apoyo de la Liga amamantaban a sus hijos por 9 a 12 meses. Knafel y Marshall⁽⁶⁷⁾ en un estudio de cuatro años en las miembros de la Liga descubrió que el 85% de las afiliadas a la Liga alimentaban al pecho por más de 9 meses. En un estudio realizado por Wemmer sobre las variables que afectaban a una buena lactación por pecho encontró que las madres que triunfaban al amamantar eran las que tenían significativamente más conocimiento al respecto y las miembros de la Liga de la Leche eran las que tenían una puntuación más alta⁽⁶⁸⁾.

Las miembros de este grupo introducen una alimentación sólida más tarde y destetan directamente del pecho a la taza y nunca utilizan biberón. Usan la alimentación por libre demanda ya que se interesan por responder a las necesidades expresadas por el niño. El 96% de las madres de la Liga introducía la alimentación sólida entre los 4 y 6 meses de edad; al retardar la alimentación sólida se establece firmemente la lactación permitiendo a la madre alimentar a sus hijos tanto tiempo como lo deseen. Las madres que fracasan al alimentar por pecho introducen la alimentación sólida antes de los dos meses (Wemmer).

Se ha demostrado que las miembros de la Liga aumentan su sentimiento de capacidad y de auto-determinación. Las miembros tienen la habilidad para manejar las rutinas de hospital que pueden afectar negativamente la alimentación por pecho; y no se dejan intimidar por la atmósfera profesional. Se -

sienten seguras de pertenecer a una organización con principios y valores -- bien establecidos. Aquí encuentran ayuda especial para enfrentar las críticas de los amigos o familiares. Se enfatiza la importancia de comunicar los sentimientos y problemas con una persona que la apoya, que tiene o tuvo los mismos problemas. Se da una atención personal y paciente a los problemas de cada madre. Consideran a la madre y al niño como individuos especiales en -- una combinación única. Aquí se les enseña a los nuevos padres a aprender como asumir sus nuevos roles. Encontrándose que la solidaridad del grupo es -- muy importante y el sentimiento de normalidad es reforzado. Si la información es muy importante para una buena y exitosa lactancia materna; el apoyo, proporcionado como un apoyo de grupo, tiene el mayor impacto como factor de -- éxito. Es por eso que la influencia de los profesionales médicos es substancial. Las madres buscan en el médico y enfermera una orientación, ya que son el grupo que tiene integrada el estigma de la ciencia por la salud.

El fenómeno del abandono a la lactancia materna necesita de la lucha integrada de los grupos; ya que son estos los que han permitido el cambio y los que son afectados, son ellos los que en sus manos tienen la posibilidad de un cambio para aquellos que no se pueden aún defender, pero que sí tienen el derecho como miembros de la sociedad a ser protegidos y recibir lo que por naturaleza se les proporcionó. Una madre dotada que los ame, arrulle, protega y alimente, en una sociedad que la debe apoyar, pues en este binomio inicial es tá la continuidad y cimiento del grupo humano.

A pesar de las fuertes presiones que las compañías multinacionales ejercieron, el Código fué finalmente sometido a votación y adoptado con un sólo voto en contra que fué el de los EE.UU. a continuación se transcribe el Código aprobado en mayo de 1981 por la Organización Mundial de la Salud.

Recomendación conforme a los términos del Artículo 23 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud.

Los Estados Miembros de la Organización de la Salud:

Afirmando el derecho de todo niño y de toda mujer embarazada y lactante a una alimentación adecuada como medio de lograr y de mantener la salud;

Reconociendo que la malnutrición del lactante elemento de problemas más amplios relacionados con la falta de educación, la pobreza y la injusticia social;

Reconociendo que la salud del lactante y del niño pequeño no puede aislarse de la salud y de la nutrición de la mujer, de sus condiciones socioeconómicas y de su función como madre;

Conscientes de que la lactancia natural en un medio inigualado de facilitar el alimento ideal para el sano crecimiento y desarrollo de los lactantes, de que dicho medio constituye una base biológica y emocional única tanto para la salud de la madre como para la del niño, de que las propiedades antiinfecciosas de la leche materna contribuyen a proteger a los lactantes contra -

las enfermedades y de que hay una relación importante entre la lactancia natural y el espaciamiento de los embarazos;

Reconociendo que el fomento de la lactancia natural es elemento importante de las medidas de salud y de nutrición, así como de las demás medidas de índole social necesarias para favorecer el crecimiento y el desarrollo del lactante y el niño pequeño, y que la lactancia natural es un aspecto importante de la atención primaria de salud;

Considerando que, cuando las madres no amamantan y sólo lo hacen parcialmente, cabe recurrir a un mercado legítimo de fórmulas alimentarias para lactantes y de ingredientes adecuados para prepararlas; que ha de procurarse, en consecuencia, que dichos productos sean accesibles para cuantos los necesiten mediante sistemas comerciales y no comerciales de distribución, y que no deberán comercializarse ni distribuirse en forma que puedan estorbar la protección y la promoción de la lactancia natural;

Reconociendo además que las prácticas de alimentación son causa de malnutrición, morbilidad y mortalidad de los lactantes en todos los países y que las prácticas impropias de comercialización de sucedáneos de la leche materna y productos afines pueden agravar este importante problema de salud pública;

Persuadidos de que es importante que los lactantes reciban alimentación complementaria apropiada, por lo general, cuando el

niño llega a la edad de 4 a 6 meses, y de que ha de hacerse todo lo posible por utilizar alimentos disponibles localmente, entendiéndose, no obstante, que esos alimentos complementarios no deberán utilizarse como sucedáneos de la leche materna;

Considerando que hay un número considerable de factores sociales y económicos que influyen en la lactancia natural y que, en consecuencia, los gobiernos han de organizar sistemas de apoyo social para proteger, facilitar y estimular dicha práctica, y han de crear un medio que sea propicio a ésta, que aporte el debido apoyo familiar y comunitario, y que proteja a la madre -- contra los factores que impiden la lactancia natural;

Afirmando que los sistemas de atención de salud, y los profesionales y otros agentes de salud que en ellos trabajan, tienen una función esencial que desempeñar orientando las prácticas de alimentación de los lactantes, estimulando y facilitando la lactancia natural y prestando asesoramiento objetivo y coherente a las madres y a las familias acerca del valor superior de dicha lactancia o, cuando así proceda, acerca del uso apropiado de productos alimenticios para lactantes preparados por la industria o en el hogar;

Afirmando, además, que los sistemas de educación y otros -- servicios sociales han de contribuir a la protección y a la promoción de la lactancia natural y al uso apropiado de alimentos -

complementarios;

Conscientes de que las familias, las comunidades, las organizaciones femeninas y otras organizaciones no gubernamentales tienen un papel particular que desempeñar en la protección y en el fomento de la lactancia natural y en la tarea de conseguir el apoyo que necesitan las embarazadas y las madres lactantes y niños de corta edad, estén o no en régimen de alimentación especial;

Afirmando la necesidad de que los gobiernos, las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, las organizaciones no gubernamentales, los expertos en varias disciplinas afines, los grupos de consumidores y la industria colaboren en actividades destinadas a mejorar la salud y la nutrición de la madre; y del niño pequeño;

Reconociendo que los gobiernos han de adoptar una serie de medidas de salud y de nutrición, así como medidas sociales de otra índole, con el fin de favorecer el crecimiento y el desarrollo del lactante y del niño pequeño, y que el presente Código se refiere solamente a un aspecto limitado de dichas medidas;

Considerando que incumbe a los fabricantes y a los distribuidores de sucedáneos de la leche materna una función importante y positiva en relación con la alimentación del lactante, así-

como en la promoción del objetivo del presente Código y en la adecuada aplicación de éste;

Afirmando que los gobiernos están obligados, habida cuenta de sus estructuras sociales y legislativas y de sus objetivos generales de desarrollo, a emprender la acción necesaria para dar efecto al presente Código, en particular por lo que se refiere a la promulgación de disposiciones legislativas y de reglamentos o a la adopción de otras medidas pertinentes;

Entendiendo que, en función de las consideraciones precedentes y habida cuenta de la vulnerabilidad del lactante en los primeros meses de vida, así como de los riesgos que presentan las prácticas inadecuadas de alimentación, incluido el uso innecesario e impropio de los sucedáneos de la leche materna, la comercialización de dichos sucedáneos requiere un tratamiento especial que hace inadecuadas, en caso de esos productos, las prácticas habituales de comercialización.

En consecuencia:

los Estados Miembros acuerdan lo que sigue:

Artículo 1

Objetivo del Código

El objetivo del presente Código es contribuir a la nutrición --

sana y adecuada del lactante, protegiendo y promoviendo la lactancia, protegiendo y promoviendo la lactancia natural y asegurando el uso apropiado de los sucedáneos de la leche materna, cuando éstos sean necesarios, con base en la información pertinentes y en las modalidades adecuadas de comercialización y distribución.

Artículo 2

Alcance del Código

El Código se aplica a la comercialización y prácticas con éstas relacionadas, de los siguientes productos: sucedáneos de la leche materna, inclusive las preparaciones para lactantes; otros productos de origen lácteo, alimentos y bebidas, incluidos los alimentos complementarios administrados con biberón cuando están comercializados o cuando de otro modo se indique* que pueden emplearse, con o sin modificación para sustituir parcial o totalmente a la leche materna; los biberones y tetinas: Se aplica asimismo a la calidad y disponibilidad de los productos y a la información relacionada con su empleo.

Artículo 3

Definiciones

A efecto del presente Código:

Se entiende por "sucedáneo de la leche materna"	Todo alimento comercializado presentado de otro modo sustitutivo - parcial o total de la leche materna
---	--

sea o no adecuado para ese fin.

Se entiende por "alimento complementario" Todo alimento, manufacturado o preparado localmente, que reúna condiciones para complementar a la le-che materna o a las preparaciones para lactantes cuando aquélla o éstas resulten insuficientes para satisfacer los requisitos nutricionales del lactante. Este tipo de alimento se suele llamar también "alimento de destete" o "suplemento de la leche materna".

* Se ha señalado a la atención de la Secretaría una discrepancia entre la traducción española del proyecto del Código, según se presentó al Consejo Ejecutivo y la lengua en que fué redactado (inglés).

El texto presentado al Consejo Ejecutivo decía: "El Código se aplica a la comercialización, y prácticas con ésta relacionadas, de los siguientes productos: sucedáneos de la leche materna, inclusive las preparaciones para lactantes; otros alimentos y bebidas de origen lácteo, incluidos los alimentos complementarios administrados con biberón cuando están comercializados o cuando de otro modo esté garantizado que pueden emplearse, con o sin modificación, para sustituir parcial o totalmente a la leche materna; los biberones y tetinas. Se aplica asimismo a la calidad y disponibilidad de los productos antedichos y a la información relacionada con su empleo", el texto que ahora se presenta es la versión corregida.

- Se entiende por "envase" Toda forma de embalaje de los productos para su venta por unidades, incluido el envoltorio.
- Se entiende por "distribución" Toda persona, empresa u otra entidad que, en el sector público o privado, se dedique (directa o indirectamente) a la comercialización, al por mayor o al detalle, de algunos de los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código. Un "distribuidor primario" es un agente de ventas, representante, distribuidor nacional o corredor de un fabricante.
- Se entiende por "sistema de atención de salud" El conjunto de las instituciones u organizaciones, no gubernamentales o privadas que, directa o indirectamente, se ocupan de la salud de las madres, de los lactantes y de las mujeres embarazadas, así como las guarderías o instituciones de puericultura. El sistema incluye también al personal de salud que --

ejerce privadamente. En cambio, no se incluyen, a efectos del presente Código, las farmacias y otros establecimientos de venta.

Se entiende por "agente de salud"

Toda persona, profesional o no profesional, que trabaje en una de las dependencias de un sistema de atención de salud, incluidos los agentes voluntarios no remunerados.

Se entiende por

"preparación para lactantes"

Todo sucedáneo de la leche materna preparado industrialmente, de conformidad con las normas aplicables del Codex Alimentarias, para satisfacer los requisitos normales de la nutrición de los lactantes hasta la edad de 4 a 6 meses y adaptado a las características fisiológicas de éstos; dichas fórmulas también pueden ser preparadas en el hogar, en cuyo caso se designan como tales.

Se entiende por
"etiqueta"

Todo marbete, símbolo, marca, imagen u otra materia descriptiva o gráfica, escrita, impresa, estarcida, marcada, grabada en relieve o en hueco en un envase (veáse lo que antecede) de cualquiera de los productos comprendidos en el presente Código.

Se entiende por
"fabricante"

Toda empresa u otra entidad del sector público o privado que se dedique al negocio o desempeñe la función (directa o por conducto de un agente o de una entidad controlados por ella o a ella vinculados en virtud de un contrato) de fabricar algunos de los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código.

Se entiende por
"comercialización"

Las actividades de promoción, distribución, venta, publicidad, relaciones públicas y servicios de información relativas a un producto.

Se entiende por "personal
de comercialización"

Toda persona cuyas funciones incluyen la comercialización de uno o

varios productos comprendidos en --
las disposiciones del presente Codi-
go.

Se entiende por
"muestras"

Las unidades o pequeñas cantidades-
de un producto que se facilitan gra-
tuitamente.

Se entiende por
"suministros"

Las cantidades de un producto facili-
tadas para su empleo durante un pe--
ríodo prolongado, gratuitamente o a
bajo precio, por ejemplo a familia--
res menesterosas,

Artículo 4

Información y educación

4.1. Debe incumbir a los gobiernos la responsabilidad de garantizar que se facilite a las familias y a las personas relacionadas con el sector de la nutrición de los lactantes y los niños de corta edad una información objetiva, completa y -coherente. Esa responsabilidad se extiende a la planificación, obtención, preparación y difusión de informaciones y a la regulación de éstas.

4.2 Los materiales informativos y educativos, escritos, auditivos

o visuales, relacionados con la alimentación de los lactantes y destinados a las mujeres embarazadas y a las madres de lactantes y niños de corta edad, deben incluir datos -- claramente presentados sobre todos y cada uno de los siguientes extremos: a) ventajas y superioridad de la lactancia natural; b) nutrición materna y preparación para la lactancia natural y el mantenimiento de ésta; c) efectos negativos que ejerce sobre la lactancia natural la introducción parcial de la alimentación con biberón; d) dificultad de revertir la decisión de suspender la lactancia natural; y e) uso apropiado y, cuando así convenga, de fórmulas para lactantes preparadas industrialmente o en el hogar. Cuando dichos materiales contienen información acerca del empleo de preparaciones para lactantes, deben señalarse las correspondientes repercusiones sociales y financieras, los riesgos que presentan para la salud los alimentos o los métodos de alimentación inadecuados y, sobre todo, los riesgos que para la salud derivan del uso innecesario o indebido de preparaciones para lactantes y otros sucedáneos de la leche materna. Con ese material no deben -- utilizarse imágenes de lactantes ni otras imágenes o textos que puedan idealizar el uso de sucedáneos de la leche materna.

4.3. Los fabricantes o los distribuidores sólo podrán hacer ---

donativos de equipo o de materiales informativos o educativos a petición y con la autorización escrita de la autoridad gubernamental apropiada o ateniéndose a las orientaciones que los gobiernos hayan dado con esa finalidad. Ese -- equipo o esos materiales pueden llevar el nombre o el símbolo de la empresa donante, pero no deben referirse a ninguno de los productos patentados comprendidos en el presente Código y sólo se deben distribuir por conducto del sistema de atención de salud.

Artículo 5

El público y las madres

- 5.1. No deben ser objeto de publicidad ni de ninguna otra forma de promoción destinada al público los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código.

- 5.2. Los fabricantes y los distribuidores no debn facilitar, - directa o indirectamente, a las mujeres embarazadas, a las madres o a los miembros de sus familias, muestras de los - productos comprendidos en las disposiciones del presente -- Código.

- 5.3. De conformidad con lo recomendado en los párrafos 1 y 2 -- del presente Artículo, quedan excluidos los anuncios de -- los puntos de venta, la distribución de muestras o -----

cualquier otro mecanismo de promoción que pueda contribuir a que los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código se vendan al consumidor directamente y al por menor, como serían las demostraciones especiales, los cupones de descuento, las primas, las ventas especiales, la presentación de productos de reclamo, las ventas vinculadas, etc. La presente disposición no restringe las posibles políticas y prácticas de establecimiento de precios destinadas a facilitar productos a bajo costo y a largo plazo.

5.4. Los fabricantes y distribuidores no deben hacer llegar a las mujeres embarazadas o a las madres de lactantes y niños de corta edad obsequios de artículos o utensilios que puedan fomentar el uso de sucedáneos de la leche materna o la alimentación con biberón.

5.5. El personal de comercialización, en su calidad de tal, no tendrá ningún contacto, directo o indirecto, con las mujeres embarazadas o con las madres de lactantes y niños de corta edad.

Artículo 6

Sistemas de atención desalud

6.1. Las autoridades de salud de los Estados Miembros deben adoptar las disposiciones necesarias para estimular y proteger

la lactancia natural y promover la aplicación de los principios del presente Código, y deben facilitar la información y las orientaciones apropiadas a los agentes de salud por cuanto respecta a las obligaciones de éstos, con inclusión de las informaciones especificadas en el artículo 4.2.

- 6.2. Ninguna instalación del sistema de atención de salud debe utilizarse para fomentar el uso de preparaciones para lactantes u otros productos comprendidos en las disposiciones del presente Código.

Dichas disposiciones no excluyen, sin embargo, la distribución de informaciones a los profesionales de la salud, según lo indicado en el artículo 7.2.

- 6.3. Las instalaciones de los sistemas de atención de salud no deben utilizarse para exhibir productos comprendidos en las disposiciones del presente Código o para instalar tableros o carteles relacionados con dichos productos, ni para distribuir materiales diferentes de los previstos en el artículo 4.3.

- 6.4. No debe permitirse en el sistema de atención de salud la utilización de "representantes de servicios de profesionales", "enfermeras de maternidad" o personal análogo, facilitados o pagados por los fabricantes o los distribuidores.

6.5. Sólo los agentes de salud u otros agentes de la comunidad - deben, en caso necesario, hacer demostraciones sobre alimen- tación con fórmulas para lactantes, preparadas sea por la - industria o en el hogar, a las madres, y solamente a éstas- o a los miembros de la familia que necesiten utilizarlas; - la información facilitada debe incluir una clara explica--- ción de los riesgos que pueden derivarse de una utilización inadecuada.

6.6. Puede hacerse a instituciones u organizaciones donativos o - ventas a precios reducidos de suministros de preparaciones- para lactantes o de otros productos comprendidos en las dis- posiciones del presente Código, sea para su uso en la insti- tución interesada o para su distribución en el exterior.

Tales suministros sólo se deben utilizar o distribuir con - destino a lactantes que deben ser alimentados con sucedá--- neos de la leche materna. Si dichos suministros se distribu- yen para su uso fuera de la institución que los reciba, la- distribución solamente debe ser hecha por las instituciones u organizaciones interesadas. Esos donativos o ventas a pre- cios reducidos no deben ser utilizados por los fabricantes- o los distribuidores como un medio de promoción comercial.

6.7. Cuando los donativos de suministros de preparaciones para - lactantes o de otros productos comprendidos en las - - - -

disposiciones del presente Código se distribuyen fuera de una institución, la institución o la organización interesada debe adoptar las disposiciones necesarias para garantizar que los suministros serán mantenidos por todo el tiempo que los lactantes los necesiten. Los donantes, al igual que las instituciones u organizaciones interesadas, deben tener presente esta obligación.

- 6.8. El equipo y los materiales donados, además de los que se mencionan en el artículo 4.3., a un sistema de atención de salud pueden llevar el nombre o símbolo de una empresa, pero no deben referirse a ningún producto patentado comprendido en las disposiciones del presente Código.

Artículo 7

Agentes de Salud

- 7.1. Los agentes de salud deben estimular y proteger la lactancia natural, y los que estén particularmente relacionados con la nutrición de las madres y del lactante deben familiarizarse con las obligaciones que les incumben en virtud de lo dispuesto en el presente Código, inclusive la información especificada en el artículo r.2.
- 7.2. La información facilitada por los fabricantes y los distribuidores a los profesionales de la salud acerca de los - -

productos comprendidos en las disposiciones del presente -- Código debe limitarse a los datos científicos y factuales, y no supondrá ni suscitará la creencia de que la alimenta-- ción con biberón es equivalente o superior a la lactancia - natural. Dicha información debe incluir asimismo los datos- especificados en el artículo 4.2.

- 7.3. Los fabricantes o los distribuidores no deben ofrecer, con el fin de promover los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código, incentivos financieros o materiales a los agentes de salud o a los miembros de sus familias ni dichos incentivos deben ser aceptados por los agentes de salud o los miembros de sus familias.

- 7.4. No deben facilitarse a los agentes de salud muestras de fórmulas para lactantes o de otros productos comprendidos en - las disposiciones del presente Código ni muestras del equipo o de los utensilios indispensables para su preparación- o empleo, salvo cuando sea necesario con fines profesionales de evaluación o de investigación a nivel institucional. Los agentes de salud no deben entregar muestras de preparaciones para lactantes a las mujeres embarazadas, a las maadres de lactantes y niños de corta edad o a los miembros de sus familias.

7.5. Los fabricantes y distribuidores de los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código deben declarar a la institución a la que pertenezca un agente de salud beneficiario toda contribución hecha a ésta o en su nombre para financiar becas, viajes de estudio, subvenciones para la investigación, gastos de asistencia o conferencias profesionales y demás actividades análogas. Esa aclaración debe ser hecha por el beneficiario.

