

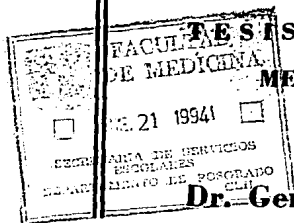
11226
N-25
2Ej.



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado

ALIMENTACION AL SENO MATERNO NIVEL ACTUAL
EN NUESTRA POBLACION Y ACTITUD MEDICA



TESIS de la Especialidad en
MEDICINA FAMILIAR
p r e s e n t a

Dr. Gerardo Ramírez López

Unidad de Medicina Familiar Cl. No. 2
I M S S



IMSS

1994
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Puebla, Pue.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 está 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.

**ALIMENTACION AL SENO MATERNO
NIVEL ACTUAL EN NUESTRA POBLACION**

Y

ACTITUD MEDICA

ASESOR INVESTIGADOR

Dra. Rosa María Cuanalo Campos
Médico Familiar adscrito a la UMF No 2; Puebla Pue.

JEFE DE ENSEÑANZA

Dra. Ana María Cerón Bautista
Coordinadora del Curso de Especialización en
Medicina Familiar. UMF No 2 Puebla.

INVESTIGADOR

Dr. Gerardo Ramírez López
Residente de Segundo Año de Medicina Familiar
UMF No 2, Puebla, Pue.

A ese gran señor que es mi padre, cuyo ejemplo
ha sido luz rectora en mi vida.

A esa gran mujer que quiero y admiro profunda-
mente, mi madre, compañía fiel y dulce en los-
momentos más áridos de mi vida, gracias eternas
Querida MADRE.

Al cariño dulce y cálido de una mujer muy querida
cuyo apoyo hombro a hombro ha sido pilar en mi --
destino. Con todo mi amor a ti María Isabel.

Por la luz nueva que se inicia al incierto camino
de la vida. Por tu reconfortante sonrisa mi queri-
do Carlos Eduardo.

A la mano sincera y desinteresada del amigo franco
al cariño fraternal y por ser más que amigo hermano
Con gran afecto para mis hermanos y amigos.

A Aquellos que saben tallar la piedra pacientemente
hasta obtener un nuevo valor de las cosas, con profundo
afecto y agradecimiento para mis maestros: Dr. Alfonso
Berlangu, Dra Ana María Cerón Bautista, Dr. L. Eduardo
Huerta Navarro, Dr. Raúl Baños Cortéz y Dr. Anselmo --
Herrera Avila.

A todo aquel que ha caído y tiene el valor de levantarse
de nuevo, Dedico este modesto tributo.

I N D I C E

JUSTIFICACION.....	1
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
MATERIAL Y METODOS	14
RESULTADOS	17
DISCUSION	28
RESUMEN	31
SUMMARY	31
BIBLIOGRAFIA	32

JUSTIFICACION

Una de las principales preocupaciones del sector salud en las últimas décadas es sin duda, el fomento a la salud y la atención primaria a la misma. La consecuencia directa de esto mismo es el palpable crecimiento que ha tenido el nivel preventivo de la medicina, esto es la medicina Preventiva. No obstante el campo aun es árido, mas aún si consideramos que algunos de sus principales recursos o bien no han tenido el desarrollo esperado, tal como el mejoramiento a la vivienda o bien se han modificado en un sentido negativo tal es el caso del mejoramiento ambiental en las grandes urbes.

Una crisis comparable, relativa a un valioso recurso para la salud y pérdidas por millones de dólares, esta pasando inadvertida en los países pobres del mundo. Dicho recurso es la leche materna y la pérdida es producida por la alarmante y constante disminución de la crianza materna en las últimas décadas. Al ser considerables en términos económicos y humanos, los costos y las probables consecuencias sugieren que los métodos que intentan detener o restarle velocidad a esta tendencia deben de ser de interés primordial en cualquier esfuerzo que intente combatir su decremento.

Otro hecho que justifica la elaboración del presente trabajo, es la escasa información que existe en la correlación de éste fenómeno en nuestra población. La gran parte de literatura corresponde a países con condiciones socioeconómicas y económicas así como antropológicas diferentes al nuestro; motivo por lo que consideramos se requiere un registro más apegado a nuestra situación.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La lactancia materna representa la forma tradicional e ideal para nutrir a los lactantes; por lo común responde a los requerimientos de la nutrición infantil durante sus primeros cuatro o seis meses de vida. Aún después de la introducción de alimentos suplementarios, la leche humana puede constituir la fuente del continuo bienestar nutricional del niño. Del sexto mes al año de vida, puede suministrar hasta las tres cuartas partes de los requerimientos proteínicos del niño y una parte significativa en los meses subsiguientes (1).

Para la mayor parte de los lactantes de los países de escasos recursos, la prolongación de la lactancia materna es indispensable para el crecimiento y muy a menudo, para la supervivencia, pues representa la única fuente proteínica que está a la disposición inmediata, es de buena calidad y contiene todos los aminoácidos indispensables.