Artículo 8

Empleados de los fabricantes y distribuidores

8.1. En los sistemas incentivos de ventas para el personal de comercialización, el volumen de ventas de los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código no debe incluirse en el cómputo de las gratificaciones ni deben establecerse cuotas específicas para la venta de dichos productos. La presente disposición no se extiende al pago de gratificaciones basadas en el conjunto.

8.2. El personal empleado en la comercialización de los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código no debe, en el ejercicio de su profesión, desempeñar funciones educativas en relación con las mujeres embarazadas o las madres de lactantes y niños de corta edad. La presente disposición no impide que dicho personal sea utilizado para

otras funciones por el sistema de atención de salud, a petición y con la aprobación escrita de la autoridad competente del gobierno interesado.

Artículo 9 Etiquetado

- 9.1. Las etiquetas deben concebirse para facilitar toda la información acerca del uso adecuado del producto y de modo que - no induzcan al abandono de la lactancia natural.
- 9.2. Los fabricantes y distribuidores de las preparaciones para lactantes deben velar porque se imprima en cada envase o -- en una etiqueta que no pueda despegarse fácilmente del mismo una comunicación clara, visible y de lectura y comprensión fáciles, en el idioma apropiado, que incluya todos los elementos siguientes : a) las palabras "Aviso Importante" o en su equivalente; b) una declaración de la superioridad de la lactancia natural; c) una declaración en la que conste que el producto sólo debe utilizarse si un agente de salud lo considera necesario y previo asesoramiento de éste - acerca del modo apropiado de empleo; d) instrucciones para la preparación adecuada con indicación de los riesgos que - una preparación inapropiada puede ocasionar para la salud. Ni el envase ni la etiqueta deben llevar imágenes de lactantes ni otras imágenes o textos que puedan idealizar el empleo de la preparación. Sin embargo, pueden llevar elementos

gráficos que faciliten su identificación del producto como sucedáneo de la leche materna y sirvan para identificar los métodos de preparación de la fórmula. No deben utilizarse términos como " humanizado ", " maternizado " o términos -- análogos. Pueden incluir prospectos con información suplementaria acerca del producto y su empleo adecuado, a reserva de las condiciones antedichas, en cada paquete o unidad de venta al por menor.

Cuando los marbetes dan instrucciones para modificar un producto y convertirlo en una preparación para lactantes, son aplicables las disposiciones precedentes.

- 9.3. Los productos alimentarios comprendidos en las disposiciones del presente Código y comercializados para la alimentación de lactantes que no satisfagan todas las normas establecidas respecto de las preparaciones para lactantes, pero que puedan ser modificadas a ese efecto, deben llevar en el marbete un aviso en el que conste que el producto no modificado no puede utilizarse como única fuente de alimentación de un lactante. Habida cuenta de que la leche condensada -- azucarada no es adecuada para la alimentación de los lactantes ni debe utilizarse como principal ingrediente en las preparaciones destinadas a éstos, los marbetes correspondientes no deben contener instrucciones acerca de la manera de modificar dicho producto con tal fin.

9.4. La etiqueta de los productos alimentarios comprendidos en las disposiciones del presente Código debe indicar todos - y cada uno de los extremos siguientes: a) los ingredientes utilizados; b) la composición/análisis del producto; c) -- las condiciones de almacenamiento requeridas; y d) el número de serie y la fecha límite para el consumo del producto habida cuenta de las condiciones climatológica y de almacenamiento en el país interesado.

Artículo 10

Calidad

10.1. La calidad de los productos es un elemento esencial de la protección de la salud de los lactantes y, por consiguiente debe ser de un nivel manifestamente elevado.

10.2. Los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código y destinados a la venta o a cualquiera otra forma de distribución deben satisfacer las normas aplicables recomendadas por la Comisión del Codex Alimentarius y las disposiciones del Codex recogidas en el Código de Prácticas de Higiene para los Alimentos de los Lactantes y los Niños.

Artículo 11

Aplicación y Vigilancia

11.1. Los gobiernos deben adoptar, habida cuenta de sus estructuras sociales y legislativas, las medidas oportunas para -- dar efecto a los principios y disposiciones del presente Código incluida la adopción de leyes y reglamentos u otras medidas pertinentes. A ese efecto, los gobiernos deben esforzarse por obtener, cuando sea necesario, el concurso de la OMS, del UNICEF y de otros organismos del sistema de -- las Naciones Unidas. Las políticas y las medidas nacionales, en particular las leyes y reglamentos, que se adopten para dar efecto a los principios y disposiciones del presente Código, deben ser públicamente promulgadas y deben aplicarse sobre idénticas bases a cuantos participen en la fabricación y la comercialización de los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código.

11.2. La vigilancia de la aplicación del presente Código corresponde a los gobiernos tanto individualmente como en la --- acción que colectivamente despliegan por conducto de la Organización Mundial de la Salud, a tenor de lo dispuesto en los párrafos 6 y 7 del presente artículo. Los fabricantes y distribuidores de los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código, así como las organizaciones no gubernamentales apropiadas y los grupos de profesionales y de consumidores, deben dar también su apoyo a los gobiernos con ese fin.

- 11.3. Independientemente de cualquier otra medida adoptada para la aplicación del presente Código, los fabricantes y los distribuidores de los productos comprendidos en las disposiciones de aquél deben considerarse obligados a velar por que sus prácticas de comercialización respondan a los principios y disposiciones del Código y a adoptar medidas para asegurar que su conducta en todos los planos resulte conforme a dichos principios y disposiciones.
- 11.4. Las organizaciones no gubernamentales, los grupos profesionales, las instituciones y los individuos deben considerarse obligados a señalar a la atención de los fabricantes o distribuidores las actividades que sean incompatibles con los principios y disposiciones del presente Código, con el fin de que puedan adoptarse las oportunas medidas correctivas. También debe informarse a la autoridad gubernamental-competente.
- 11.5. Los fabricantes y distribuidores primarios de los productos comprendidos en las disposiciones del presente Código deben informar a los miembros de su personal de comercialización acerca de las disposiciones del Código y de las obligaciones que han de asumir en consecuencia.
- 11.6. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 62 de la --

Constitución de la Organización Mundial de la Salud, los Estados Miembros informarán anualmente al Director General acerca de las medidas adoptadas para dar efecto a los principios y disposiciones del presente Código.

- 11.7. El Director General informará todos los años pares a la -- Asamblea Mundial de la Salud acerca del cumplimiento y la aplicación de las disposiciones del Código, y prestará --- asistencia a los Estados Miembros que la soliciten para la preparación de leyes o reglamentos nacionales o para la -- adopción de otras medidas que favorezcan la aplicación y - la promoción de los principios y disposiciones del presente Código.

N O T A S.

1. Aniceto Aramoni, "La ciencia y el arte de curar", Psicoanálisis, Psiquiatría y Psicología 2-3, ed. Samo, S.A. 1973, p. 23.
2. Marx-Engels Gesamtausgabe, Marx-Engels Verlag, ed. D.Rjazanow, Berlín - 1932 1., 6, p. 179.
3. Levin SS: A Philosophy of Infant Feeding. Springfield, 111, Charles C - Thomas Publisher, 1963.
4. Committee on Nutrition: Commentary on breast feeding and infant formulas, including proposed standards for formulas. Pediatrics 57:278, 1976.
5. Ysunza - Ogazín, A.M.: Estudio bioetnopológico del tratamiento del susto. Estudios sobre etnobotánica y antropología médica. Ed. Carlos Viesca. - Instituto Mexicano para el Estudio de las Plantas Medicinales, 1976.
6. Derrick B. Jelliffe y F. Patrice Jelliffe, Human Milk in the Modern World, Oxford University Press, 1978.
7. Harfouche, J.K.: The importance of breastfeeding. Journal Trop. Pediatric 16:134, 1970.
8. Derrick B. Jelliffe, "Concomitant Malnutrition" Food Technologic, 25: 55, 1971.
9. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna: recomendación conforme a los términos del artículo 23 de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Documento aprobado en la XXXIV Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, mayo 1981.
10. International Herald Tribune, 15/9/ 1975.
11. Grupo Tercer Mundo, Las Multinacionales de la Alimentación Contra los Bebés, ed. Nueva Imagen 1982, p.131.
12. Ibid, p.p. 144-145.
13. Ibid, p. 153.
14. Ibid, p. 119.
15. Ibid, p. 153.
16. Ibid, p. 71.
17. Ibid, p.p. 66, 71, 72.
18. Alan Berg. The nutrition factor, Brookings Institute, E.U.A. 1973.
19. Ibid, p. 71.

20. Michael Bader, "Breast Feeding: the role of nutritional corporation in - Latin American" International Journal of Health Services, Vol.6, Núm.4, p.p. 609-626, 1976.
21. Restrepo, I.: "Desnutrición y Transnacionales II: Nestlé y su poder monoplólico" publicado en "Uno más Uno" México, D.F., Sept. 21, 1981.
22. Restrepo, I. "Desnutrición y Transnacionales III: Nestlé y la salud de los niños", publicado en "Uno más Uno", México, D.F., Sept. 22, 1981.
23. S. Almroth and T. Greiner, The economic value of breast feeding, FAO - food and nutrition paper, No.11, FAO, Rome, 1979 (abstract and p.23).
24. Reviews, abstracts and selected readings. Keeping Abrest, Journal of Human Nurturing, 3:4, 1978.
25. Grupo Tercer Mundo, Las Multinacionales de la Alimentación contra los Bebés, ed. Nueva Imagen 1982, p.61.
26. Berg, A: Estudios sobre nutrición, su importancia en el desarrollo socioeconómico, Edit. Limusa, México, 1977.
27. Grupo Tercer Mundo, Op. cit. p.p. 62-134.
28. Mandl Pierre - E, Alimentación al pecho, UNICEF, ed. Pax-México, México, D.F. 1983, p. 86.
29. Arana, Marcos, et. al., "Estudio Predictivo de la Lactancia" 1976.
30. Wolstenholme G, Knight J (eds): Lactogenic Homones: Ciba Foundation Symposium, 1972, Edinburgh, 1972.
31. Arroyo A Pedro, La nutrición de la madre 2a. parte, "Cuadernos de Nutrición", Vol.6, No.8, abril-mayo-junio 1983, p.p.30-31. Publicación del IMN. "Salvador Zubirán".
32. Entwisle R. Doris, et. al., Sociopsychological Determinans of women's - breast-feeding behavior, "American Journal of Orthopsychiatry" Vol.52(2) 1982. p.p.244-260.
33. Ysunza-Ogazan Alberto, Consideraciones Biosociales de la Lactancia Materna, División de Nutrición de Comunidad, Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" Pub. L55, Tlalpan, D.F. 1983, p.223.
34. Arroyo A Pedro, Op. cit. p.p.21-29.
35. Gesell Arnold, et. al. El infante y el niño en la cultura actual, ed. Paidós, Buenos Aires 1979. p.73.
36. Langer, Ana, La alimentación del recién nacido: una experiencia compartida, "Cuadernos de Nutrición", Vol.6, No.9 julio-agosto-sept 1983. Publ. IMN "Salvador Zubirán", p.p.17-24.
37. De Chateau Peter, Long-term effect on mother-infant behaviour of extra - contact during the first hour post partum, 1, 2 Acta paediatric Scand 66: 137-143, 1977, Scand 66:45-151, 1977.

38. Besell Arnold, El infante y el niño en la cultura actual, ed. Paidós, - Buenos Aires 1979, p.p.74-75.
39. Ibid, p. 83.
40. Langer Ana, La alimentación al recién nacido: una experiencia compartida, Cuadernos de Nutrición, Vol.6, No.9, julio-agosto-sept 1983, pub. IMN - "Salvador Zubirán" p.26.
41. Lozoff Betsy, Birth and 'Bonding' in now-industrial societies, Developmental Medicine and Child Neurology, p. 595.
42. Ibid, p.p.595-600.
43. Mandl Pierre-E, Alimentación al pecho, el mejor comienzo para la vida, - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) ed. Pax-México, - D.F., 1983, p.p.147-177.
44. Ibid, p.177.
45. Ibid, p.200.
46. U.S. Government position on the WHO/UNICEF international code on the marketing of breast milk substitutes "American Public Health Association" - (documento mimeografiado) Washington, D.C. 1981.
47. Grants, James P. Estado Mundial de la Infancia 1984, UNICEF, p.p.41-44.
48. Ibid, p.p.18-19.
49. Ibid, p.20.
50. Ibid, p.21.
51. Ramirez Santiago, Infancia es destino, ed. Siglo XXI, México, D.F. 1980, p. 188.
52. Grant P. James, Estado Mundial de la Infancia, UNICEF, 1982-1983, p.5.
53. M. Arana, et. al. "La Alimentación del Menor de un año en el Municipio - de Santiago Ixcuintla, Nayarit". Escuela de Salud Pública. Documento Interno, 1980.
54. Héctor Avila, et. al. "Factores Determinantes de la Suspensión de la Lactancia en un Grupo de la Población Urbana" Boletín de la CMS 84(5), p.p. 383-390, 1978.
55. M. Arana, Op. cit.
56. Alberto Ysunza y Sara E Pérez-Gil, "Conducta de la Lactancia en el Medio Urbano Marginal", Cuadernos de Nutrición, Vol.4, p.p.243-252, 1979.
57. Grupo Tercer Mundo, Las Multinacionales de la Alimentación contra los Bebé, ed. Nueva Imágen 1982, p.p.21-22.
58. Ibid, p.p.23-24.

59. *Ibid*, p.25.
60. Berg, A, Estudios sobre Nutrición. Su interpretación en el desarrollo socioeconómico. Edit. Limusa, México, 1977.
61. Dirección General de Estadística de la Secretaría de Industria y Comercio, Estadística Industrial Anual, 1975-1976.
62. Grupo Tercer Mundo, Op. cit. p.p.24-26.
63. Baranowski Tom, et. al., Social Support, Social Influence, Ethnicity and the Breastfeeding Division. *Soc. Sic. Med.* Vol.17, No.21, ed. Pergaman 1983, p.p.1599-1611.
64. *Ibid*, p.1609.
65. Derrick B. Jelliffe y E. F. Patrice Jelliffe, "The infant food industry and international Child Health" International Journal of Health Services, Vol.7, Núm.2, p.p.249-254, 1977.
66. Tompson Marian, Effectiveness of mother-to-mother -Research on the La Leche de International Program Birth and the family journal 1976, Vol.3(4), p.p.165 - 179.
67. *Ibid*, p.166.
68. *Idem*.

CONSIDERACIONES PSICOLOGICAS

ALGUNAS CONSIDERACIONES PSICOLÓGICAS

Es amplio y complejo el hablar de salud mental y su relación con el cuidado materno, actualmente se han considerado varios aspectos de esta relación madre-hijo y aún quedan pendientes estudios específicos en varias de sus facetetas. En el estudio de esta díada siempre se ha de considerar al infante, madre, padre, la familia inmediata, cultura y los valores sociales dentro de una interrelación dinámica entre todos ellos.

Todos los fenómenos psicológicos son un resultado de la influencia mutua y de la acción recíproca de factores innatos con acontecimientos experienciales. Así en el ser humano sus primeros y posteriores afectos sirven para explicar y entender sus actitudes y acontecimientos psicológicos. Pero aún en la actualidad los afectos han desafiado toda medición (1).

Desde que el niño es concebido se le debe considerar como un ser viviente que tiene derecho a todo lo adecuado para su buen desarrollo biológico como psicológico. En este sentido la cultura debe tener la responsabilidad de crear y fomentar las situaciones que den la posibilidad de satisfacer las necesidades del niño. Son los valores e instituciones culturales las que juegan un papel significativo en la formación de la personalidad. Son ellas - las que marcan varias de las expresiones y formas de relación entre la madre y su hijo.

Varios estudiosos señalan la importancia del primer año de vida del niño, considerándolo como el más plástico del desarrollo humano. Esto se debe a que el infante nace con pocos patrones de conducta; posteriormente tendrá que adquirir durante este tiempo muchas habilidades que le permitan adaptar-

se a su nuevo medio ambiente. El desarrollo que se da en este período es - muy rápido y de gran magnitud. Además de que se reconoce el hecho de la existencia de períodos críticos durante el desarrollo. Durante el primer año de vida del niño algunas funciones, estructuras y aún impulsos instintivos se - irán diferenciando progresivamente a partir de una totalidad que es en muchos aspectos indiferenciada, así la personalidad del infante se va moldeando durante este tiempo. El crecimiento y el desarrollo del sector psicológico va a depender esencialmente de que se establezcan y se desarrollen progresiva--mente relaciones sociales cada vez más significativas; inicialmente la primera relación del niño será con su madre (2).

Esta relación es única y determinante para el infante. Es una relación que aunque desigual es recíproca, donde el afecto desempeñará el incentivo - primordial para el intercambio de conductas entre la madre y su hijo. Es importante que esta relación sea afectuosa, cercana y continua donde ambos vivencien satisfacción y gozo. La comunicación entre ellos durante el primer año de vida es no verbal originada por afectos. Estos afectos son influyentes en el aprender, el desarrollo y las relaciones de objeto del infante. El niño aprende en el marco de la experiencia afectiva que le proporciona la relación con su madre, una relación madre-hijo de esta calidad se convierte en prerequisite para que el infante tenga la capacidad para relacionarse con - las cosas y las pueda dominar. Así la relación con su madre permite al niño construir en forma gradual una imagen del mundo que le rodea; lo ayuda en el nacimiento de los afectos y en el desarrollo de las modalidades perceptuales; normalmente el niño adquiere su yo rudimentario en los múltiples intercambios con la madre. La calidad emocional de las relaciones entre la madre y el infante es importante para muchas teorías del desarrollo de la personalidad.

De los estudios más importantes del primer año de vida -- del niño son los realizados por René A. Spitz. Para Spitz la -- percepción afectiva y los cambios afectivos preceden a todas las demás funciones psíquicas, (sensación, percepción, pensamiento y acción). Considera que éstos se irán desarrollando subsecuente-- mente sobre los cimientos proporcionados por los intercambios - afectivos. Parece que los afectos guían al resto del desarrollo - durante el primer año de vida del niño y mucho tiempo después (3).

Según Spitz, recién nacido el niño posee un sistema de - captación distinto al sistema de percepción, que después actúa, él lo denomina Organización Cenestésica. Este sistema es genera-- lizado, visceral y su centro se localiza en el sistema nervioso autónomo que se manifiesta en forma de emociones; esta sensibi-- lidad visceral está conectada con la superficie cutánea. Este - sistema desempeña posteriormente un papel trascendental y deter-- minante en nuestros sentimientos, pensamientos y acciones. A - partir de este sistema evoluciona la organización que él denomi-- na diacrítica en donde la percepción se efectúa a través de los órganos sensoriales periféricos, es localizada, circunscrita e intensiva, sus centros están en la corteza y sus manifestacio-- nes son procesos cognoscitivos entre los que se encuentran los procesos conscientes del pensamiento (4).

Considera que el infante percibe y funciona básicamente en el nivel cenestésico. Percibe solo emocionalmente en los primeros seis meses, luego en otra forma de percepción más diferenciada, - discriminativa o diacríticamente. El desarrollo posterior de la percepción estará estrechamente ligado con el afecto (percepción a distancia, discriminación diacrítica, de la respuesta sonrien-- te, todas estas importantes en el desarrollo infantil) el afecto es el que abre paso al desarrollo, que favorece el desarrollo de la per--

cepción como también al de otras funciones; determinando también la realización entre la percepción y la cognición.

Spitz asegura que la cavidad oral con sus órganos, la lengua, labios, mejillas y el aparato nasofaríngeo son la superficie que se usa primero en la vida para la percepción táctil y la exploración, estando en ellos representados la sensación del tacto, gusto, temperatura, olor, el sufrimiento, y aún la sensación de profundidad. Estas percepciones son de contacto diferente de la percepción a distancia, visual y auditiva.

El infante que es alimentado con pecho materno mira fijamente el rostro de la madre sin cesar durante todo el acto de mamar (en los niños que son alimentados por medio del biberón este fenómeno no es consistente ni confiable) esta conducta se vuelve esencial para el desarrollo de la percepción a distancia. El cambio de la percepción por contacto a la de distancia es de mucha importancia para el desarrollo del infante, este cambio se da a través de las relaciones con la madre. En el acto de mamar al pecho se mezcla la percepción por contacto y la de distancia, formando ambas parte de una misma experiencia. La percepción a distancia enriquece el aspecto de los sectores perceptuales, expande las funciones autónomas del yo y finalmente contribuye al principio de realidad (5).

La experiencia del amamantamiento no solo se vuelve necesaria para satisfacer la necesidad del hambre, sino que inicia el tránsito de la percepción exclusiva por contacto a la percepción a distancia. Activa el sistema diacrítico que reemplaza gradualmente, aunque sin excluir, al sistema cenestésico. Se puede considerar entonces a la cavidad oral como la cuna de la percepción. Los hallazgos sugieren que la progresión desde una subclase de

percepción a la siguiente está conectada estrechamente con las condiciones particulares de la situación de amamantamiento individual y depende de ella, variaciones relativamente pequeñas de las condiciones de esta función causarán mayor presión de adaptación para el infante (6).

La comunicación de la madre y su hijo se da principalmente a través de la vía del contacto táctil, además del visual y ambas formas de relación se facilitan increíblemente a través de la alimentación por pecho, se asegura un contacto corporal y cutáneo constante, movimiento además de calor. Spitz menciona de la observación de películas "las películas nos muestran de modo impresionante como el pecho de la madre, sus dedos, ofrecen al lactante multitud de estímulos táctiles; cómo esos estímulos le dan la oportunidad de aprender y de practicar la percepción y la orientación; cómo experimenta el infante el tacto superficial, la sensibilidad profunda y el equilibrio sobre el cuerpo de la madre y en respuesta a los movimientos de ella; apenas hace falta añadir que es la voz de ella la que brinda al infante el estímulo acústico vital, que es el requisito previo para el desarrollo de la palabra" (7).

Por otro lado, Spitz señala que el elemento esencial de la experiencia de la cavidad oral existe aunque el alimento se de por biberón, reconociendo que el chupete de goma no transmite la respuesta de reciprocidad calurosamente humana de la madre. Teniendo además claro que actualmente las madres no dan siempre el biberón cargando ellas a sus hijos, limitando así

los variados y ricos afectos que proporciona la madre al lactar. Se deberá reconocer que la calidad de afectos de la madre están de algún modo en función de lo que la experiencia de dar pecho significa para ella.

El contacto táctil con la madre durante los 6 primeros meses se vuelve vital, ya que facilita la identificación primaria, el infante experimenta la satisfacción de sus necesidades como parte de su propia persona y cuerpo, donde no existe nada más. Este estado ayuda en dos logros importantes del desarrollo de la personalidad, el de la formación del yo y el de la identificación secundaria, cuando el niño adquiere técnicas y dispositivos a través de los cuales puede independizarse de su madre - (Spitz 1957). Entonces es la actitud emocional de la madre, su afecto lo que orientará los afectos del infante y éste vivenciará una calidad de vida a partir de la experiencia de su madre.

Cabría cuestionar la importancia de la magnitud de afectos, y la relación de la madre con su hijo al dar pecho, ya que esta experiencia tiene una validez vivencial única para la madre que no se iguala ni guarda la misma proporción con el hecho de alimentar por medio del biberón. El cuidado materno no puede considerarse en términos de horas por día sino únicamente en relación al gozo de la mutua compañía que experimenta la madre y el niño, está comprobado que esto se vive durante las intimidades de la lactancia materna.

Se dice que la alimentación por pecho o biberón per se tiene menos importancia que el modo o estilo en que se cumple -

este proceso de alimentación. Pero parece imposible desligar el hecho de que cuando hablamos de alimentación por pecho conlleva sentimientos profundos, únicos sólo vivenciados por la madre que han de repercutir en su forma de sentir y proyectar a su hijo. Se ha hablado ya del efecto sobre la orientación emocional de la madre en su capacidad de lactancia.

Harriet E. Lemer (1979), considera que el dar pecho es un acto prograficante para la madre y el niño. Considerando al igual que otros expertos que el alimentar por biberón es una conducta bizarra del mundo occidental.

Niles, un investigador activo en el fenómeno de la lactancia asegura que ésta provee un componente psichormonal a la relación madre e hijo. Asegurando que "iniciar la relación madre-hijo sin dar el pecho es como empezar el matrimonio sin coito". No existe una evidencia convincente de que los niños alimentados por medio del biberón con amor y afecto, tengan que sufrir posteriormente daños psicológicos; sí muchos expertos están de acuerdo en que la alimentación materna es la misma esencia de la maternidad. Indudablemente, la alimentación por pecho proporciona la oportunidad sinigual para una relación física y emocional de gran cercanía, tanto para la madre como para el hijo (8).

La experiencia de alimentar por pecho es una de las relaciones más íntimas y totalmente femenina. En un estudio realizado por Sara K. Winter 1970, en el que aplicó el test T.A.T. para descubrir las fantasías femeninas al lactar, encontró que

todas las historias de las madres cuando daban el pecho estaban llenas de sentimientos positivos, los eventos los presentaban - en orden no cronológico y con referencia a un placer en sí mismo al realizar las actividades. Los sentimientos presentados - por las madres que daban biberón eran negativos, presentados en un orden cronológico y se referían a las actividades con el objeto de poder alcanzar metas específicas y a actividades cognitivas o secundarias. Los sentimientos positivos y el énfasis en la actividad, por su propio valor en sí de las madres lactantes sugieren una similitud de la situación de lactar ese estado en que uno detiene el trabajo, sus metas y deseos y abre las puertas de la percepción al mundo (Abraham Maslow's B-cognición). - Las madres lactantes manifestaron un "estar con", una característica importante de la experiencia de lactar (9).

También encontró Sara K. Winter una analogía con la teoría de Helene Deutsch, ella propone que la disposición de la mujer para realizar su papel sexual y reproductivo está relacionada con ideas masoquistas. Deutsch dice que en la fantasía un acto masoquista frecuentemente produce tensión sexual, para continuarse con un acto amoroso que suple el amor. Así dice Sara K. Winter que la tensión producida cuando el pecho está lleno de - leche es seguida por una relajación de tensión al ser vaciado - por el infante.

Las madres reportaban que el dolor inicial era seguido -- por relajación. Y que la madre da su leche para ser una buena madre. Las historias aplicadas del T.A.T. confirmaron en las -

madres lactantes la hipótesis de masoquismo y oralidad femeninas; sin evidencia alguna de que el lactar aumentara el narcisismo o la fantasía sexual (10).

Independientemente de que la madre lactante participa en una relación de dos personas (madre-hijo), las historias relatadas carecían de temas interpersonales como nutrir, afiliación, sexo, romance o poder. Probablemente la relación durante el amamantamiento es tan cercana, íntima, que la madre que lacta no la experimenta como una relación. Puede que ella sienta el amamantar como una unión inconsciente de sí misma y su hijo, demasiado inmediata, contigua para considerarla una relación entre individuos separados (11). Deutsh dice que algunas mujeres no pueden lactar exitosamente porque tienen fantasías con miedo de perder su individualidad o ser absorbidas, tragadas en la cercanía de la relación del amamantamiento. Por lo que S. Winter supone que las madres que logran lactar exitosamente son aquellas que encuentran este debilitamiento del sentido de separación entre la madre y el hijo indistintamente placentero. Ella dice que probablemente el intenso acercamiento de la relación madre-hijo puede dar a la mujer experiencias parecidas a la que los hombres encuentran en la contemplación mística, la conquista de la naturaleza o la creatividad artística.

S. Winter diseñó una prueba de una escala denominada "Empathic Being Orientation". El aplicarla a madres lactantes encontró que las madres con puntuación baja E B O eran las de mayor edad y con mayor escolaridad. Las madres altas en E B O re-

portaban la experiencia de lactar más placentera, menor dolor - durante la lactación, menos problemas con la producción de leche y mayor resistencia a destetar que las de bajo E B O; describían el amamantar como algo cercano, afectivo y natural; estas madres encontraban el rol maternal como satisfactorio, mencionaban el regocijo y disfrute por el niño durante el amamantar, deseando incluso tener más familia; también se mostraban más responsivas, empáticas y sensibles a los sentimientos y reacciones del niño para destetar. Las madres de bajo E B O eran más racionales, intelectuales a las reacciones del niño. Cuando describían el nacimiento o el primer amamantamiento, las madres de bajo E B O mencionaban que pensaban, esperaban, decidían o planeaban; mientras que las madres con una escala alta de E B O manejaban reacciones y sentimientos. Se encontró que las madres con una escala alta en E B O tenían una relación más cercana y armoniosa con sus propias madres; mayor que las de bajo E B O. Las madres altas en la escala E B O experimentaban mayor cercanía con sus hijos, esta sensación de unión durante la lactancia se mantenía aún con la simple presencia del niño. Ellas sentían que al satisfacer a su hijo ellas se satisfacían a sí mismas (12).

En estudios realizados por Linda Berg-Cross et. al.; sobre las diferencias de personalidad entre las madres que daban pecho a sus hijos y las que alimentaban por medio del biberón encontraron que las madres que lactaban -

eran personas que necesitaban o buscaban mayor sensación, estando satisfechas con la experiencia de lactar y mostraban más resistencia a destetar que las madres que alimentaban por medio de biberón (13).

Chamberlain, 1976, encontró en sus estudios que las madres que pertenecían a la Liga de la Leche deseaban que sus hijos se mostraran con más expresión, ruido u otras demostraciones mientras que las que alimentaban artificialmente no reportaban esto como algo que disfrutaran.

La situación de amamantar es compleja y demandante; las madres que lactan tienen que manejar el hecho del niño pidiendo el pecho y con el pecho -- mismo pidiendo al niño. Así cuando se separan la madre que da pecho vive la separación física como emocionalmente.

Los estudios de Chamberlain 1976, Cornell 1963, Miller Littlepage 1970, y otros, dicen que la alimentación por pecho beneficia a la madre al sentir ella una cercanía con sus hijos. En contraste las madres que alimentaban artificialmente ni siquiera concebían la experiencia como algo existente o con sentido. Las madres que amamantaban perciben la experiencia como una oportunidad única de obtener sensaciones nuevas y complejas (14).

El estudio de Linda Berg-Cross señala a las madres que daban alimentación artificial con un nivel de necesidad de sensación baja, donde para algunas el embarazo y criar al niño tenía un efecto inhibitor en general. Probablemente sea que para ellas el embarazo y la interacción con el niño es tan estimulante que reducen la estimulación de cualquier forma, incluyendo el -- usar la opción de alimentar por biberón en lugar de dar pecho. Estas madres también mostraron durante el estudio mayor agresión y depresión (15).

De los hallazgos más significativos del estudio de Berg-Cross es el hecho de que las madres que dan pecho muestran gran ambivalencia para destetar mientras que en las madres que dan biberón no existe ni una contradicción al respecto. Las madres que daban pecho siempre mostraron lo importante que -- era el esperar a que el niño iniciara el destete, considerar sus reacciones.

Niles Newton señala que la habilidad de la madre para producir leche para su hijo, depende de su propia actitud hacia la alimentación al pecho y hacia el sexo y su actitud está relacionada con las actitudes de su propia sociedad. Las emociones afectan la producción de la leche a través de mecanismos específicos psicósomáticos. El dice que la supervivencia de la raza humana antes de que el concepto de obligación evolucionara, dependía el placer de dos actos, el coito y la alimentación por pecho materno.

Niles Newton describe la similitud de la respuesta del cuerpo de la mujer ante el coito y la lactación. Se presenta la contracción del útero, el cambio marcado de la piel y sus pechos crecen; se vuelven erectos durante la succión del niño y durante la excitación sexual. Algunas mujeres expulsan la leche más fácilmente que otras, probablemente se deba al músculo que es débil en el pezón (músculo sphincter). Estas mujeres han reportado el derramar leche durante la excitación sexual. La sola estimulación a los pechos causa orgasmos en algunas mujeres y durante la succión del pecho por el infante se estimula éste intensamente (16).

El desagrado a la alimentación por pecho de algunas mujeres parece estar relacionada con una repulsa al desnudo y a la sexualidad. (E. J. Salber, A. B. Adams); así en un estudio de R. R. Sears de la Universidad de Harvard se encontró que las madres que lactaban a sus hijos mostraban mayor tolerancia

a la masturbación y a los juegos sexuales de sus hijos.

Michael Newton y Niles Newton encontraron en sus investigaciones que -- las mujeres que expresaban las actitudes más positivas hacia la alimentación por seno materno eran diferentes a las demás madres. Generalmente concebían que la mujer tenía más satisfacciones en la vida que el hombre y que el parto era fácil.

Newton (1955), dice que "la relación sexual es, evidentemente, una fase tan importante del rol reproductivo de la mujer como lo es la menstruación, embarazo, parto y, el amamantamiento. Aunque generalmente se le ha querido señalar como si fuera la única parte importante del rol de la mujer" (17).

De los estudios realizados en la actualidad se encuentran los de Masters y Johnson (1966) ellos estudiaron la sexualidad; los resultados se dieron -- considerando en la sexualidad el deseo, la frecuencia, gozo y el orgasmo. El embarazo en tres períodos; el primer trimestre donde el deseo y funcionamiento sexual es igual que antes del embarazo, en el segundo trimestre existe un aumento y una disminución en el último trimestre. Con respecto a la sexualidad después del parto, se presenta un retorno del deseo de la sexualidad de dos a tres semanas hasta tres meses después del parto. Las mujeres -- que lactaban señalaban que iniciaban más tempranamente sus relaciones sexuales y con un nivel de funcionamiento mucho mayor que las madres que no lactaban. Algunas dijeron tener incluso orgasmo durante el amamantamiento. También algunas mujeres decían sentir culpabilidad porque sentían el deseo -- sexual (18).

Los estudios realizados por James A. Kenny sobre la sexualidad de la mu

jer embarazada y la mujer que amamanta, muestran resultados similares a los de Master y Johnson. Reportan que la sexualidad de la mujer embarazada es igual que, en la mujer no embarazada. Aunque en el último trimestre en la mujer embarazada su deseo, frecuencia y gozo disminuiría, mientras el orgasmo se mantenía igual. También señala que en las mujeres que lactaban el deseo sexual aparecía más rápido y que las que amamantaban por períodos prolongados eran y se volvían más físicas y sensuales (19).

A pesar de todo lo expuesto anteriormente es sorprendente que la experiencia placentera y beneficiosa para la madre y el hijo haya sido abandonada por tantas mujeres. Algunas aún inician el amamantamiento pero la mayoría lo abandona tempranamente. En parte, este abandono refleja las realidades de las instituciones, pero también la existencia de conflictos intrapsíquicos y familiares que empujan a la mujer a destetar prematuramente o evitar completamente el alimentar al pecho. Es a través de la comprensión de los factores sociales, familiares e intrapsíquicos que se podrá ayudar a facilitar una alimentación natural fructífera.

La pareja madre-hijo durante el amamantamiento es parte de un sistema familiar en el que las reacciones del padre al niño y a la díada madre-hijo tendrán un gran efecto. Muchos esposos o padres tienen sentimientos positivos hacia la pareja lactante, algunos pueden sentirse orgullosos, complacidos, gratificados y cooperadores durante el amamantamiento. Otros no presentan estas conductas e incluso muestran actitudes negativas ante el fenómeno de la pareja lactante. Pueden sentirse superficiales, inadecuados, envidiosos y excluidos; pueden presentar reacciones de hostilidad defensiva, alejamiento y no apoyo. Seguramente necesitará la ayuda de su esposa para no sentirse excluido e integrarse a una nueva y creciente familia. El hablar solo de las reac

ciones ideales del padre tiende a generar culpabilidad y ansiedad. También produce coraje en la mujer que siente estar sola y con un marido o pareja -- que no la apoya. El fracasar en ayudar a los hombres que tienen reacciones negativas o contradictorias a la lactancia, puede convertir el período post-parto en un campo adecuado para inadaptaciones o conflictos de tipo marital y paternal (20).

Existe de hecho un stress a la experiencia de la paternidad. La pareja madre-hijo amamantado reactivará afectos, ansiedades y fantasías en el nuevo padre. Sintiendo el padre solo y culpable con sus reacciones conflictuales, además con coraje de tener que ser más atento y generoso con su esposa en un período en que recibe menos de ella, podrá también sentir mayor necesidad de dependencia debido a la presión de la nueva paternidad. Además muchos esposos experimentan diversos grados de frustración sexual y ansiedad que resulta de la abstinencia sexual del período después del parto y de algunos -- cambios en su vida sexual durante el embarazo. Los celos y otros sentimientos negativos no son anticipados o percibidos conscientemente pero se reflejan en su conducta negativa, de no apoyo y no involucrarse mucho en el período - post-partum sobre todo en los primeros meses. Algunos esposos también presentan conductas que tratan de llamar la atención de su esposa hacia ellos o tener su actitud maternal para sí. Por ejemplo se involucran en actividades que requieren atención, trabajo o hobbies, se presentan diversas enfermedades psicomáticas, médicas o psiquiátricas (21).

La reacción negativa más común al amamantamiento son los celos de la -- cercanía emocional y física de la madre y el niño. El grado de los celos en parte es determinado por el goce de la madre al lactar. También puede ser - el celo porque el padre no tiene una forma similar de alimentar o compenetrar

con el infante. Harriet E. Lerner al respecto comenta que la envidia masculina a las características femeninas sexuales y de su capacidad de reproducción es encontrada en muchos, sino universalmente, en una dinámica ignorada. Además de sentirse inútil de no poder participar en esta relación, puede sentir coraje a la lactancia cuando esta produce incomodidades a la madre, como cuando hay molestia física y psicológica. Probablemente el único acto de gran significado que puede llevarse a cabo solo por uno de los sexos es la capacidad de producir vida nueva y mantener su crecimiento con leche de su propio cuerpo. Muchos jóvenes y hombres están conscientes de los sentimientos de celos cuando sus madres o esposas están embarazadas, el parto y la lactancia. En otros hombres la envidia es sólo aparente en la forma de negación o en una devaluación defensiva de todos los otros aspectos de la creatividad femenina (22).

Lerner asegura que la envidia del hombre a la lactación no puede entenderse en términos anatómicos. Sino que el pecho se convierte en un símbolo de la "Mujer Mágica" y puede simbolizar la experiencia del infante de la madre como figura omnipotente, poderosa que posee la nutrición ilimitada como también poderes de bien y de mal. Mientras esta imagen temprana de la madre es frecuentemente negada a través de percibir a la mujer como débil o el sexo castrado. Lerner como Chasseguet-Smirgel's en experiencia y observación clínica señalan que estas imágenes de la mujer como deficientes o castradas son una negación para ambos sexos de las imágenes de la madre primitiva. La madre omnipotentemente buena simbolizada por un pecho generoso, vientre fructífero, completa, abundante y la madre omnipotente mala simbolizada por la frustración, invasión, intrusión y el mal (23).

Leederer proporciona impresionantes datos antropológicos con respecto a

las capacidades reproductivas femeninas contra los que el hombre lucha con sentimientos intensos de miedo y coraje. El tema de la mujer embarazada y lactante como sucia o intocable es común en muchas culturas, en las que la mujer lactante se considera un tabú por muchos meses después del parto. En nuestra cultura esos miedos primitivos se presentan generalmente a nivel inconsciente y se reflejan en una defensiva idealizada concepción de la pureza y recato femenino o se alterna con un sobreséñ fasis en los aspectos sexuales de la mujer. Con respecto a ésto último Raphael encontró que una respuesta común masculina a pre preguntas sobre alimentación por pecho era cambiar el tema a los aspectos eróticos e incluso en ciertos momentos decir chistes sexuales. En hombres educados los miedos hacia las capacidades reproductivas femeninas pueden ser manejados a través de apre- ciaciones intelectuales de todo el proceso o bien puede ejercer un control de la reproducción a través de la medicina, donde el hombre "trae" al niño, con la mujer en una posición pasiva, dependiente y frecuentemente bajo drogas. Las ansiedades y afec- tos más antiguos, primitivos que el hombre tiene respecto al em barazo, nacimiento y lactación pueden reflejar persistentes fan tasías infantiles con respecto a los poderes mágicos de la madre de dar y mantener vida y por asociación, quitarla (24).

La actitud del esposo a la esposa lactante, en sí, es se- cundaria a la crisis que él enfrenta en el nacimiento del pri- mer hijo, donde una familia de dos, en un momento irreversible se transforma en tres. Dentro de esta tríada, la pareja lactan- te madre-hijo forma un subsistema interdependiente que puede - sentir el esposo como completa en sí misma. El esposo que hasta ahora se concebía como el protector, el único que recibía la - atención y afecto de su esposa, se siente de repente un observa- dor de una relación cercana, íntima y a veces sensual. Esto pue- de llegar a romper o cambiar el equilibrio dinámico entre el - esposo y su mujer. Concretamente Lemer dice que la díada -

lactante madre-hijo puede seriamente alterar la forma en que cada esposo usa previamente el matrimonio para manejar los conflictos entre sus necesidades de dependencia y los impulsos de autonomía (25).

Cada persona lucha con el conflicto entre estados, deseos pasivo-dependientes y una condición más activa autónoma. Deseamos, por lo menos inconcientemente, seguir siendo el hijo de mamá como el lograr una independencia de ella. El conflicto universal entre los deseos infantiles-dependientes y deseos de madurez, crecimiento hacia una forma más autónoma, nunca es completamente resuelta; al contrario se maneja por medio de diversos contextos interpersonales a través de toda la vida (26).

Aunque siempre haya excepciones; generalmente variables intrapsíquicas y culturales a veces combinadas predisponen a la esposa a ser un papel pasivo-dependiente y el esposo autónomo e independiente. La esposa toma la actitud dependiente, necesitada e indefensa ayudando así al esposo a manejar sus deseos de dependencia. Y el esposo protege a su esposa de los peligros de la competencia y autonomía. Ella no tendrá que sentir ansiedad o soledad -- con la experiencia de lograr mayor grado de separación e individualización -- de su propio esposo y madre. Aunque esto tiene su costo psicológico permite a la pareja experimentar ambos lados de sus conflictos. Muchas veces puede proporcionar una no fácil, pero funcional relación marital que se vuelve de todos modos vulnerable a cambios y stress. Especialmente con la introducción de la pareja madre-hijo en el amamantamiento (27).

La experiencia del embarazo, nacimiento y lactación puede proporcionar a la mujer sensación física de poder y fuerza. La madre que inicialmente -- disfrutaba su actitud pasiva dependiente puede ahora estar en contacto con -

sentimientos antes negados, ocultos. Siendo un complemento del infante dependiente y, vivenciando una complitud en la relación con su hijo la esposa puede que no muestre ya una dependencia hacia su esposo. Esto no quiere decir que sea una unidad autosuficiente; al contrario la madre que amamanta necesita de apoyo. Al mostrarse la madre no tan dependiente, el esposo puede enfrentarse con sus propias necesidades, pudiendo reactivarse problemas no resueltos de dependencia oral con su madre. Esto lo podrá manejar o negar con una masculinidad exagerada. Particularmente cuando los aspectos infantiles y narcisistas predominan el esposo se sentirá traumatizado y reaccionará con coraje, depresión o se alejará; en una situación difícil de manejar los sentimientos de dependencia en el momento preciso cuando su esposa está menos disponible para confrontar tales necesidades. Al reaccionar con coraje, depresión, o alejamiento a la pareja madre-hijo lactante la esposa puede responder con ansiedad y culpabilidad. Puede "sacrificarse" y dejar de amamantar, incluso el experimentar a su nuevo infante con menos goce (28).

Waletzky ha comprobado que al esposo le ayuda el compartir las clases prenatales sobre el nacimiento, como el fomentar un contacto mayor con el niño en las primeras horas y días después del nacimiento. La comunicación entre la pareja es muy importante para reducir las reacciones negativas después del parto y al nacimiento. Una comunicación efectiva puede ayudar a la pareja a proporcionar un espacio psicológico para el nuevo miembro, para lograr ésto las parejas necesitan ser capaces de negociar algunos cambios en sus hábitos, en la organización del tiempo y en las relaciones con otras parejas. También es necesaria una comunicación abierta para reestablecer la sexualidad y discutir tranquilamente las reacciones negativas de cada uno hacia el niño y a la alimentación por pecho.

Ya existen grupos donde se desarrolla una conciencia sobre el promover, educar y ventilar emociones; otra forma de aliviar el stress experimentado por los padres es el aumentar un sistema de apoyo para ellos. Los padres se deben de dar cuenta de la importancia de su participación en el cuidado diario del niño. Esta participación no solo es esencial para la relación del padre con el niño sino que ayuda a sus sentimientos de incompetencia, inutilidad y celos. Los padres deben conocer lo importante que es su apoyo para que exista una buena lactación. Por eso se debe cambiar la expectación idealizada de una felicidad post-parto, por un stress que acompaña a la paternidad y problemas emocionales que pueden estar relacionados con el amamantamiento.

A pesar de todas las dificultades que la mujer tiene con el amamantamiento no se podrán comprender en forma independiente del contexto familiar en que se encuentran. De hecho las investigaciones sugieren que la atmósfera de no apoyo para la madre lactante es el factor central que ocasiona la ansiedad y pérdida de la leche. Las actitudes individuales de la madre y su hijo no son las únicas influencias en la alimentación por pecho, la cultura determina mucho los sentimientos de la mujer en la vida; de valía y seguridad. Los sentimientos de seguridad pueden depender en parte de la sensación de sentirse necesitada o esencial.

Actualmente la cultura muestra que un entusiasmo por la alimentación por pecho es frecuentemente impropia. La falta de interés o los sentimientos de rechazo en cualquier área tienden a minar la transmisión del conocimiento en ese campo. Este sentimiento de rechazo al amamantamiento ha ocasionado cada vez más que no se de el conocimiento por observación. Incluso se ha presentado una gran disminución de fotos donde la madre lacte; pero el ver

directamente fotos de la alimentación por botella es totalmente común y aceptable. Así muchas mujeres jóvenes empiezan a dar pecho sin nunca haber visto a otra mujer dar pecho, incluso no sabe si realmente está interesada.

Los familiares, amigos y vecinos tienen influencia directa, también con respecto a las decisiones de la madre sobre la forma de alimentar. Son todos una fuente de información al igual que los profesionales de salud y frecuentemente desorientan y no estimulan a una alimentación natural. Sus actividades hacia la lactación son una presión para la madre en su decisión de amamantar. Además la madre lactante necesita de apoyo no solo emocional sino material para que pueda llevar a cabo una buena lactancia. Son los familiares, amigos y vecinos los que frecuentemente informan a la madre de los "beneficios" de empezar una alimentación sólida. La presencia de un grupo de apoyo contribuye en forma definitiva a la experiencia del amamantamiento. El promover un apoyo para la lactancia materna implicará detectar la persona clave que tenga influencia y esto varía en el grupo étnico y por clase social. En los mexicanos parece ser que es la madre de la madre lactante, aunque también existe una predominación de variables influyentes que indicarían un esfuerzo multiprolongado para este grupo; que pudiera abarcar al doctor, madre de la madre, amiga, esposo, y grupos religiosos y escolares. Es importante realizar un esfuerzo en promover la alimentación natural para un embarazo, ya que se multiplicará el esfuerzo hacia los subsecuentes partos. Se ha demostrado la influencia de la lactancia materna previa con la lactancia en el presente (29) (30).

B I B L I O G R A F I A

1. Spitz A. René: "El primer año de vida del niño", Fondo de Cultura Económica 1969, p.p. 21-74.
2. Ibid, p.17.
3. Ibid, p.108.
4. Ibid, p.p.45-111.
5. Ibid, p.60.
6. Ibid, p.62.
7. Ibid, p.84.
8. Harriet E. Lerner, PHD.: "Effects of the Nursing Mother-Infant Dyad on the Family", Amer. J. Orthopsychiat. 49(2), April 1979, p. 339.
9. Winter, K. Sara: "Fantasies at Breast Feeding Time" Psychology Today, Vol 3 (8), 1970, p. 31-32.
10. Ibid, p.32.
11. Ibid, p.56.
12. Ibid,
13. Berg-Cross, Linda, et. al.: "Experience and Personality Differences -- Among Breast and Bottle Feeding Mothers". Psychology of Women Quarterly. Vol 3 (4). 1979, p. 245.
14. Ibid, p.253.
15. Ibid, p.355.
16. Newton, Niles: "Breast Feeding". Psychology Today, Vol 2 (1) 1968, p.34.
17. Ibid, p.68.
18. Kenny, James A. PHD: "Sexuality of Pregnant and Breast Feeding Women", Archives of Sexual Behavior, Vol 2, No.3, 1973, p.p. 216-217.
19. Ibid, p.p.223-228.
20. Waletzky, Lucy R.M.D.: "Husbands Problems with Breast-Feeding". Amer. J. Orthopsychiat. 49 (2), April 1979, p. 349.
21. Ibid, p.p.350-351.

22. Op. Cit. Harriet E. Lerner: Amer. J. Ortho.
April 1979, p.p.339-341.
23. Ibid, p.342.
24. Ibid, p.p. 342-343.
25. Ibid, p.p. 343-344.
26. Ibid.
27. Ibid.
28. Ibid, p.p. 346-347.
29. Bryant Carol Anne: "The Impact of Kin, Friend and Neighbor Networks on Infant Feeding Practices".
Social, Scien and Medicine, Vol. 16(20) 1982, p.p. 1757-1765.
30. Baranowsky Tom, et.al.: "Social Support, Social Influence, Ethnicity - and the Breast-Feeding Decision".
Soc. Sci. Med. Vol. 17, No.21, 1983, p.p. 1599-1611.

SEGUNDA PARTE

ALGUNOS ASPECTOS PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN
EN LA EVITACION Y/O ABANDONO DE LA
ALIMENTACION POR SENO MATERNO:
EL CASO DE MEXICALI, B. C.

METODOLOGIA

Se realizó un trabajo de campo de un estudio transversal (una investigación directa de tipo descriptivo); para determinar cuales son los factores psicosociales que han influido en la decisión de la madre para abandonar la alimentación por pecho materno en la Ciudad de Mexicali, Baja California Norte. - Se plantearon una hipótesis central y cuatro hipótesis secundarias complementarias:

Hipótesis

Así la hipótesis central se plantea como: La falta de - aceptación cultural y la carencia de apoyo familiar son factores determinantes para que las madres hayan dejado de alimentar al infante por seno materno.

Hipótesis 2) La prescripción médica de introducir a una temprana edad alimento sólido como complemento de la leche materna, ha provocado que las madres abandonen en un corto período la alimentación por seno materno.

Hipótesis 3) La leche artificial a través de la medicina institucionalizada ha sido introducida como sustituto de la - leche materna para alimentar al infante, lo que origina que - tan sólo una minoría sea la que alimenta a sus hijos por seno materno.

Hipótesis 4) El contacto social de la madre a través de

actividades laborales o recreativas, estimulan un período mayor de alimentación por seno materno.

Hipótesis 5) La relación madre-hijo a través de la alimentación por seno materno, ha desarrollado un mayor contacto afectivo en este binomio.

Sujetos: Se empleó como universo a madres con hijos de 0-12 meses de edad. Para los criterios de estratificación se consideró la edad de la madre en tres rangos:

- 1) menos de 25 años
- 2) 25-35 años
- 3) 35-45 años.

Escenario: El levantamiento de la muestra se aplicó a las madres que acuden a consulta externa en el: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); Secretaría de Salud (Hospital General y Centro de Salud "A") y clínicas particulares.

Fue necesario también acudir a fraccionamientos particulares (Jardines del Valle y los Pinos).

Instrumentos

Se elaboró una cédula de entrevista de 45 preguntas, se aplicó en forma directa por una psicóloga y dos sociólogos. El tamaño de la muestra definitiva fue de 106 casos y la fórmula estadística utilizada para la determinar el tamaño de la muestra fue:

$$n = \frac{z^2 [p (1-p)]}{e^2}$$

n = Tamaño de la muestra

z = Multiplicador de confianza

e = Nivel de precisión al que se trabaja

p = Porcentaje.

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó un nivel de confianza de 95%, con un nivel de dispersión de .1875 y un nivel de precisión de .085.

$$n = \frac{(1.96)^2 [.25 (.75)]}{(.085)^2}$$

Como indicador del nivel socioeconómico se consideró el ingreso según el número de veces el salario mínimo regional: entonces \$ 1,060.00 diarios hasta 4 veces el salario mínimo o más: nivel de ingreso según veces el salario mínimo:

- 1) <1.3 menos ó \$38,604.00 VSMR (bajo)
- 2) 1.3-4.3 \$38,624.00 - 127,600.00 (medio)
- 3) 4.3 \$127,600 en adelante (alto).

Procedimiento

Con objeto de verificar la funcionalidad de una cédula - elaborada para el estudio transversal, se aplicó en la primera semana del mes de marzo de 1985 una prueba piloto de 45 preguntas a 24 casos; los sujetos, el escenario e instrumentos fueron los descritos con anterioridad. Al comprobar su funcionalidad, la cédula de entrevista quedó sin modificación y se prosiguió al levantamiento de la muestra definitiva, como se mencionó, fue de 106 casos, en un intervalo de 20 días en marzo de 1985. Se utilizó un muestreo probabilístico para determinar los puntos estratégicos ya mencionados, para la aplicación directa de los cuestionarios.

Concluido el levantamiento de las entrevistas, se llevó a cabo la codificación de las preguntas en base al código elaborado, posteriormente se realizó la captura y procesamiento de la información en las computadoras del Departamento de Informática de la Universidad Autónoma de Baja California. Para efectos de inferenciales de los datos correspondientes se empleó un nivel de confianza del 95%.

El análisis estadístico se llevó a cabo con base en la frecuencia de los datos del análisis sobre la influencia que ejercen los medios masivos de comunicación: T.V., radio, prensa, etc., en el tipo de leche que las madres utilizan actualmente en la alimentación de los infantes; se encontró que un 47.2% respondió haber observado esporádicamente el fomentar la alimentación natural; el 27.4% comentó verlo con frecuencia y el 25.5% aseguró nunca haber visto o escuchado algún apoyo para la alimentación por seno materno. Por otro lado, el 56.6% de las madres entrevistadas alimentaban con leche de fórmula; 17% utilizaban alimentación mixta (leche materna y artificial); 12.3% acostumbraban leche fresca; 10.4% leche evaporada y tan sólo el 3.8% de las madres alimentaban exclusivamente por pecho (cuadro 1). (Chi cuadrada - 15.91; coeficiente de contingencia .36126).

En cuanto a la estimulación para el uso de leche artificial, se observó que el 83% de las entrevistadas afirmaron escuchar y ver frecuentemente propaganda alusiva al uso del biberón; el resto comentó verlo esporádicamente o nunca (cuadro 2).

Asimismo, los datos señalan la influencia de los medios de comunicación en la selección del obsequio acostumbrado culturalmente a regalar a las mujeres próximas a ser madres en esta zona fronteriza. Así en el 68.8% de los casos, la madre recibió presentes alusivos al uso de la leche artificial como son: biberones (57.5%), latas de leche de fórmula (7.5%) y esterilizador (3.8) (cuadro 3).

Es muy importante el hecho de que actualmente, la alimentación natural no se observa con frecuencia. Así el 81.8% de las madres aseguraron que no es común el ver alimentar por pecho materno e hicieron el comentario que cuando se llega a presenciar produce cierta incomodidad, vergüenza o un rechazo abierto a la exposición de los senos; únicamente el 18.9% contestó haber contemplado

la alimentación materna (cuadro #4). Por el contrario la alimentación que cotidianamente se ve es a través del biberón, el 97.2% de las madres afirmaron - observar lo diariamente (cuadro #5).

La infiltración de las transnacionales de la leche de fórmula en nuestro país se ha extendido acertadamente a las instituciones y elementos de salud. A través de la muestra se detectó una significativa ausencia de instrucción e interés médico hacia la alimentación materna; en el 61.3% de los casos el médico había recomendado el uso de leche artificial; el 23.6% de los médicos mostró una indiferencia sobre la alimentación que el infante debería recibir y -- únicamente 15.1% sugirió la alimentación materna (cuadro #6).

Asimismo en el 80.2% de los casos el médico indicó la marca específica de la leche a utilizar y el 19.8 % se abstuvo de sugerir alguna marca de leche en particular. Se encontró que durante los 3 primeros meses del infante el 57.5% de las madres dió alimentación mixta; 33% artificial y sólo el 9.4% alimentó - exclusivamente con leche materna. En la actualidad el 79.3% de los niños eran alimentados con leche artificial; 17% con leche mixta y únicamente 3.8% leche materna (cuadro #7 y 8).

La influencia del médico se extendió aún más al sugerir a la madre durante los tres primeros meses del infante la planificación familiar a través de - anticonceptivos orales e intramusculares. Al 41.5% de las madres el médico recomendó el uso de pastillas e inyección anticonceptiva; al 49.1% se abstuvo de prescribir la utilización de algún método y al 9.4% sugirió otro tipo de anticonceptivo. Se puede observar que este porcentaje coincide con el 9.4% de las madres que alimentaron con pecho durante los 3 primeros meses (cuadro #9).

La prescripción médica temprana de alimentos sólidos a la alimentación -- del infante es decisiva para la evitación de la lactancia materna (hipótesis - 2); a la madre ésto le causa una inseguridad acerca del valor nutritivo de su leche, y al niño una satisfacción de su apetito que ocasiona que deje de mamar con menos frecuencia, presentándose por consecuencia una disminución en la producción de leche. Se encontró significativamente que en el 66.1% de los casos el médico aconsejó la alimentación sólida, donde el 10.4% de los infantes tenían menos de un mes de edad; el 45.3% entre 1 - 3 meses; el 10.4% más de tres meses. Al 33% de los casos restantes aún no se les sugería. Es notorio el hecho de que un 66.1% de las madres dejara de alimentar por pecho antes de los seis meses, encontrándose que al 25.5% de los infantes de la muestra se les -- dió pecho de 0-1 mes; al 15.1% de 1-3 meses; al 4.7% de 3-6 meses y tan sólo -- un 9%, 6-9 meses (cuadros #10 y 11) (Chi cuadrada 48.6; coeficiente de contin-- gencia de .56081) (Chi cuadrada 32.03; coeficiente de contingencia .48174). El médico es un factor determinante en la conducta de la madre para el abandono -- de la alimentación por seno materno en un período corto; al introducir la ali-- mentación sólida a una temprana edad.

Con respecto al personal de salud, enfermeras; fué importante encontrar -- que a pesar de ser un elemento que mantiene un mayor contacto con las madres y por un tiempo prolongado; al 22.6% de las madres les sugirió la leche artifi-- cial y sólo al 5.7% les recomendó la leche materna; presentándose una absten-- ción para orientar, apoyar o aconsejar en el 71.7% de los casos acerca del ti-- po de leche más adecuada en la alimentación del infante (cuadro #12).

Las instituciones de salud como ISSSTE e IMSS promueven y estimulan el -- consumo de leche artificial, al alimentar a los infantes durante su estancia -- en dichas instituciones con leche artificial y a través de las llamadas dota--

ciones gratuitas, las que consisten en proporcionar determinada marca de leche de fórmula durante los primeros 6 meses de vida del niño; considerandose una - supuesta prestación social, lo que en realidad produce un cuantioso gasto económico para esas instituciones y posteriormente para las familias.

En el caso de las clínicas particulares y el Hospital General de la S.S.A. actualmente no regalan la leche artificial, pero si es iniciada la alimentación del neonato con leche de fórmula y las madres al ser dadas de alta son orientadas implícita o explícitamente al consumo de determinada marca de leche.

Así se encontró que en el 53.8% de los casos las madres afirmaron haber recibido la leche artificial gratuita en el ISSSTE e IMSS y el 46.2% de las madres restantes fueron atendidas en el hospital y clínicas particulares (cuadro #13 y 14, se sugiere ver cuadro #23).

Se puede observar una influencia de las dotaciones en el tipo de leche -- utilizada por las madres durante los tres primeros meses de vida del infante y la que se consumía en la actualidad; en el 57.5% de los casos la alimentación fué mixta; en 33% leche artificial y sólo el 9.4% leche materna. Actualmente el 79.3% de estas madres alimentan con leche artificial; el 17% con leche mixta y únicamente el 3.8% con leche materna; presentándose un significativo aumento en el consumo de la leche artificial (cuadro #14 y 15) (Chi cuadrada -- 52.72; coeficiente de contingencia .57634).

En las instituciones de salud realmente no existen programas adecuados o personal capacitado para una instrucción adecuada sobre alimentación materna, por ello lo que se les proporciona a las madres a través de un personal no -- adiestrado, son comentarios dispersos con una información no estructurada que

en última instancia lo único que ocasionan es confusión en las madres. Lo anterior se comprobó al asistir a pláticas impartidas por el ISSSTE, IMSS y SSA. El 61.3% de las madres afirmó no haber recibido orientación alguna sobre la alimentación por seno materno y en el 38.7% señaló haber recibido cierta información (cuadros #16 y 17).

De gran trascendencia es la rutina hospitalaria de alimentar al recién nacido con leche artificial, indudablemente adversa a la alimentación materna. Cuando la madre ingresa a la institución para ser atendida de su parto no es cuestionada acerca del tipo de leche escogida por ella para alimentar a su hijo; el 84.9% de las madres entrevistadas afirmó nunca haberselo preguntado y tan sólo al 15.1% se les había considerado su opinión, por consecuencia estos niños fueron alimentados con leche de fórmula desde su nacimiento. Esto se vuelve indicativo cuando en los tres primeros meses de vida al 90.5% de los infantes se les ha alimentado con leche artificial (ver cuadros #18 y 19).

Otra de las rutinas hospitalarias fundamentales para el abandono de la lactancia materna es la relacionada al contacto inmediato de la madre y su hijo después del parto. Para la relación madre e hijo el contacto y la necesidad inmediata de piel a piel posterior al parto es una condición indispensable; con implicaciones variadas de orden biológicas y psicológicas. Las instituciones de salud en conocimiento de lo anterior y del principio elemental de que el recién nacido durante las primeras horas presenta el reflejo de succión más fuerte, estimulación necesaria para que se presente la bajada de leche; mantienen la práctica de tener separados por largo tiempo a la madre y el niño después del parto. Aunque algunas de las instituciones de salud hayan tomado el lema de alojamiento conjunto, que como se explicó en lo que corresponde al apartado de lo social en el marco teórico, no es el hecho sencillo de instalar

el cunero del niño junto a la cama de la madre. Así se comprobó que el 61.9% de las madres dieron pecho pero lo habían suspendido en un intervalo de tiempo bastante corto; el resto de la muestra 32.1% nunca amamantó. Fué sorprendente encontrar que en el caso de las madres atendidas en el IMSS en su totalidad -- aseguraron haber recibido a su hijo después de tres días, que era cuando se -- les daba de alta en la clínica y cuatro días después en caso de cesárea. De las madres que dieron pecho (61.9) al 52.5% se les había enseñado el niño 12 hrs. después del parto. Como consecuencia el 15.1% decidieron dejar de amamantar por habersele secado la leche, 10.4% afirmaron que su hijo había rechazado el pecho, 5.7% dejaron de dar pecho porque creían que su leche no era suficiente para satisfacer al niño, 4.7% señalaron que por comodidad dejaron de darlo, el 3.8% lo suspendió por prescripción médica, 1.9% abandonaron la alimentación materna por enfermedad y el .17% aún seguía amamantando.

A las madres que se les enseñó el niño por primera vez entre 8-12 hrs. -- después del parto fué el 1.9% e interrumpió la alimentación natural porque se seco la leche y por recomendación médica. Las que recibieron a su hijo entre 1 y 8 hrs. pos-parto, o sea el 7.5%, 3.6% abandonaron la alimentación materna aduciendo se le había secado la leche, por rechazo del bebe, por comodidad y actividad laboral; el 3.8% restante aún amamantaba.

De las madres entrevistadas que nunca dieron pecho (32.1%), 8.5% dijo que el niño lo había rechazado; 5.7% que se le había secado la leche; 5.7% por nunca haberse presentado secreción láctea; 5.7% por comodidad; 3.8% por enfermedad de la madre y 2.7% por actividad laboral, bebé prematuro y por prescripción médica (cuadro #20). (Chi cuadrada 55.1; coeficiente de contingencia .58505).

La influencia de la práctica anterior manifiesta su efecto sobre el tiempo

que el niño sería alimentado por pecho. Actualmente estaban amamantando el -- 21.7% de las madres donde el 16% de los niños eran menores de 3 meses; 4.7% te nían una edad de 3-6 meses y un .9% de 9-12 meses (cuadro #21) (Chi cuadrada -- 37.11; coeficiente de contingencia .50926). Todos los "porques" dados por las madres para abandonar la alimentación natural son una manifestación de la sepa ración de la madre y su hijo después del parto en su estancia en los hospita-- les.

Está demostrado que los primeros alimentos por biberón inhiben la conduc- ta de succionar el pecho de la madre y distorsiona el gusto del infante en el sabor de la leche, orientándolo al sabor más dulce de la leche artificial. Así el 16% argumentó dejar de amamantar porque se le secó; 11.2% por rechazo del - bebé; 5.6% por comodidad; 5.7% creía que su leche no satisfacía al niño; 1.8% por enfermedad de la madre; en 4.7% el médico recomendó y .9% por actividad la boral. El 20.7% aún amamantaban (cuadro #22). (Se presentó una alta correlación en la asociación de variables, chi cuadrada 154.66; coeficiente de contingen-- cia .77029).

Durante su estancia en el hospital el 98.1% de los infantes fué alimenta- do por medio del biberón y únicamente al 1.9% se le dió pecho. El 57.5% de -- los niños fué alimentado durante los tres primeros meses con alimentación mix- ta (leche materna y artificial), 33% con leche artificial y sólo 9.4% con le-- che materna (cuadro #23).

Está comprobado que el 95% de las mujeres se encuentra capacitado para -- alimentar a su hijo como tener un parto normal. Del total de la muestra el -- 73.6% de las madres tuvieron un parto normal; 22.6% cesárea y 3.8 parto traumá- tico (cuadro #24). Sin embargo el 40.6% de las mujeres abandonaron temprana--

mente el amamantamiento y el 31.1% nunca dió pecho (ver cuadro #11).

Los resultados obtenidos comprueban la hipótesis 3: La leche artificial a través de la medicina institucionalizada es introducida como sustituto de la leche materna para alimentar al infante. Lo que ocasiona que tan sólo una minoría sea la que alimente a sus hijos por seno materno; constituyéndose así -- las instituciones de salud y sus elementos profesionales en factores determi-- nantes en el abandono de la alimentación natural.

Por sentido común se tiene la idea de que la incorporación de la mujer al trabajo asalariado ha sido un elemento decisivo para el consumo de leche artificial. Pero en este estudio se plantea como hipótesis 4 que el contacto social de la madre tanto en actividades laborales o recreativas es un factor po sitivo para la alimentación por seno materno. La condición laboral de la mu-- jer demostró no sólo ser un elemento no decisivo para que la madre no amamante a su hijo sino que se presentó como significativamente positivo para la lactancia materna. Del 100% de la muestra el 26.4% de las madres trabajaba, de las cuales en su mayoría dió pecho (21.7%) aunque sólo el 13.2% se le dió la pres-- tación social de salir a amamantar y el 13.2% restante señaló que desconocía - tal prestación o en dado caso no se les había autorizado (cuadro #25). (Chí cuadrada 100.46; coeficiente de contingencia .69756).

De las madres trabajadoras el 13.2% amamantó menos de 3 meses y 8.5% aún daba pecho; el resto (4.7%) no amamantó (cuadro #26). De estas madres que laboraban el 8.5% reinició sus actividades laborales antes de los 45 días; 10.4% después de 45 días y 7.5% aún no reanudaban sus labores. De las madres que re iniciaron sus labores antes de los 45 días el 2.8% llevaba amamantando de 1-3 meses, .9% de 3-6 meses; 2.8% ya no daban pecho y 1.9% nunca lo dió. Las que

reanudaron después de 45 días, .9% llevaba 6-9 meses dando pecho; 6.6% ya no amamantaba y 2.8% nunca lo hizo. Las que aún no se reintegraban a sus labores, 1.9% llevaba menos de un mes amamantando; .9% de 1-3 meses; 3.8% ya no daban pecho y .9% nunca amamantó (cuadro #27). (Chi cuadrada 25.45; coeficiente de contingencia .44005).

Las actividades sociales y laborales han demostrado tener una relación positiva con la frecuencia y duración de la lactancia materna. Altamente significativo fue encontrar en este estudio que el 67.9% de las madres iniciaron alimentación por pecho, donde un 25.5% amamantó menos de un mes de las cuales el 1.8% llevó a cabo alguna actividad social; el 15.1% dió pecho de 1-3 meses donde el 1.8% rechazó actividades sociales o laborales; el 4.7% amamantó entre 3-6 meses de las cuales un .9% efectuó alguna actividad social y el .9% que amamantó 6-9 meses es una madre que trabaja. Por último el 21.7% de las madres aún siguen amamantando, donde el 14.1% realizaba alguna actividad social o laboral (cuadro #28). (Chi cuadrada 149.81; coeficiente de contingencia .76527).

De las madres que aún estaban amamantando (21.7), 5.7% llevaba un mes dando pecho y el 1.8% de ellas tenía alguna actividad social o laboral; 10.4% llevaban de 1-3 meses alimentando con leche materna de las cuales 7.5% efectuaba cierta actividad laboral o social; 4.7% tenía dando pecho 3-6 meses donde el 3.7% participaba en actividades fuera de la casa y el .9% que llevaba nueve meses amamantando tenía un trabajo remunerado. Lo expuesto manifiesta que las madres que realizan algún tipo de actividad social o laboral tienden a alargar el período de amamantamiento. De las madres que ya no daban pecho a sus hijos (46.2%), tan solo el 5.6% realizaba alguna actividad social o laboral (cuadro #29) (Chi cuadrada 164.38; coeficiente de contingencia .77972).

Existe en la actualidad un abandono hacia la alimentación materna, en el estudio una minoría 22.6% de las mujeres estaba amamantando; un 46.2% ya habían abandonado el pecho y 31.1% nunca amamantó. Paradójicamente existe una opinión o idea favorable hacia la alimentación por seno materno tanto por el esposo, - como de la progenitora de la madre, familiares y amigos. En los datos obtenidos el 86.8% de los esposos estaban de acuerdo en que la madre diera pecho a - su hijo. En cuanto a la madre de la entrevistada, en un 70.8% aconsejó a su - hija que amamantara y de estas "abuelas" el 80.2% había alimentado por seno ma - terno a sus hijos (cuadros #30, 32 y 34). El 73.6% de las madres aseguraron - que sus familiares estaban de acuerdo con la alimentación materna y en un 66% por parte de los amigos (cuadros #35 y 37).

En cuanto a la concepción materna sobre la leche natural el 85.9% asegura - ron que la leche materna es la más nutritiva y tan sólo el 14.1% consideraba - que la leche artificial era la mejor (cuadro #39 se sugiere ver cuadro #17).

Las razones dadas por las madres del "porqué" habían decidido dar pecho - fué: en un 67% la escogieron por salud del niño; .9% por lo económico y el res - to 32.1% nunca amamantó. Del 67% que consideró era la más saludable 24.5% - - amamantaron menos de un mes; 15.1% de 1-3 meses; 4.7% de 3-6 meses; .9% 6-9 me - ses y 21.7% aún amamantaban. El .9% que decidió dar pecho por lo económico de la alimentación natural, dió menos de un mes (cuadro #40). (Chi cuadrada 100.50; coeficiente de contingencia .69764).

Es evidente la importancia de la decisión de la madre de amamantar y el - tiempo que dió pecho aunque ya en el momento de encuestar el 96.3% de las ma - dres estaban alimentando con leche artificial. Se puede asegurar que son otros los factores que interfirieron en la decisión de la madre y la interrupción de

la alimentación natural. Considerando los datos anteriores podemos asegurar que son entre ellos; desde la presencia indiscriminada e ilimitada de los productos y su propaganda, como las prácticas hospitalarias y/o médicas contradictorias a la alimentación natural o bien la falta de una instrucción adecuada sobre la misma (cuadro 41). (Chi cuadrada 15.96; coeficiente de contingencia .36185).

Se comprobó que existe una estrecha relación madre-hijo - al alimentarlo por seno materno; fue valioso y fundamental encontrar una actitud psicológica positiva de la madre hacia su hijo, ésta es más tolerante, comprensiva y afectiva (hipótesis 5). Del total de las madres que dieron pecho, el 53.8% lo hizo por libre demanda y 13.2% con horario fijo; del 33% que alimentaron artificialmente, 32.1% lo hizo con horario fijo y únicamente .9% daba el biberón por libre demanda (cuadros 42 y 43). (Chi cuadrada 196.05; coeficiente de contingencia .70720).

Las madres que amamantaron a sus hijos al ser encuestadas comentaron sentirse inmensamente felices al dar el pecho, considerándolo una experiencia inigualable; las que alimentaron alternativamente con leche materna y artificial comentaron que no se podía comparar lo que sentían al dar el biberón que cuando daban pecho. Por necesidad práctica, para el análisis estadístico se hizo una división arbitraria de las conductas presentadas por la madre al alimentar a su hijo, aunque varias de las conductas afectivas se presentaron alternativa y simultáneamente; se escogió la que daba con mayor frecuencia. Fue muy significativo que al amamantar a su hijo el 23.6% lo acariciaba; 17% le platicaba; 14.2% lo veía a los ojos, en particular comentaban - las madres el mirar a sus hijos a los ojos fue constante e inevitable; 7.5% daban algún otro tipo de "chiqueo"; el .9% le cantaba; dichas conductas en realidad se presentaron básicamente

camente al mismo tiempo (cuadro #43) (Chi cuadrada 117.59; coeficiente de contingencia .72521).

Las actitudes presentadas por las madres que alimentaban por biberón son: 38.7% le platicaba; 21.7% dijeron acostarlo; 19.8% señaló que otra persona daba el biberón; 7.5% lo acariciaba; 5.7% expresaron literalmente "que no le hacían nada"; 2.8% le cantaba y un .9% veía a su hijo a los ojos. Estas madres aseguraron que en cuanto el niño podía sostener la botella se le dejaba acostado con su biberón (cuadro #44) (Chi cuadrada 74.02; coeficiente de contingencia .64123).

En la cédula de entrevista aplicada, se anotó en un espacio designado a observaciones los comentarios textuales hechos por las madres, quienes manifestaron con gran efusividad la experiencia de alimentar con sus pechos; sin excepción los hicieron en forma expresiva y radiante, algunos de ellos son los siguientes:

"Siento una experiencia satisfactoria, incomparable, inigualable, única".

"Existe una comunicación mutua y se siente que la criatura se siente protegida ya que aún no puede ser independiente".

"La experiencia de dar pecho es algo que no se puede expresar, es inexplicable".

"Siento una gran ternura y que le daba amor, vida".

Las madres que suspendieron el pecho e iniciaron la alimentación por biberón o mixta expresaron:

"Hay diferencia en alimentar por pecho que por biberón, hay más relación,

comunicación y tranquilidad entre mi bebé y yo".

"Ella se siente más agusto con el pecho y con el biberón se siente más incomodo".

"No es igual sostener el biberón a uno sentirlo, tocarlo y tenerlo al pecho".

"Hay más acercamiento, es mucho muy diferente porque uno siente y la otra leche no es mía y no se siente".

"Existía más unión entre mi hijo y yo al darle el pecho; dependía más de mí".

"Sentía más seguridad cuando le daba pecho".

"Me sentía mejor cuando le daba pecho y ahora que doy biberón pues hay -- pendiente de que se ahogue o enferme".

"Se siente uno más madre dándole el pecho que el biberón".

"Se siente diferente, la siento más mía, me identifico con ella, siento - que le doy más vida".

"Cuando uno da pecho lo siente y se siente satisfactorio, cuando se da teta uno no lo siente".

"El y yo nos sentíamos más unidos cuando le daba pecho, ahora con el biberón no es lo mismo".

La conducta sexual es un aspecto indispensable en la relación de la pareja; condición de algún modo alterada en los últimos días del embarazo y después del parto. Por lo que una orientación sobre el método adecuado para el control de la natalidad es indispensable para una exitosa lactancia materna, sin olvidar que una alimentación exclusivamente con pecho es un método natural de control natal. Actualmente en las instituciones de salud sus programas de planificación familiar han resultado ser contradictorios para la alimentación materna. Se encontró que el 41.5% de las mujeres afirmaron que el médico --

indicó la utilización de anticonceptivos orales e intramusculares, de las cuales el 18.9% reanudaron sus relaciones sexuales antes de 45 días; el 10.4% comentó reiniciarlas tan sólo pasados los 45 días (inmediatamente 1-5 días después) y el 12.3% aún no reiniciaban sus relaciones. El 49.1% manifestó no haber recibido orientación alguna del médico sobre los anticonceptivos, donde el 17.9% reanudaron sus relaciones sexuales antes de los 45 días; 18.9% poco después de los 45 días (1-5 días) y el 12.3% aún no. Y sólo un 9.4% de las mujeres usó anticonceptivos adecuados para la alimentación materna; dispositivo intrauterino, preservativos locales, método del ritmo (cuadro #46).

En cuanto al reinicio de sus relaciones sexuales y el tiempo dando pecho, del 100% de las madres el 74.5% reinició sus relaciones sexuales antes de los 50 días después del parto y un 25.5% aún no. De esas madres el 46.2% ya no amamantaba y 21.7% aún daba pecho (cuadro #47).

Se encontró una actitud positiva en la opinión del esposo con respecto a la alimentación materna y el reiniciar sus relaciones sexuales con su conyuge. Así el 86.8% de los esposos estaban de acuerdo con la alimentación natural de los cuales el 40.6% reinició sus relaciones sexuales antes de los 45 días; -- 29.2% poco después de los 45 días (1-5 días) y 17% aún no las reiniciaba. El 5.7% de los esposos no estaban de acuerdo con la lactancia materna, donde el .9% reinició sus relaciones sexuales antes de los 45 días; 3.8% inmediatamente después de los 45 días (1-5 días) y .9% aún no reanudaban. El 7.5% de las mujeres no tenían esposo señalando que aún no reanudaban sus relaciones sexuales - (cuadro #48). (Chi cuadrada 28.41; coeficiente de contingencia .45980).

Fue interesante observar una relación significativa entre el inicio de la alimentación sólida del infante y el reinicio de relaciones sexuales. Del --

41.5% de las mujeres que reanudaron sus relaciones sexuales antes de 45 días, el 5.7% introdujo la alimentación sólida a la dieta del bebé antes del mes; -- 21.7% antes de los tres meses; 3.8% después de 3 meses y 10.4% aún no daban -- alimentos sólidos. Del 33% que reanudaron sus relaciones sexuales poco después de los 45 días (1-5 días) el 3.8% dió alimentación sólida antes del mes; 19.8% antes de tres meses; 4.7% después de los tres meses y 4.7% aún no la introdu-- cía. El 25.5% que aún no reiniciaban sus relaciones, un .9% introdujo alimen-- tos sólidos antes del mes; 3.8% antes de tres meses; 1.9% después de los tres meses y 17.9% aún no lo daban. Como se puede observar la prescripción médica de introducir la alimentación sólida a una temprana edad es reforzada por su - prescripción de anticonceptivos contradictorios a la alimentación materna; a-- sí la madre puede reiniciar sus relaciones sexuales y suspender el amamanta--- miento (cuadro #49, se sugiere ver cuadro #9) (Chi cuadrada 29.05; coeficiente de contingencia .46383).

Se ha demostrado que la mujer y su círculo familiar inmediato tienen la - seguridad de que la alimentación materna es la mejor para la crianza del infan-- te; presentándose contrariamente un abandono del amamantamiento. Ha sido en - realidad la falta de apoyo cultural en cuanto y tanto no ser orientados o esti-- mulados adecuadamente con respecto a la alimentación materna para que ésta se pudiera dar en forma satisfactoria y prolongada. Existe sin embargo en la ac-- tualidad una alternativa constante y sensibilizada hacia el consumo de la le-- che de fórmula.

CONCLUSIONES.

De acuerdo a los resultados obtenidos a través del análisis de datos estadísticos, fue importante observar que en su mayoría las madres están concientes de la superioridad que la leche materna tiene sobre cualquier otra; sin embargo, la falta de apoyo y orientación de las instituciones y personal de salud acerca de los beneficios y ventajas de la leche materna han dado origen a que las madres abandonen el amamantamiento en un corto período (antes de los 3 meses) o bien eviten la alimentación por seno materno.

Es evidente como las transnacionales del polvo a través de los medios de comunicación; así como las instituciones y profesionales de la salud son determinantes en la decisión de las madres para evitar y/o abandonar la alimentación materna.

Las compañías productoras de fórmulas infantiles a través de los medios de comunicación estimulan el uso del biberón, que determina el incremento de su utilización y por lo tanto el consumo de leche de fórmula que conlleva a que las madres sustituyan la alimentación natural por la artificial. En el caso de nuestro país dichas compañías se reservan la promoción directa de la leche de fórmula (de acuerdo al Art. 5 del "Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna" esta prohibida); sin embargo han sido lo suficientemente hábiles para directa o indirectamente promover el mercado y consumo de su producto a través de las instituciones de salud, médicos y enfermeras los que de alguna u otra manera son responsables de la conducta que las madres han adoptado ante la alimentación materna.

Acertadamente las transnacionales del polvo se sirven de las instituciones de salud como promotor directo de su producto, ya que éstas a través de -- las rutinas hospitalarias (entre ellas el separar al recién nacido de su madre y alimentarlo durante su estancia en el hospital con leche de polvo) y las dotaciones gratuitas de leche de fórmula durante un período de seis meses; implícitamente dan lugar a que la madre haga uso de la leche artificial; beneficiando al mercado de las transnacionales del polvo, justificando gastos infructuosos las instituciones de salud; ocasionando que dicho gasto, posteriormente recaiga sobre el ingreso familiar.

Con respecto al médico, la falta de eficiencia técnica y conocimiento teórico acerca de los beneficios y ventajas de la alimentación materna, forman -- parte de la evitación y/o abandono de la alimentación natural. Se comprobó -- que existe una falta de orientación por parte del médico sobre los beneficios y ventajas de la leche materna; sin embargo, se observó que la mayoría de -- ellos sugirieron el uso de leche artificial y en algunos casos la marca específica. Asimismo el médico prescribe a las madres el uso de anticonceptivos orales e intramusculares (que origina un bloqueo en la secreción de leche) y adopta una actitud indiferente sobre el uso de anticonceptivos adecuados a la alimentación materna. Por último se verificó la falta de conocimiento médico en la introducción de alimento complementario a la dieta del infante. En la mayoría de los casos sugirió la alimentación sólida cuando el infante tenía menos de tres meses de edad. Según estudios médicos la alimentación complementaria debe introducirse a partir de los 4-6 meses de edad, debido a que antes de dicho período puede ocasionar una carga metabólica y/o renal; asimismo si el infante se encuentra amamantando, reducirá las tomas de alimento que consecuentemente provoca una disminución en la producción de leche hasta llegar a agotarse.

Otro factor que origina que las madres dejen de amamantar son las enfermeras, las que a pesar de que mantienen un mayor contacto con las madres; se muestran indiferentes ante la importancia de la leche materna. Asimismo, la falta de personal capacitado para impartir programas estructurados de educación, orientación y apoyo acerca de los beneficios y ventajas de la leche materna dentro de las instituciones de salud ha propiciado que las madres eviten y/o abandonen la alimentación materna.

Fue evidente la falta de apoyo que ofrecen las instituciones y centros laborales a las madres trabajadoras en períodos de amamantamiento, ya que no respetan y tampoco cumplen las prestaciones estipuladas en la ley del trabajo. Por otro lado es importante mencionar, que la incorporación de la mujer al trabajo remunerado no es un factor determinante para que las madres dejen de alimentar por seno materno; de igual modo se observó la misma conducta en aquellas madres que realizaban alguna actividad social. Fue realmente interesante la actitud de afecto y flexibilidad que desarrollaban las madres que alimentaban por seno materno.

En cuanto al reinicio de la vida sexual en la pareja, el apoyo real que el esposo debe ofrecer a su mujer en el período de amamantamiento es trascendente; ya que la ausencia de conocimiento que la pareja presenta acerca de la utilización de anticonceptivos adecuados para dicho período, induce a que ambos empleen los sugeridos por las instituciones o profesionales de la salud (pastilla e inyección) lo que reduce gradualmente la producción de leche hasta secarse; provocando el abandono de la alimentación por seno materno.

Para finalizar, se aprecia que el "Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna", es un documento que en el caso de

nuestro país se viola y no se respeta; ya que el mercado y venta de dichos pro
ductos, no cumple con lo estipulado en dicho código.

PROPUESTAS

A través del Curso Teórico y Práctico de la Investigación se observó que en México lamentablemente existe una declinación de la alimentación por seno materno. Ante dicha situación se propone lo siguiente:

1. Revalorización de la maternidad y el amamantamiento como acto humano, natural y espontaneo.
2. Que Secretarías de Estado con capacidad financiera y administrativa apoyen programas de desarrollo comunitario con campañas reales sobre beneficios y ventajas de la alimentación materna; lo anterior a través de diferentes dependencias con capacidad operativa como lo son: Secretaría de Salud; I.M.S.S.; I.S.S.S.T.E.; DIF, entre otros; informando lo anterior a través de los medios de comunicación masiva.
3. Iniciar acciones que exijan a las instituciones y centros de trabajo gubernamentales y privados respetar y cumplir el Art. No. 123 de la Ley de Trabajo en el cual se estipula el permiso de maternidad y laxitud en el horario (en caso de que la madre esté amamantando), así como la existencia y/o creación de estancias infantiles para los hijos de los trabajadores; de tal manera que a la madre lactante se le facilite la asistencia a dicha estancia para alimentar a su hijo, experiencia de lo anterior es el "Cendi" con el que cuenta la Secretaría de Educación Pública.

- a) Sólo se suministre anestesia antes y posterior al parto en caso necesario.
 - b) No debe suministrarse al recién nacido leche de fórmula a través -- del biberón, durante su estancia en la institución de salud.
 - c) El sistema de alojamiento conjunto debe implementarse en todas las instituciones de salud.
 - d) Es necesario contar con bancos de leche materna.
8. Es necesario que los representantes del Gobierno y Sector Salud, ejerzan su autoridad para que las compañías productoras de fórmulas infantiles, respeten en su totalidad el "Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna". Consulta el código mencionado en el Apartado Social del Marco Teórico.

A P E N D I C E

FACTORES PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN LA
CONDUCTA DE LA MUJER PARA ALIMENTAR POR SENO
MATERNO: CASO DE MEXICALI (1985)..

CEDULA No. _____

ENCUESTO _____

FECHA _____

I. DATOS GENERALES

1. EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS

2. ESTADO CIVIL

3. OCUPACION

4. CUAL ES EL INGRESO FAMILIAR QUE PERCIBE
POR MES

5. QUE EDAD TIENE SU HIJO

6. QUE TIPO DE LECHE ESTA UTILIZANDO ACTUAL
MENTE EN LA ALIMENTACION DE SU HIJO

6.1. QUE TIPO DE LECHE UTILIZO (A) EN LA ALI-
MENTACION DEL INFANTE EN LOS TRES PRIME
ROS MESES

7. PORQUE DECIDIO UD. DAR PECHO

7.1. PORQUE DECIDIO UD. NO DAR PECHO

7.2. CUANTO TIEMPO DIO PECHO

7.3. CUANTO TIEMPO LLEVA DANDO PECHO

8. QUE TIPO DE LECHE CONSIDERA UD. MAS
NUTRITIVA

9. VIVE UD. CON SU ESPOSO

9.1. ESTUVO DE ACUERDO SU ESPOSO EN QUE
UD. DIERA PECHO

9.2. LE AYUDA SU ESPOSO DURANTE LA CRIAN-
ZA EN LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS

9.3. CUANDO REINICIO SUS RELACIONES SEXUALES
DESPUES DEL NACIMIENTO DE SU HIJO

10. SU MADRE LA AMAMANTO

10.1. SU MADRE LE ACONSEJO DAR PECHO

10.2. SU MADRE LE AYUDA DURANTE LA CRIANZA
EN LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS

11. ESTUVO DE ACUERDO SU FAMILIA EN QUE UD.
DIERA PECHO

12. ESTUVIERON DE ACUERDO SUS AMIGOS EN
QUE UD. DIERA PECHO

13. QUE TIPO DE REGALOS OBTUVO PARA SU
HIJO

14. OBSERVA UD. COTIDIANAMENTE DAR PECHO

15. OBSERVA UD. COTIDIANAMENTE DAR BIBERON

16. ESCUCHA UD. CON FRECUENCIA POR LOS
MEDIOS DE COMUNICACION FOMENTAR LA
ALIMENTACION POR SENO MATERNO

17. ESCUCHA UD. CON FRECUENCIA POR LOS
MEDIOS DE COMUNICACION FOMENTAR LA
ALIMENTACION CON BIBERON

18. QUE TIPO DE LECHE SUGIRIO SU MEDICO
PARA DAR A SU HIJO

18.1. LE SUGIRIO SU MEDICO ALGUNA MARCA
DE LECHE

18.2. LE SUGIRIO SU MEDICO TOMAR ANTICON-
CEPTIVOS

18.3. QUE EDAD TENIA SU HIJO CUANDO SU ME
DICO SUGIRIO INTRODUCIR ALIMENTA---
CION SOLIDA

19. QUE TIPO DE LECHE SUGIRIO LA ENFER-
MERA DAR A SU HIJO

20. RECIBIO ORIENTACION DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD SOBRE LOS BENEFICIOS Y VENTAJAS DE LA ALIMENTACION POR PECHO
-
21. COMO FUE SU PARTO
-
22. LE PREGUNTARON EN EL HOSPITAL QUE TIPO DE LECHE QUERIA DAR A SU HIJO
-
23. QUE TIEMPO TRANSCURRIO DEL NACIMIENTO DEL NIÑO A LA ALIMENTACION POR PECHO
-
24. RECIBIO SU HIJO ALIMENTACION POR BIBERON DURANTE SU ESTANCIA EN EL HOSPITAL
-
25. HORARIO QUE UTILIZO(A) AL DAR PECHO
-
- 25.1. HORARIO QUE UTILIZA AL DAR BIBERON
-
26. QUE ACTITUD TOMO(A) UD. CUANDO ALIMENTO(A) A SU HIJO POR PECHO
-
- 26.1. QUE ACTITUD TOMA UD. CUANDO ALIMENTA A SU HIJO POR BIBERON
-
27. DURANTE EL PERIODO DE AMAMANTAMIENTO QUE ACTIVIDADES SOCIALES REALIZO(A)
-
28. DESPUES DEL PARTO ¿CUANDO REINICIO SUS ACTIVIDADES LABORALES?
-
29. EN EL LUGAR QUE UD. TRABAJA LE PERMITEN SALIR A AMAMANTAR A SU HIJO
-
30. DESPUES DEL PARTO LA INSTITUCION DE SALUD LE OBSEQUIO(A) A USTED LECHE ARTIFICIAL
-

CODIGO.

1. Edad en años cumplidos.

01	15-24	02	25-34	03	35-44
----	-------	----	-------	----	-------

2. Estado civil.

01	Casada	03	Unión libre	05	Viuda
02	Soltera	04	Divorciada		

3. Ocupación.

01	Transformación	04	Gobierno	07	Incapacitado
02	Comercio	05	Hogar	08	No especificado
03	Servicios	06	Estudiante		

4. Cual es el ingreso familiar que percibe por mes.

01	38,604.00	02	38,605-127,000	03	127,601 o más
----	-----------	----	----------------	----	---------------

5. Que edad tiene su hijo.

01	0-3 meses	03	6-9 meses
02	3-6 meses	04	9-12 meses

6. Que tipo de leche está utilizando actualmente en la alimentación de su hijo.

01	Materna	03	Mixta	05	Evaporada
02	Artificial	04	Vaca		

6.1. Que tipo de leche utilizó(a) en la alimentación del infante en los -- tres primeros meses.

01	Materna	03	Mixta	05	Evaporada
02	Artificial	04	Vaca		

7. Porqué decidió usted dar pecho.

01	Salud	02	Económico	03	No amamantó
----	-------	----	-----------	----	-------------

7.1. Porqué decidió no dar pecho.

01	Se secó	07	Enfermedad de la madre
02	La rechazó el infante	08	Actividad laboral
03	Por comodidad	09	Prematuridad del infante
04	Obsequio de leche artificial por instituciones de salud	10	Recomendación médica
05	No lo satisfacía	11	Aún amamanta
06	Nunca hubo secreción		

7.2. Cuanto tiempo dió pecho.

- | | | | | | |
|----|-----------|----|-----------|----|--------------|
| 01 | 0-1 mes | 03 | 3-6 meses | 05 | Aún amamanta |
| 02 | 1-3 meses | 04 | 6-9 meses | 06 | No amamantó |

7.3. Cuanto tiempo lleva dando pecho.

- | | | | | | |
|----|-----------|----|-----------|----|----------------|
| 01 | 0-1 mes | 03 | 3-6 meses | 05 | Ya no amamanta |
| 02 | 1-3 meses | 04 | 6 o más | | |

8. Que tipo de leche considera usted más nutritiva.

- | | | | |
|----|------------|----|-----------|
| 01 | Materna | 03 | Vaca |
| 02 | Artificial | 04 | Evaporada |

9. Vive usted con su esposo.

- | | | | | | |
|----|---------|----|--------------|----|-------|
| 01 | Siempre | 02 | Por períodos | 03 | Nunca |
|----|---------|----|--------------|----|-------|

9.1. Estuvo de acuerdo su esposo en que usted diera pecho.

- | | | | | | |
|----|----|----|----|----|-----------------|
| 01 | Si | 02 | No | 03 | No tiene esposo |
|----|----|----|----|----|-----------------|

9.2. Le ayuda su esposo durante la crianza en las actividades cotidianas.

- | | | | | | |
|----|----|----|----|----|-----------------|
| 01 | Si | 02 | No | 03 | No tiene esposo |
|----|----|----|----|----|-----------------|

9.3. Cuando reinició sus relaciones sexuales después del nacimiento de su hijo.

- | | | | | | |
|----|------------------|----|--------------------|----|--------|
| 01 | Antes de 45 días | 02 | Después de 45 días | 03 | Aún no |
|----|------------------|----|--------------------|----|--------|

10. Su madre la amamantó.

- | | | | |
|----|----|----|----|
| 01 | Si | 02 | No |
|----|----|----|----|

10.1. Su madre le aconsejó dar pecho.

- | | | | | | |
|----|----|----|----|----|------|
| 01 | Si | 02 | No | 03 | Otro |
|----|----|----|----|----|------|

10.2. Su madre le ayuda durante la crianza en las actividades cotidianas.

- | | | | | | |
|----|----|----|----|----|------|
| 01 | Si | 02 | No | 03 | Otro |
|----|----|----|----|----|------|

11. Estuvo de acuerdo su familia en que usted diera pecho.

- | | | | | | |
|----|----|----|----|----|------|
| 01 | Si | 02 | No | 03 | Otro |
|----|----|----|----|----|------|

12. Estuvieron de acuerdo sus amigos en que usted diera pecho.

- | | | | | | |
|----|----|----|----|----|------|
| 01 | Si | 02 | No | 03 | Otro |
|----|----|----|----|----|------|

13. Que tipo de regalos obtuvo para su hijo.
- | | | | |
|----|------------------|----|----------------------------|
| 01 | Leche artificial | 03 | Esterilizador de biberones |
| 02 | Biberones | 04 | Nada |
14. Observa usted cotidianamente dar pecho.
- | | | | |
|----|----|----|----|
| 01 | Si | 02 | No |
|----|----|----|----|
15. Observa usted cotidianamente dar biberón.
- | | | | |
|----|----|----|----|
| 01 | Si | 02 | No |
|----|----|----|----|
16. Escucha usted con frecuencia por los medios de comunicación fomentar la -- alimentación por seno materno.
- | | | | | | |
|----|----------------|----|-----------------|----|-------|
| 01 | Frecuentemente | 02 | Esporádicamente | 03 | Nunca |
|----|----------------|----|-----------------|----|-------|
17. Escucha usted con frecuencia por los medios de comunicación fomentar la -- alimentación por biberón.
- | | | | | | |
|----|----------------|----|-----------------|----|-------|
| 01 | Frecuentemente | 02 | Esporádicamente | 03 | Nunca |
|----|----------------|----|-----------------|----|-------|
18. Que tipo de leche sugirió su médico dar a su hijo.
- | | | | | | |
|----|---------------|----|------------------|----|---------|
| 01 | Leche materna | 02 | Leche artificial | 03 | Ninguna |
|----|---------------|----|------------------|----|---------|
- 18.1. Le sugirió su médico alguna marca de leche.
- | | | | |
|----|----|----|----|
| 01 | Si | 02 | No |
|----|----|----|----|
- 18.2. Le sugirió su médico tomar anticonceptivos.
- | | | | | | |
|----|----|----|----|----|------|
| 01 | Si | 02 | No | 03 | Otro |
|----|----|----|----|----|------|
- 18.3. Que edad tenía su hijo cuando su médico sugirió introducir alimentación sólida.
- | | | | | | |
|----|-----------|----|----------------|----|---------------|
| 01 | 1 mes | 03 | Más de 3 meses | 05 | Nunca sugirió |
| 02 | 1-3 meses | 04 | Aún no | | |
19. Que tipo de leche sugirió la enfermera dar a su hijo.
- | | | | | | |
|----|---------------|----|------------------|----|---------|
| 01 | Leche materna | 02 | Leche artificial | 03 | Ninguna |
|----|---------------|----|------------------|----|---------|
20. Recibió orientación de las instituciones de salud sobre los beneficios y - ventajas de la alimentación por pecho.
- | | | | |
|----|----|----|----|
| 01 | Si | 02 | No |
|----|----|----|----|
21. Como fue su parto.
- | | | | | | |
|----|--------|----|---------|----|------------|
| 01 | Normal | 02 | Cesárea | 03 | Traumático |
|----|--------|----|---------|----|------------|

INDICE DE CUADROS ESTADISTICOS.

1. Leche utilizada en la alimentación y frecuencia de la publicidad sobre el amamantamiento.
2. Leche utilizada en la alimentación y frecuencia de la publicidad sobre alimentación por biberón.
3. Obtención de regalos y frecuencia de la publicidad sobre alimentación por biberón.
4. Constancia en la observación del amamantamiento.
5. Constancia en la observación de alimentación por biberón.
6. Tipo de leche utilizada en los primeros tres meses y leche sugerida por el médico.
7. Tipo de leche utilizada durante los tres primeros meses y sugerencia médica sobre alguna marca de leche.
8. Tipo de leche utilizada y sugerencia médica sobre alguna marca de leche.
9. Tipo de leche utilizada durante los tres primeros meses y sugerencia médica para utilizar anticonceptivos.
10. Edad del infante e introducción de alimentación sólida.
11. Edad del infante y tiempo que amamantó.
12. Tipo de leche utilizada en los 3 primeros meses y leche sugerida por la enfermera.
13. Tipo de leche utilizada y leche artificial obsequiada por la institución - de salud.
14. Tipo de leche utilizada durante los tres primeros meses y leche artificial obsequiada por la institución de salud.
15. Tipo de leche utilizada actualmente y tipo de leche utilizada durante los 3 primeros meses de vida.
16. Decisión para no amamantar y orientación recibida por las instituciones de salud para amamantar.
17. Tipo de leche utilizada durante los 3 primeros meses y orientación recibida por instituciones de salud sobre el amamantamiento.
18. Decisión para no amamantar y participación de la madre para decidir el tipo de leche en instituciones de salud.
19. Tipo de leche utilizada durante los 3 primeros meses y participación de la madre para decidir la leche.

20. Decisión para no amamantar y tiempo transcurrido entre el nacimiento y la alimentación por pecho.
21. Edad del infante y período que lleva amamantando.
22. Decisión para no amamantar y tiempo que amamantó.
23. Tipo de leche utilizada durante los 3 primeros meses y alimentación introducida al neonato en el hospital.
24. Decisión para no amamantar y tipo de parto.
25. Ocupación y apoyo al amamantamiento en las fuentes de trabajo.
26. Período que amamantó y reiniciación de actividades laborales.
27. Período de amamantamiento y reiniciación de actividades laborales.
28. Período que amamantó y actividades sociales de la madre.
29. Período de amamantamiento y actividades sociales de la madre.
30. Tiempo que amamantó y apoyo recibido por el esposo para el amamantamiento.
31. Tiempo que lleva amamantando y apoyo recibido por el esposo para el amamantamiento.
32. Tiempo que amamantó y apoyo recibido por la madre para el amamantamiento.
33. Tiempo que lleva amamantando y apoyo recibido por la madre para el amamantamiento.
34. Tipo de leche utilizada y madres que fueron amamantadas.
35. Tiempo que amamantó y apoyo recibido por la familia para el amamantamiento.
36. Tiempo que lleva amamantando y apoyo recibido por la familia para el amamantamiento.
37. Tiempo que amamantó y apoyo recibido por los amigos para el amamantamiento.
38. Tiempo que lleva amamantando y apoyo recibido por los amigos para el amamantamiento.
39. Tipo de leche utilizada y tipo de leche considerada más nutritiva.
40. Decisión para amamantar y tiempo que amamantó.
41. Leche utilizada en la alimentación y decisión para dar pecho.
42. Tipo de leche durante los 3 primeros meses y horario utilizado al alimentar por pecho.
43. Tipo de leche durante los 3 primeros meses y horario utilizado al alimentar con biberón.

44. Horario utilizado y actitud de la madre al alimentar por pecho.
45. Horario utilizado y actitud de la madre al alimentar con biberón.
46. Reinicio de relaciones sexuales y sugerencia médica para tomar anticonceptivos.
47. Tiempo que lleva amamantando y reinicio de relaciones sexuales.
48. Apoyo del esposo para el amamantamiento y reiniciación de relaciones sexuales.
49. Reiniciación de relaciones sexuales y edad del infante en que se introdujo alimentación sólida.

CUADRO N.º. I LECHE UTILIZADA EN LA ALIMENTACION
Y FRECUENCIA DE LA PUBLICIDAD
SOBRE EL AMAMANTAMIENTO

TIPO DE LECHE UTILIZADA EN LA ALIMENTACION DEL INFANTE	FRECUENCIA DE LA PUBLICIDAD PARA LA ALIMENTACION POR SENO MATERNO							
	FRE- CUENTE	%	ESPO- RADICA	%	NUNCA	%	TOTAL	%
MATERNA	—	—	4	3.8	—	—	4	3.8
ARTIFICIAL	19	17.9	24	22.6	17	16	60	56.6
MIXTA	4	3.8	7	6.6	7	6.6	18	17
VACA	2	1.9	11	10.4	—	—	13	12.3
EVAPORADA	4	3.8	4	3.8	3	2.8	11	10.4
TOTAL	29	27.4	50	47.2	27	25.5	106	100

CUADRO N^o. 2. LECHE UTILIZADA EN LA ALIMENTACION Y FRECUENCIA DE LA PUBLICIDAD SOBRE ALIMENTACION POR BIBERON

TIPO DE LECHE UTILIZADA EN LA ALIMENTACION DEL INFANTE	FRECUENCIA DE LA PUBLICIDAD PARA LA ALIMENTACION POR BIBERON							
	FRECUENTE	%	ESPORADICA	%	NUNCA	%	TOTAL	%
MATERNA	4	3.8	-	-	-	-	4	3.8
ARTIFICIAL	46	43.4	5	4.7	9	8.5	60	56.6
MIXTA	16	15.1	1	.9	1	.9	18	17
VACA	11	10.4	1	.9	1	.9	13	12.3
EVAPORADA	11	10.4	-	-	-	-	11	10.4
TOTAL	88	83	7	6.6	11	10.4	106	100

CUADRO Nº 3. OBTENCION DE REGALOS Y FRECUENCIA DE LA PUBLICIDAD SOBRE ALIMENTACION POR BIBERON

TIPOS DE REGALOS OBTENIDOS PARA SU HIJO	FRECUENCIA DE LA PUBLICIDAD PARA LA ALIMENTACION POR BIBERON							
	FRECUENTEMENTE	%	ESPORADICAMENTE	%	NUNCA	%	TOTAL	%
LECHE ARTIFICIAL	7	6.6	1	.9	—	—	8	7.5
BIBERONES	54	50.9	3	2.8	4	3.8	61	57.5
ESTERILIZADOR DE BIBERONES	2	1.9	1	.9	1	.9	4	3.8
NADA	25	23.6	2	1.9	6	5.7	33	31.1
TOTAL	88	83	7	6.6	11	10.4	106	100

**CUADRO Nº 4 CONSTANCIA EN LA OBSER-
VACION DEL AMAMANTAMIENTO**

OBSERVA COTIDIANAMENTE DAR PECHO					
SI	%	NO	%	TOTAL	%
20	18.9	86	81.1	106	100

**CUADRO Nº 5 CONSTANCIA EN LA OBSERVACION DE
ALIMENTACION CON BIBERON**

OBSERVA COTIDIANAMENTE DAR BIBERON					
SI	%	NO	%	TOTAL	%
103	97.2	3	2.8	106	100

CUADRO N.º 6. TIPO DE LECHE UTILIZADA EN LOS 3
PRIMEROS MESES Y LECHE SUGERIDA
POR EL MEDICO

TIPO DE LECHE UTILIZADA DURANTE LOS 3 PRIMEROS MESES DE VIDA	TIPO DE LECHE SUGERIDA POR EL MEDICO							
	MATERNA	%	ARTI- FICIAL	%	NINGUNA	%	TOTAL	%
MATERNA	4	3.8	5	4.7	1	.9	10	9.4
ARTIFICIAL	3	2.8	24	22.6	8	7.5	35	33
MIXTA	9	8.5	36	34	16	15.1	61	57.5
VACA	—	—	—	—	—	—	—	—
EVAPORADA	—	—	—	—	—	—	—	—
TOTAL	16	15.1	65	61.3	25	23.6	106	100

**CUADRO N° 7. TIPO DE LECHE UTILIZADO DURANTE LOS
3 PRIMEROS MESES Y SUGERENCIA ME-
DICA SOBRE ALGUNA MARCA DE LECHE**

TIPO DE LECHE UTILIZADO DURANTE LOS 3 PRIMEROS MESES DE VIDA	SUGERENCIA MEDICA PARA DAR ALGUNA MARCA DE LECHE					
	SI	%	NO	%	TOTAL	%
MATERNA	7	6.6	3	2.8	10	9.4
ARTIFICIAL	28	26.4	7	6.6	35	33
MIXTA	50	47.2	11	10.4	61	57.5
VACA	—	—	—	—	—	—
EVAPORADA	—	—	—	—	—	—
TOTAL	85	80.2	21	19.8	106	100

CUADRO Nº 8. TIPO DE LECHE UTILIZADA Y SUGERENCIA MEDICA SOBRE ALGUNA MARCA DE LECHE

TIPO DE LECHE UTILIZADA EN LA ALIMENTACION DEL INFANTE	SUGERENCIA MEDICA PARA DAR ALGUNA MARCA DE LECHE					
	SI	%	NO	%	TOTAL	%
MATERNA	3	2.8	1	.9	4	3.8
ARTIFICIAL	48	45.3	12	11.3	60	56.6
MIXTA	15	14.2	3	2.8	18	17
VACA	10	9.4	3	2.8	13	12.3
EVAPORADA	9	8.5	2	1.9	11	10.4
TOTAL	85	80.2	21	19.8	106	100

CUADRO N°9. TIPO DE LECHE UTILIZADO DURANTE LOS 3 PRIMEROS MESES Y SUGERENCIA MEDICA PARA UTILIZAR ANTICONCEPTIVOS

TIPO DE LECHE UTILIZADO DURANTE LOS 3 PRIMEROS MESES DE VIDA	SUGERENCIA MEDICA PARA UTILIZAR ANTICONCEPTIVOS							
	SI	%	NO	%	OTRO	%	TOTAL	%
MATERNA	2	1.9	6	5.7	2	1.9	10	9.4
ARTIFICIAL	16	15.1	15	14.2	4	3.8	35	33
MIXTA	26	24.5	31	29.2	4	3.8	61	57.5
VACA	—	—	—	—	—	—	—	—
EVAPORADA	—	—	—	—	—	—	—	—
TOTAL	44	41.5	52	49.1	10	9.4	106	100

CUADRO Nº 10. EDAD DEL INFANTE Y TIEMPO QUE AMAMANTO

EDAD DEL INFANTE	TIEMPO QUE AMAMANTO													
	0-1 MES	%	1-3 MESES	%	3-6	%	6-9	%	AUN AMAMANTA	%	NO AMAMANTO	%	TOTAL	%
0-3 MESES	14	13.2	3	2.8	—	—	—	—	18	17	17	16	52	49.1
3-6 MESES	9	8.5	7	6.6	4	3.8	—	—	5	4.7	8	7.5	33	31.1
6-9 MESES	2	1.9	3	2.8	—	—	1	.9	—	—	6	5.7	12	11.3
9-12 "	2	1.9	3	2.8	1	.9	—	—	1	.9	2	1.9	9	8.5
TOTAL	27	25.5	16	15.1	5	4.7	1	.9	24	22.6	33	31.1	106	100

CUADRO Nº 11. EDAD DEL INFANTE E INTRODUCCION DE ALIMENTACION SOLIDA

EDAD DEL INFANTE	EDAD EN QUE EL MEDICO SUGIRIO INTRODUCIR ALIMENTACION SOLIDA											
	0-1MES	%	1-3MESES	%	MASDE3	%	AUN NO	%	NUNCA SUGIRIO	%	TOTAL	%
0-3 MESES	4	3.8	17	16	-	-	30	28.3	1	.9	52	49.1
3-6 MESES	7	6.6	17	16	5	4.7	4	3.8	-	-	33	31.1
6-9 MESES	-	-	7	6.6	5	4.7	-	-	-	-	12	11.3
9-12 MESES	-	-	7	6.6	1	.9	1	.9	-	-	9	8.5
TOTAL	11	10.4	48	45.3	11	10.4	35	33	1	.9	106	100

CUADRO N^o.12. TIPO DE LECHE UTILIZADO EN LOS 3
PRIMEROS MESES Y LECHE SUGERIDA
POR LA ENFERMERA

TIPO DE LECHE UTILIZADO DURANTE LOS 3 PRIMEROS MESES DE VIDA	TIPO DE LECHE SUGERIDO POR LA ENFERMERA							
	MATERNA	%	ARTI- FICIAL	%	NINGUNA	%	TOTAL	%
MATERNA	1	.9	2	1.9	7	6.6	10	9.4
ARTIFICIAL	3	2.8	8	7.5	24	22.6	35	33
MIXTA	2	1.9	14	13.2	45	42.5	61	57.5
VACA	—	—	—	—	—	—	—	—
EVAPORADA	—	—	—	—	—	—	—	—
TOTAL	6	5.7	24	22.6	76	71.7	106	100

CUADRO N° 13. TIPO DE LECHE UTILIZADA Y LECHE ARTIFICIAL OBSEQUIADA POR LA INSTITUCION DE SALUD

TIPO DE LECHE UTILIZADA EN LA ALIMENTACION DEL INFANTE	OBSEQUIO DE LECHE ARTIFICIAL POR LA INSTITUCION DESPUES DEL PARTO					
	SI	%	NO	%	TOTAL	%
MATERNA	3	2.8	1	.9	4	3.8
ARTIFICIAL	32	30.2	28	26.4	60	56.6
MIXTA	7	6.6	11	10.4	18	17
VACA	10	9.4	3	2.8	13	12.3
EVAPORADA	5	4.7	6	5.7	11	10.4
TOTAL	57	53.8	49	46.2	106	100

CUADRO N° 14. TIPO DE LECHE UTILIZADO DURANTE
LOS 3 PRIMEROS MESES Y LECHE ARTIFICI-
AL OBSEQUIADA POR LA INSTITUCION DE SALUD

TIPO DE LECHE UTILIZADO DURANTE LOS 3 PRIMEROS MESES DE VIDA	OBSEQUIO DE LECHE ARTIFICIAL POR LA INSTITUCION DESPUES DEL PARTO					
	SI	%	NO	%	TOTAL	%
MATERNA	6	5.7	4	3.8	10	9.4
ARTIFICIAL	22	20.8	13	12.3	35	33
MIXTA	29	27.4	32	30.2	61	57.5
VACA	—	—	—	—	—	—
EVAPORADA	—	—	—	—	—	—
TOTAL	57	53.8	49	46.2	106	100

CUADRO Nº 15. TIPO DE LECHE UTILIZADA ACTUALMENTE Y TIPO DE LECHE UTILIZADA DURANTE LOS 3 PRIMEROS MESES DE VIDA

TIPO DE LECHE UTILIZADA EN LA ALIMENTACION DEL INFANTE	TIPO DE LECHE UTILIZADA DURANTE LOS TRES PRIMEROS MESES DE VIDA											
	MATERNA	%	ARTIFICIAL	%	MIXTA	%	VACA	%	EVAPORADA	%	TOTAL	%
MATERNA	4	3.8	-	-	-	-	-	-	-	-	4	3.8
ARTIFICIAL	3	2.8	24	22.6	33	31.1	-	-	-	-	60	56.6
MIXTA	2	1.9	-	-	16	15.1	-	-	-	-	18	17
VACA	1	.9	5	4.7	7	6.6	-	-	-	-	13	12.3
EVAPORADA	-	-	6	5.7	5	4.7	-	-	-	-	11	10.4
TOTAL	10	9.4	35	33	61	57.5	-	-	-	-	106	100

CUADRO N° 16. DECISION PARA NO AMAMANTAR Y ORIENTACION RECIBIDA POR LAS INSTITUCIONES DE SALUD PARA AMAMANTAR

DECISION PARA NO AMAMANTAR	ORIENTACION RECIBIDA PARA AMAMANTAR					
	SI	%	NO	%	TOTAL	%
SE SECO	8	7.5	16	15.1	24	22.6
LA RECHAZO EL INFANTE	8	7.5	13	12.3	21	19.8
POR COMODIDAD	5	4.7	7	6.6	12	11.3
NO LO SATISFACIA	1	.9	5	4.7	6	5.7
NUNCA HUBO SECRECION	1	.9	5	4.7	6	5.7
ENFERMEDAD DE LA MADRE	2	1.9	4	3.8	6	5.7
ACTIVIDAD LABORAL	1	.9	1	.9	2	1.9
PREMATUREZ DEL INFANTE	1	.9	—	—	1	.9
RECOMENDACION MEDICA	3	2.8	3	2.8	6	5.7
AUN AMAMANTA	11	10.4	11	10.4	22	20.7
TOTAL	41	38.7	65	61.3	106	100

CUADRO Nº 17. TIPO DE LECHE UTILIZADO DURANTE LOS
3 PRIMEROS MESES Y ORIENTACION RECI-
BIDA POR I.S. SOBRE EL AMAMANTAMIENTO

TIPO DE LECHE UTILIZADO DURANTE LOS 3 PRIMEROS MESES DE VIDA	ORIENTACION RECIBIDA POR I.S. SOBRE BENE- FICIOS Y VENTAJAS DEL AMAMANTAMIENTO					
	SI	%	NO	%	TOTAL	%
MATERNA	5	4.7	5	4.7	10	9.4
ARTIFICIAL	13	12.3	22	20.8	35	33
MIXTA	23	21.7	38	35.8	61	57.5
VACA	—	—	—	—	—	—
EVAPORADA	—	—	—	—	—	—
TOTAL	41	38.7	65	61.3	106	100

NOTA: I.S. = instituciones de salud

CUADRO Nº. 18 DECISION PARA NO AMAMANTAR Y PARTICIPACION DE LA MADRE PARA DECIDIR EL TIPO DE LECHE EN INSTITUCIONES DE SALUD

DECISION PARA NO AMAMANTAR	OPINION DE LA MADRE EN EL TIPO DE LECHE					
	SI	%	NO	%	TOTAL	%
SE SECO	4	3.8	20	18.9	24	22.6
LA RECHAZO EL INFANTE	2	1.9	19	17.9	21	19.8
POR COMODIDAD	1	.9	11	10.4	12	11.3
NO LO SATISFACIA	2	1.9	4	3.8	6	5.7
NUNCA HUBO SECRECION	1	.9	5	4.7	6	5.7
ENFERMEDAD DE LA MADRE	1	.9	5	4.7	6	5.7
ACTIVIDAD LABORAL	-	-	2	1.9	2	1.9
PREMATUREZ DEL INFANTE	-	-	1	.9	1	.9
RECOMENDACION MEDICA	1	.9	5	4.7	6	5.7
AUN AMAMANTA	4	3.8	18	17	22	20.7
TOTAL	16	15.1	90	84.9	106	100

CUADRO N^o.19. TIPO DE LECHE UTILIZADO DURANTE
LOS 3 PRIMEROS MESES Y PARTICIPACION DE LA MADRE PARA DECIDIR LA LECHE

TIPO DE LECHE UTILIZADO DURANTE LOS 3 PRIMEROS MESES DE VIDA	OPINION DE LA MADRE EN EL TIPO DE LECHE					
	SI	%	NO	%	TOTAL	%
MATERNA	3	2.8	7	6.6	10	9.4
ARTIFICIAL	2	1.9	33	31.1	35	33
MIXTA	11	10.4	50	47.2	61	57.5
VACA	—	—	—	—	—	—
EVAPORADA	—	—	—	—	—	—
TOTAL	16	15.1	90	84.9	106	100

CUADRO N.º 20. DECISION PARA NO AMAMANTAR Y TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL NACIMIENTO Y LA ALIMENTACION POR PECHO

DECISION PARA NO AMAMANTAR	TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL NACIMIENTO Y LA ALIMENTACION POR PECHO											
	INME- DIATA	%	1-8 hrs.	%	8-12 hrs.	%	MAS DE 12 hrs.	%	NO AMAMANTO	%	TOTAL	%
SE SECO	—	—	1	.9	1	.9	16	15.1	6	5.7	24	22.6
LA RECHAZO EL INFANTE	—	—	1	.9	—	—	11	10.4	9	8.5	21	19.8
POR COMODIDAD	—	—	1	.9	—	—	5	4.7	6	5.7	12	11.3
NO LO SATIS- FACIA	—	—	—	—	—	—	6	5.7	—	—	6	5.7
NUNCA HUBO SECRECION	—	—	—	—	—	—	—	—	6	5.7	6	5.7
ENFERMEDAD DE LA MADRE	—	—	—	—	—	—	2	1.9	4	3.8	6	5.7
ACTIVIDAD LABORAL	—	—	1	.9	—	—	—	—	1	.9	2	1.9
PREMATUREZ DEL INFANTE	—	—	—	—	—	—	—	—	1	.9	1	.9
RECOMENDACION MEDICA	—	—	—	—	1	.9	4	3.8	1	.9	6	5.7
AUN AMAMANTA	—	—	4	3.8	—	—	18	17	—	—	22	20.7
TOTAL	—	—	8	7.5	2	1.9	62	52.5	34	32.1	106	100

CUADRO Nº 21. EDAD DEL INFANTE Y PERIODO QUE LLEVA AMAMANTANDO

EDAD DEL INFANTE	TIEMPO QUE LLEVA AMAMANTANDO												TOTAL	%
	0-1 MES	%	1-3 MESES	%	3-6	%	6 O MAS	%	YA NO AMAMANTA	%	NO AMAMANTO	%		
0-3 MESES	6	5.7	10	9.4	1	.9	-	-	17	16	18	17	52	49.1
3-6 MESES	-	-	1	.9	4	3.8	-	-	20	18.9	8	7.5	33	31.1
6-9 MESES	-	-	-	-	-	-	-	-	6	5.4	6	5.4	12	11.3
9-12 MESES	-	-	-	-	-	-	1	.9	6	5.7	2	1.9	9	8.5
TOTAL	6	5.7	11	10.4	5	4.7	1	.9	49	46.2	34	32.1	106	100

CUADRO Nº 22. DECISION PARA NO AMAMANTAR Y TIEMPO QUE AMAMANTO

DECISION PARA NO AMAMANTAR	TIEMPO QUE AMAMANTO												TOTAL	
	0-1 MES	%	1-3 MESES	%	3-6	%	6-9	%	AUN AMAMANTA	%	NO AMAMANTO	%		
SE SECO	9	8.5	7	6.6	1	.9	-	-	-	-	7	6.6	24	22.6
LA RECHAZO EL INFANTE	8	7.5	3	2.8	1	.9	-	-	-	-	9	8.5	21	19.8
POR COMODIDAD	3	2.8	-	-	3	2.8	-	-	-	-	6	5.7	12	11.3
NO LO SATISFACIA	3	2.8	2	1.9	-	-	1	.9	-	-	-	-	6	5.7
NUNCA HUBO SECRECION	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	5.7	6	5.7
ENFERMEDAD DE LA MADRE	1	.9	1	.9	-	-	-	-	-	-	4	3.8	6	5.7
ACTIVIDAD LABORAL	-	-	1	.9	-	-	-	-	-	-	1	.9	2	1.9
PREMATUREZ DEL INFANTE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	.9	1	.9
RECOMENDACION MEDICA	3	2.8	2	1.9	-	-	-	-	-	-	1	.9	6	5.7
AUN AMAMANTA	-	-	-	-	-	-	-	-	22	20.7	-	-	22	20.7
TOTAL	27	25.5	16	15.1	5	4.7	1	.9	22	20.7	35	33	106	100

CUADRO N.º 23. TIPO DE LECHE UTILIZADO Y ALIMENTACION INTRODUCIDA AL NEONATO EN EL HOSPITAL

TIPO DE LECHE UTILIZADO DURANTE LOS 3 PRIMEROS MESES DE VIDA	INFANTE ALIMENTADO POR BIBERON EN EL HOSPITAL					
	SI	%	NO	%	TOTAL	%
M A T E R N A	9	8.5	1	.9	10	9.4
A R T I F I C I A L	35	33	—	—	35	33
M I X T A	60	56.6	1	.9	61	57.5
V A C A	—	—	—	—	—	—
E V A P O R A D A	—	—	—	—	—	—
T O T A L	104	98.1	2	1.9	106	100

CUADRO Nº. 24. DECISION PARA NO AMAMANTAR Y TIPO DE PARTO

DECISION PARA NO AMAMANTAR	TIPO DE PARTO							
	NORMAL	%	CESAREA	%	TRAUMATICO	%	TOTAL	%
SE SECO	17	16	7	6.6	—	—	24	22.6
LA RECHAZO EL INFANTE	18	17	3	2.8	—	—	21	19.8
POR COMODIDAD	7	6.6	4	3.8	1	.9	12	11.3
NO LO SATISFACIA	4	3.8	1	.9	1	.9	6	5.7
NUNCA HUBO SECRECION	5	4.7	1	.9	—	—	6	5.7
ENFERMEDAD DE LA MADRE	5	4.7	1	.9	—	—	6	5.7
ACTIVIDAD LABORAL	2	1.9	—	—	—	—	2	1.9
PREMATUREZ DEL INFANTE	1	.9	—	—	—	—	1	.9
RECOMENDACION MEDICA	3	2.8	3	2.8	—	—	6	5.7
AUN AMAMANTA	16	15.1	4	3.8	2	1.9	22	20.7
TOTAL	78	73.6	24	22.6	4	3.8	106	100

CUADRO Nº. 25. OCUPACION Y APOYO AL AMAMANTAMIENTO
EN LAS FUENTES DE TRABAJO

OCUPACION	APOYO AL AMAMANTAMIENTO EN LAS FUENTES DE TRABAJO							
	SI	%	NO	%	NO TRABAJA	%	TOTAL	%
TRANSFORMACION	1	.9	1	.9	—	—	2	1.9
COMERCIO	1	.9	—	—	—	—	1	.9
SERVICIOS	2	1.9	5	4.7	1	.9	8	7.5
GOBIERNO	9	8.5	7	6.6	—	—	16	15.1
HOGAR	1	.9	1	.9	76	71.7	78	73.6
ESTUDIANTE	—	—	—	—	1	.9	1	.9
INCAPACITADO	—	—	—	—	—	—	—	—
NO ESPECIFICADO	—	—	—	—	—	—	—	—
TOTAL	14	13.2	14	13.2	78	73.6	106	100

CUADRO Nº 26. PERIODO QUE AMAMANTO Y REINICIACION DE ACTIVIDADES
LABORALES

CUANTO TIEMPO DIO PECHO	REINICIACION DE ACTIVIDADES LABORALES DESPUES DEL PARTO									
	ANTES DE 45 DIAS	%	DESPUES DE 45 DIAS	%	AUN NO	%	NO TRABAJA	%	TOTAL	%
0-1 MES	2	1.9	4	3.8	4	3.8	17	16	27	25.5
1-3 MESES	1	.9	3	2.8	—	—	12	11.3	16	15.1
3-6 MESES	—	—	—	—	—	—	5	4.7	5	4.7
6-9 MESES	—	—	—	—	—	—	1	.9	1	.9
AUN AMAMANTA	4	3.8	2	1.9	3	2.8	15	14.2	24	22.6
NO AMAMANTO	2	1.9	2	1.9	1	.9	28	26.4	33	31.1
TOTAL	9	8.5	11	10.4	8	7.5	78	73.6	106	100

CUADRO Nº 27. PERIODO DE AMAMANTAMIENTO Y REINICIACION DE ACTIVIDADES LABORALES

CUANTO TIEMPO LLEVA DANDO PECHO	REINICIACION DE ACTIVIDADES LABORALES DESPUES DEL PARTO									
	ANTES DE 45 DIAS	%	DESPUES DE 45 DIAS	%	AUN NO	%	NO TRABAJA	%	TOTAL	%
0-1 MES	—	—	—	—	2	1.9	4	3.8	6	5.7
1-3 MESES	3	2.8	—	—	1	.9	7	6.6	11	10.4
3-6 MESES	1	.9	—	—	—	—	4	3.8	5	4.7
6-9 MESES	—	—	1	.9	—	—	—	—	1	.9
AUN AMAMANTA	3	2.8	7	6.6	4	3.8	35	33	49	46.2
NO AMAMANTO	2	1.9	3	2.8	1	.9	28	26.4	34	32.1
TOTAL	9	8.5	11	10.4	8	7.5	78	73.6	106	100

CUADRO Nº 28. PERIODO QUE AMAMANTO Y ACTIVIDADES SOCIALES DE LA MADRE

CUANTO TIEMPO DIO PECHO	ACTIVIDADES SOCIALES DE LA MADRE DURANTE EL AMAMANTAMIENTO													
	ESTUDIO	%	DEPORTE	%	LABO- RALES	%	OTRAS	%	NINGUNA	%	NO AMAMAN- TO	%	TOTAL	%
0-1 MES	1	.9	—	—	—	—	1	.9	25	23.6	—	—	27	25.5
1-3 MESES	—	—	—	—	1	.9	1	.9	14	13.2	—	—	16	15.1
3-6 MESES	—	—	—	—	—	—	1	.9	4	3.8	—	—	5	4.7
6-9 MESES	—	—	—	—	—	—	1	.9	—	—	—	—	1	.9
AUN AMAMANTA	—	—	1	.9	6	5.7	8	7.5	8	7.5	—	—	23	21.7
NO AMAMANTO	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	34	32.1	34	32.1
TOTAL	1	.9	1	.9	7	6.6	12	11.3	51	48.1	34	32.1	106	100

CUADRO Nº 29. PERIODO DE AMAMANTAMIENTO Y ACTIVIDADES SOCIALES DE LA MADRE

CUANTO TIEMPO LLEVA DANDO PECHO	ACTIVIDADES SOCIALES DE LA MADRE DURANTE EL AMAMANTAMIENTO													
	ESTUDIO	%	DEPORTE	%	LABO- RALES	%	OTRAS	%	NINGUNA	%	NO AMAMAN- TO	%	TOTAL	%
0-1 MES	—	—	—	—	1	.9	1	.9	4	3.8	—	—	6	5.7
1-3 MESES	—	—	1	.9	3	2.8	4	3.8	3	2.8	—	—	11	10.4
3-6 MESES	—	—	—	—	1	.9	3	2.8	1	.9	—	—	5	4.7
6 Ó MAS	—	—	—	—	1	.9	—	—	—	—	—	—	1	.9
YA NO AMAMANTA	1	.9	—	—	1	.9	4	3.8	43	40.6	—	—	49	46.2
NO AMAMANTO	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	34	32.1	34	32.1
TOTAL	1	.9	1	.9	7	6.6	12	11.3	51	48.1	34	32.1	106	100

CUADRO Nº 30. TIEMPO QUE AMAMANTO Y APOYO RECIBIDO
POR EL ESPOSO PARA EL AMAMANTAMIENTO

CUANTO TIEMPO DIO PECHO	APOYO DEL ESPOSO PARA EL AMAMANTAMIENTO							
	SI	%	NO	%	NO TIENE ESPOSO	%	TOTAL	%
0-1 MES	25	23.6	--	--	2	1.9	27	25.5
1-3 MESES	14	13.2	--	--	2	1.9	16	15.1
3-6 MESES	4	3.8	1	.9	--	--	5	4.7
6-9 MESES	1	.9	--	--	--	--	1	.9
AUN AMAMANTA	23	21.7	--	--	1	.9	24	22.6
NO AMAMANTO	25	23.6	5	4.7	3	2.8	33	31.1
TOTAL	92	86.8	6	5.7	8	7.5	106	100

CUADRO N° 31. TIEMPO QUE LLEVA AMAMANTANDO Y APOYO RECIBIDO POR EL ESPOSO PARA EL AMAMANTAMIENTO

CUANTO TIEMPO LLEVA DANDO PECHO	APOYO DEL ESPOSO PARA EL AMAMANTAMIENTO							
	SI	%	NO	%	NO TIENE ESPOSO	%	TOTAL	%
0-1 MES	6	5.7	--	--	--	--	6	5.7
1-3 MESES	10	9.4	--	--	1	.9	11	10.4
3-6 MESES	5	4.7	--	--	--	--	5	4.7
6 O MAS MESES	1	.9	--	--	--	--	1	.9
YA NO AMAMANTA	44	41.5	1	.9	4	3.8	49	46.2
NO AMAMANTO	26	24.5	5	4.7	3	2.8	34	32.1
TOTAL	92	86.8	6	5.7	8	7.5	106	100

CUADRO Nº 32. TIEMPO QUE AMAMANTO Y APOYO RECIBIDO
POR LA MADRE PARA EL AMAMANTAMIENTO

CUANTO TIEMPO DIO PECHO	APOYO DE LA MADRE PARA EL AMAMANTAMIENTO							
	SI	%	NO	%	OTRO	%	TOTAL	%
0-1 MES	18	17	8	7.5	1	.9	27	25.5
1-3 MESES	14	13.2	--	--	2	1.9	16	15.1
3-6 MESES	5	4.7	--	--	--	--	5	4.7
6-9 MESES	1	.9	--	--	--	--	1	.9
AUN AMAMANTA	15	14.2	3	2.8	6	5.7	24	22.6
NO AMAMANTO	22	20.6	7	6.6	4	3.8	33	31.1
TOTAL	75	70.8	18	17	13	12.3	106	100

CUADRO Nº 33. TIEMPO QUE LLEVA AMAMANTANDO Y APOYO RECIBIDO POR LA MADRE PARA EL AMAMANTAMIENTO

CUANTO TIEMPO LLEVA DANDO PECHO	APOYO DE LA MADRE PARA EL AMAMANTAMIENTO							
	SI	%	NO	%	OTRO	%	TOTAL	%
0-1 MES	4	3.8	1	.9	1	.9	6	5.7
1-3 MESES	6	5.7	2	1.9	3	2.8	11	10.4
3-6 MESES	3	2.8	--	--	2	1.9	5	4.7
6 O MAS MESES	1	.9	--	--	--	--	1	.9
YA NO AMAMANTA	38	35.8	8	7.5	3	2.8	49	46.2
NO AMAMANTO	23	21.7	7	6.6	4	3.8	34	32.1
TOTAL	75	70.8	18	17	13	12.3	106	100

CUADRO N^o. 34. TIPO DE LECHE UTILIZADA Y
MADRES QUE FUERON AMAMANTADAS

TIPO DE LECHE UTILIZADA EN LA ALIMENTACION DEL INFANTE	MADRES QUE FUERON AMAMANTADAS					
	SI	%	NO	%	TOTAL	%
MATERNA	4	3.8	—	—	4	3.8
ARTIFICIAL	47	44.3	13	12.3	60	56.6
MIXTA	17	16	1	.9	18	17
VÁCA	9	8.5	4	3.8	13	12.3
EVAPORADA	8	7.5	3	2.8	11	10.4
TOTAL	85	80.2	21	19.8	106	100

CUADRO Nº 35. TIEMPO QUE AMAMANTO Y APOYO RECIBIDO POR
LA FAMILIA PARA EL AMAMANTAMIENTO

CUANTO TIEMPO DIO PECHO	APOYO DE LA FAMILIA PARA EL AMAMANTAMIENTO							
	SI	%	NO	%	OTRO	%	TOTAL	%
0-1 MES	20	18.9	5	4.7	2	1.9	27	25.5
1-3 MESES	14	13.2	1	.9	1	.9	16	15.1
3-6 MESES	4	3.8	1	.9	-	-	5	4.7
6-9 MESES	-	-	1	.9	-	-	1	.9
AUN AMAMANTA	20	18.9	1	.9	3	2.8	24	22.6
NO AMAMANTO	20	18.9	11	10.4	2	1.9	33	31.1
TOTAL	78	73.6	20	18.9	8	7.5	106	100

CUADRO Nº 36. TIEMPO QUE LLEVA AMAMANTANDO Y APOYO RECIBIDO POR LA FAMILIA PARA EL AMAMANTAMIENTO

CUANTO TIEMPO LLEVA DANDO PECHO	APOYO DE LA FAMILIA PARA EL AMAMANTAMIENTO							
	SI	%	NO	%	OTRO	%	TOTAL	%
0-1 MES	5	4.7	—	—	1	.9	6	5.7
1-3 MESES	9	8.5	1	.9	1	.9	11	10.4
3-6 MESES	4	3.8	—	—	1	.9	5	4.7
6 O MAS MESES	1	.9	—	—	—	—	1	.9
YA NO AMAMANTA	38	35.8	8	7.5	3	2.8	49	46.2
NO AMAMANTO	21	19.8	11	10.4	2	1.9	34	32.1
TOTAL	78	73.6	20	18.9	8	7.5	106	100

CUADRO Nº 37. TIEMPO QUE AMAMANTO Y APOYO RECIBIDO POR
LOS AMIGOS PARA EL AMAMANTAMIENTO

CUANTO TIEMPO DIO PECHO	APOYO DE LOS AMIGOS PARA EL AMAMANTAMIENTO							
	SI	%	NO	%	OTRO	%	TOTAL	%
0-1 MES	17	16	10	9.4	—	—	27	25.5
1-3 MESES	12	11.3	4	3.8	—	—	16	15.1
3-6 MESES	4	3.8	1	.9	—	—	5	4.7
6-9 MESES	—	—	1	.9	—	—	1	.9
AUN AMAMANTA	17	16	7	6.6	—	—	24	22.6
NO AMAMANTO	20	18.1	13	12.3	—	—	33	31.1
TOTAL	70	66	36	34	—	—	106	100

CUADRO Nº 38. TIEMPO QUE LLEVA AMAMANTANDO Y APOYO RECIBIDO POR LOS AMIGOS PARA EL AMAMANTAMIENTO

CUANTO TIEMPO LLEVA DANDO PECHO	APOYO DE LOS AMIGOS PARA EL AMAMANTAMIENTO							
	SI	%	NO	%	OTRO	%	TOTAL	%
0-1 MES	5	4.7	1	.9	--	--	6	5.7
1-3 MESES	8	7.5	3	2.8	--	--	11	10.4
3-6 MESES	3	2.8	2	1.9	--	--	5	4.7
6 O MAS MESES	--	--	1	.9	--	--	1	.9
YA NO AMAMANTA	33	31.1	16	15.1	--	--	49	46.7
NO AMAMANTO	21	19.8	13	12.3	--	--	34	32.1
TOTAL	70	66	36	34	--	--	106	100

CUADRO Nº 39. TIPO DE LECHE UTILIZADA Y TIPO DE LECHE
CONSIDERADA MAS NUTRITIVA

TIPO DE LECHE UTILIZADA EN LA ALIMENTACION DEL INFANTE	TIPO DE LECHE CONSIDERADA MAS NUTRITIVA									
	MATERNA	%	ARTIF.	%	VACA	%	EVAP.	%	TOTAL	%
MATERNA	4	3.8	-	-	-	-	-	-	4	3.8
ARTIFICIAL	50	47.2	5	4.7	1	.9	4	3.8	60	56.6
MIXTA	18	17	-	-	-	-	-	-	18	17
VACA	11	10.4	1	.9	1	.9	-	-	13	12.3
EVAPORADA	8	7.5	1	.9	1	.9	1	.9	11	10.4
TOTAL	91	85.9	7	6.6	3	2.8	5	4.7	106	100

CUADRO N.º 40. DECISION PARA AMAMANTAR Y TIEMPO QUE AMAMANTO

DECISION PARA AMAMAN- TAR	TIEMPO QUE AMAMANTO													
	0-1 MES	%	1-3 MESES	%	3-6	%	6-9	%	AUN AMAMAN- TA	%	NO AMAMAN- TO	%	TOTAL	%
SALUD	26	24.5	16	15.1	5	4.7	1	.9	23	21.7	—	—	71	67
ECONOMICO	1	.9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	.9
NO AMAMANTO	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	34	32.1	34	32.1
TOTAL	27	25.5	16	15.1	5	4.7	1	.9	23	21.7	34	32.1	106	100

CUADRO Nº 41 LECHE UTILIZADA EN LA ALIMENTACION Y DECISION PARA DAR PECHO

TIPO DE LECHE UTILIZADA EN LA ALIMENTACION DEL INFANTE	DECISION PARA AMAMANTAR							
	SALUD	%	ECONOMICO	%	NO AMAMANTO	%	TOTAL	%
MATERNA	4	3.8	-	-	-	-	4	3.8
ARTIFICIAL	36	34	1	.9	23	21.7	60	56.6
MIXTA	18	17	-	-	-	-	18	17
VACA	8	7.5	-	-	5	4.7	13	12.3
EVAPORADA	5	4.7	-	-	6	5.7	11	10.4
TOTAL	71	67	1	.9	34	32.1	106	100

CUADRO Nº 42. TIPO DE LECHE DURANTE LOS 3 PRIMEROS MESES Y HORARIO UTILIZADO AL ALIMENTAR POR PECHO

TIPO DE LECHE UTILIZADA DURANTE LOS 3 PRIMEROS MESES DE VIDA	HORARIO QUE UTILIZO(A) AL AMAMANTAR							
	LIBRE DEMANDA	%	HORARIO FIJO	%	NO AMAMANTO	%	TOTAL	%
MATERNA	6	5.7	4	3.8	—	—	10	9.4
ARTIFICIAL	1	.9	—	—	34	32	35	33
MIXTA	51	48.1	10	9.4	—	—	61	57.5
VACA	—	—	—	—	—	—	—	—
EVAPORADA	—	—	—	—	—	—	—	—
TOTAL	58	54.7	14	13.2	34	32.1	106	100

CUADRO Nº 43. TIPO DE LECHE DURANTE LOS 3 PRIMEROS MESES Y HORARIO UTILIZADO AL ALIMENTAR CON BIBERON

TIPO DE LECHE UTILIZADA DURANTE LOS 3 PRIMEROS MESES DE VIDA	HORARIO UTILIZADO CUANDO DA BIBERON							
	LIBRE DEMANDA	%	HORARIO FIJO	%	NO DA BIBERON	%	TOTAL	%
M A T E R N A	1	.9	5	4.7	4	3.8	10	9.4
A R T I F I C I A L	15	14.2	20	18.9	-	-	35	33
M I X T A	15	14.2	45	42.5	1	.9	61	57.5
V A C A	-	-	-	-	-	-	-	-
E V A P O R A D A	-	-	-	-	-	-	-	-
T O T A L	31	29.2	70	66	5	4.7	106	100

CUADRO N° 44. HORARIO UTILIZADO Y ACTITUD DE LA MADRE AL ALIMENTAR POR PECHO

HORARIO QUE UTILIZO(A) AL AMAMANTAR	ACTITUD DE LA MADRE AL ALIMENTAR POR PECHO															
	LO VE A LOS OJOS	%	LE CANTA	%	ACARI- CIA	%	PLATI- CA	%	OTROS	%	NADA	%	NO AMA- MANTA	%	TOTAL	%
LIBRE DEMANDA	13	12.3	1	.9	20	18.9	14	13.2	8	7.5	2	1.9	-	-	58	54.7
HORARIO FIJO	2	1.9	-	-	5	4.7	4	3.8	-	-	3	2.8	-	-	14	13.2
NO AMAMANTO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	34	32.1	34	32.1
TOTAL	15	14.2	1	.9	25	23.6	18	17	8	7.5	5	4.7	34	32.1	106	100

CUADRO Nº 45. HORARIO UTILIZADO Y ACTITUD DE LA MADRE AL ALIMENTAR CON BIBERON

HORARIO UTILIZADO CUANDO DA BIBERON	ACTITUD DE LA MADRE AL ALIMENTAR CON BIBERON.																	
	LO VE A LOS OJOS	%	LE CANTA	%	ACARI-CIA	%	PLATI-CA	%	ACUES-TA	%	OTROS	%	NADA	%	NO DA BIBE-RON	%	TOTAL	%
LIBRE DEMANDA	-	-	-	-	1	.9	12	11.3	8	7.5	10	9.4	-	-	-	-	31	29.2
HORARIO FIJO	1	.9	3	2.8	7	6.6	28	26.4	15	14.2	11	10.4	5	4.7	-	-	70	66
NO DA BIBERON	-	-	-	-	-	-	1	.9	-	-	-	-	1	.9	3	2.8	5	4.7
TOTAL	1	.9	3	2.8	8	7.5	41	38.7	23	21.7	21	19.8	6	5.7	3	2.8	106	100

CUADRO Nº 46 REINICIACION DE RELACIONES SEXUALES Y SUGERENCIA MEDICA PARA TOMAR ANTICONCEPTIVOS

CUANDO REINICIO SUS RELACIONES SEXUALES	SUGERENCIA MEDICA PARA TOMAR ANTICONCEPTIVOS							
	SI	%	NO	%	OTROS	%	TOTAL	%
ANTES DE 45 DIAS	20	18.9	19	17.9	5	4.7	44	41.5
DESPUES DE 45 DIAS	11	10.4	20	18.9	4	3.8	35	33
AUN NO	13	12.3	13	12.3	1	.9	27	25.5
TOTAL	44	41.5	52	49.1	10	9.4	106	100

CUADRO Nº 47 TIEMPO QUE LLEVA AMAMANTANDO Y
REINICIACION DE RELACIONES SEXUALES

TIEMPO QUE LLEVA AMAMANTANDO	REINICIACION DE RELACIONES SEXUALES							
	ANTES DE 45 DIAS	%	DESPUES DE 45 DIAS	%	AUN NO	%	TOTAL	%
0-1 MES	1	.9	-	-	5	4.7	6	5.7
1-3 MESES	6	5.7	2	1.9	3	2.8	11	10.4
3-6 MESES	3	2.8	2	1.9	-	-	5	4.7
6 O MAS	-	-	1	.9	-	-	1	.9
YA NO AMAMANTA	21	19.8	19	17.9	9	8.5	49	46.2
NO AMAMANTO	13	12.3	11	10.4	10	9.4	34	32.1
TOTAL	44	41.5	35	33	27	25.5	106	100

CUADRO N° 48. APOYO DEL ESPOSO PARA EL AMAMANTAMIENTO Y REINICIACION DE RELACIONES SEXUALES

APOYO DEL ESPOSO PARA EL AMAMANTAMIENTO	REINICIACION DE RELACIONES SEXUALES							
	ANTES DE 45 DIAS	%	DESPUES DE 45 DIAS	%	AUN NO	%	TOTAL	%
SI	43	40.6	31	29.2	18	17	92	86.8
NO	1	.9	4	3.8	1	.9	6	5.7
NO TIENE ESPOSO	—	—	—	—	8	7.5	8	7.5
TOTAL	44	41.5	35	33	27	25.5	106	100

B I B L I O G R A F I A .

1. American Academy of Pediatrics: Breast Feeding, Health and Welfare Canada - 1980, Reprinted from Pediatrics 62:591-601, 1978. pp.6.
Additional Article - R.M. Applebaum, M.D. The Modern Management of Successful Breast Feeding, Pediatric Clinics of North America - Vol.17, No.1, 1970 pp.203-225.
2. Arroyo, A. Pedro, Dr.: "La nutrición de la madre", Cuadernos de Nutrición, Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Subirán" y las empresas industriales de Conasupo. Volumen 6, No.7, 1983, pp.47.
3. Avila, Rosas Héctor: "Nutrición y Salud: conceptos inseparables", Cuadernos de Nutrición, Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Subirán" y Leche Industrializada Conasupo. Volumen 5, No.4, 1982, pp.47.
4. Baranowski, Tom. et.al.: "Social support, Social influence, ethnicity and - the breast feeding decision", Soc. Sci. Med. Vol.17, No.21, 1983, pp.1599-1611.
5. Berg-Cross, Linda, et.al.: "Experience and Personality Differences Among -- Breast - and Bottle-Feeding Mothers", Psychology of Women Quarterly Vol.3 (4), 1979, pp.344-356.
6. Bowlby, John: Ciudadado Maternal y Amor, Fondo de Cultura Económica, México, 1981, pp. 218.
7. Bryant, Carol Anne: "The impact of kin, friend and neighbor networks on infant feeding practices", Soc. Sci. Med. Vol.16, 1982, pp.1757-1765.
8. Eason, William M.M.D.: "The Earliest Ego Development, Primitive Memory Traces, and the Isakower Phenomenon, Psychoanalytic Quarterly, Vol.42(1) 1973, pp.60-71.
9. Eibl-Eibesfeld, Irenäus: Etología, introducción al estudio comparado del -- comportamiento, ed. Omega, S.À. Barcelona, 1979, pp.643.
10. Eibl-Eibesfeld, Irenäus: El hombre preprogramado, ed. Alianza, S.A. Madrid, 1983, pp. 325.
11. Entwisle, Doris R., et.al.: "Sociopsychological Determinants of Women's Breast feeding Behavior", American Journal of Orthopsychiatry, Vol. 52(2) 1982, pp. 244-260.
12. Fergusson, D.M., et.al.: "Breast-Feeding and Cognitive Development in the - first seven years of life", Soc.Sci.Med., Vol.16, 1982, pp.1705-1708.
13. Fromm, Erich: Más allá de las cadenas de la ilusión, Herrero Hnos. Sucs., S. A. México 1971, pp.150.
14. Fromm, Erich: Marx y su concepto del hombre. Fondo de Cultura Económica, Mé xico 1978, pp.272.

15. Fromm, Erich: Psicoanálisis de la Sociedad Contemporánea. Fondo de Cultura Económica, México 1981, pp.308.
16. Gesell, Arnold, et.al.: El infante y el niño en la cultura actual, ed. Paidós 1979, pp.362.
17. Grant, James P.: Estado Mundial de la Infancia 1982-1983 (UNICEF) pp.14.
18. Grant, James P.: Estado Mundial de la Infancia 1984 (UNICEF) pp.53.
19. Gratiot-Alphandéry, Hélène, et.al.: Tratado de Psicología del Niño. ed. Morata, S.A. 1979, pp.215.
20. Grupo Tercer Mundo: Las Multinacionales de la Alimentación contra los bebés, editorial Nueva Imagen 1982, pp.234.
21. Harlow, Harry, et.al.: Psicología del animal, editorial Escuela 1965, pp.107.
22. Kenny A., James Ph.D: "Sexuality of Pregnant and Breast Feeding Women", Archives of Sexual Behavior, Vol.2, No.3, 1973. pp.215-229.
23. Klaus, Thews: La conducta animal un modelo para el hombre, ed. Círculo de - Lectores, Barcelona, 1976, pp.300.
24. Langer, Ana: "La alimentación del recién nacido, una experiencia compartida", Cuadernos de Nutrición del Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Subirán" y Empresas Industriales Conasupo. Vol.6(9) 1983. pp.47.
25. Leeper D, James, et.al.: "Infant feeding and maternal attitudes among mothers of low-income", Psychological Report, Vol.5, 1983, pp.259-265.
26. Lerner E. Harriet, Ph D: "Effects of the nursing mother-infant dyad on the - family", American Journal of Orthopsychiatry, Vol.49(2) 1979, pp.339-352.
27. López de Vargas, Ilse, et.al.: "Lactancia materna, peso, diarrea y desnutrición en el primer año de vida", Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol.95, No.3, 1983. pp.298.
28. Lozoff, Betsy: "Birth and 'bonding' in non-industrial societies", Developmental Medicine and Child Neurology, Vol.25(5), 1983, pp.595-600.
29. Mandl, Pierre-E.: Alimentación al pecho, editorial Pax-México, México 1983, pp. 260.
30. Malinowski, Bronislaw: Estudios de Psicología Primitiva, Paidós, Buenos Aires 1982. pp.218.
31. Mercer, Jean and Ruth Russ: "Variables affecting time between child bieth - and the establishment of lactation", Journal of General Psychology, Vol.102 (1) 1980, pp.155-156.
32. Newton, Niles: "Breast Feeding", Psychology today, Vol.2(1), 1968, pp.34-70.
33. Organización Mundial de la Salud, Crónica OMS: "Dinámica de la Lactancia Natural", OMS, Vol.37, No.1, 1983, pp.54.

34. Ramírez, Santiago: El mexicano, psicología de sus motivaciones, Ed. Grijalvo, México, 1977. pp.191.
35. Rappoport, Leon: La personalidad desde 0 a los 6 años, editorial Paidós, -- Buenos Aires, 1977, pp.126.
36. Sepúlveda R. Dilia; et.al.: "Lactancia Materna: algunos factores psicosociales y biológicos que la influncian", Boletín Oficina Sanitaria Panamericana, Vol.95, No.1,1983, pp.110.
37. Spitz A. Rene: El primer año de vida del niño, Fondo de Cultura Económica, México 1982. pp.294.
38. Thoman B. Evelyn, et.al.: "Neonate-Mother Interaction during Breast-Feeding", Developmental Psychology, Vol.6(1) 1972. pp.110-118.
39. Tompson, Marian: "Effectiveness of mother-to-mother help" Research on the - La Leche League International Program. Birth and the family Journal, Vol.3 (4) 1976, pp.165-170-179.
40. Waletzky R., Lucy M.D.: "Husband's Problems with Breast-Feeding"; American - Journal of Orthopsychiatry, Vol.49(2), 1979. pp.349-352.
41. Winter K., Sara: "Fantasies at Breast Feeding Time", Psychology Today, Vol. 3(8) 1970, pp.31-32-56.
42. Ysunza O., Alberto: Consideraciones Biosociales de la Lactancia Materna, División de Nutrición de Comunidad, Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Subirán", México, 1983, pp.297.

M-0049850