VALOR MONETARIO

El niño al que se amamanta durante los dos primeros años de su existencia recibe un promedio de 275 litros de leche materna (2). Nutricionalmente, esto equivale a 437 litros de leche de vaca, cuyo costo es de 305 900 pesos, que no es poco considerando los ingresos en la mayoría de familias de los países en desarrollo. Para la leche en polvo el costo sería de 910 416 pesos. Estos costos de la leche comercial no toman en cuenta el desperdicio o su destino a otros miembros de la familia. Tampoco reflejan la necesidad que el bebé tiene de biberones, utensilios de cocina, refrigeración para la leche fresca, combustible y lo que quizá sea más importante, la atención médica que con fre-

cuencia es diez veces mayor que para los niños que se alimentan de leche materna (3,4).

Los resultados de múltiples estudios aportan datos en los cuales se evidencia que la alimentación al seno materno protege al lactante contra agentes infecciosos (5,6). Las observaciones de Mata y Urrutia en Guatemala, se inclinan a este favor ya que los lactantes en los cuales fue demostrada la exposición a patógenos del tipo de Shigella, salmonella y E. coli enteropatógena no desarrollaron infección. Un hallazgo frecuente fue la presencia de infecciones concomitantes con la ablactación y destete, la causa pueda ser atribuida a la desaparición de la protección inmunológica materna y la ingesta de microorganismos infectantes con otros alimentos (7).

La leche materna posee muchos factores a los cuales se les ha atribuido propiedades antiinfecciosas entre los que podemos nombrar la lactoferrina transportadora de hierro, lisocima, factor bifido, fagocitos, linfocitos T y B así como anticuerpos específicos (8,9,10,11). La IGA secretora es sin duda uno de los más destacados agentes en este fenómeno. Esta compuesta de dímeros de IGA con un polipéptido, la cadena J. Estas moléculas son producidas por linfocitos B los cuales se encuentran adyacentes a las células epiteliales de las glándulas exocrinas del intestino y el tracto respiratorio. También se encuentran en las mamas y las glándulas salivales. Los dímeros IGA-J abandonan los linfocitos al pasar por las células epiteliales, donde se unen a un glucopéptido, el componente secretor. La molécula resultante es más resistente a la degradación enzimática y las variaciones del pH (12).

La IGA láctea parece ser producida en la glándula mamaria por células las cuales son partes de un sistema generalizado de linfocitos B especiales. La placa de peyer juega un rol primordial en este sistema (13,14,15). Los antígenos que contactan con el epitelio de las placas estimulan las células linfáticas del intestino, una vez estimuladas estas viajan vía la linfa hacia el torrente sanguíneo. Por un mecanismo local aun no conocido en toda su complejidad, esta célula estimula la producción de anticuerpos a distancia incluyendo el epitelio de la glándula mamaria.

Roux y colaboradores demostraron que el mecanismo local depende de la situación hormonal (16). La administración de prolactina, estrógenos y progesterona a ratonas mostró mayor eficiencia de los linfocitos.

Otro hecho importante por mencionar es la producción de anticuerpos lácteos en respuesta a las vacunas. Así lo demostró Svenerholm en madres Pakistaníes (17). La inoculación subcutánea de vacuna del cólera mostró presencia de anticuerpos específicos para la cepa inoculada en la saliva así como en la leche materna.

De acuerdo con Soothill (18), las moléculas de IGA pueden representar un "sistema de protección antigénica". Se ha sugerido que una de las razones de riesgo incrementado para el desarrollo de enfermedades alérgicas en pacientes con padres atópicos, pudiera ser los niveles bajos de IGA en las primeras etapas de la vida. Walker e Isselbacher mostraron que los anticuerpos producidos localmente en el intestino disminuyen el ingreso de proteínas nativas en el intestino de animales de experimentación (19). Es un hecho desconocido el que el lactante produzca los anticuerpos su-

ficientes contra alérgenos potenciales para disminuir el -- riesgo de sensibilización. Es probable que la leche materna provea tales anticuerpos en las etapas primarias de creci-- miento. Es un hecho, no obstante, que la leche humana con-- tiene anticuerpos contra las proteínas de la leche (20).

Es obvio que la IGA producida por las células de la -- placa de Peyer no solamente es inducida no solamente por - bacterias, sino por antígenos de la dieta.

Se requieren nuevos estudios que aporten más luz sobre este particular sin embargo la bibliografía hasta el momen-- to disponible, parece inclinarse a favor del efecto "proteg-- tor" de la lactancia al seno materno con respecto a los fe-- nómenos alérgicos (21,22, 23, 24, 25,26,27, 28).

En lo que se refiere al desarrollo nacional, la lactan-- cia tiene otra importante ventaja económica, su relación -- con la planificación familiar. Al ser clave para la supervi-- vencia infantil, la mejor nutrición que se logra con la ali-- mentación al seno materno, puede ser una significativa con-- dición para reducir las tasas de natalidad. Otro beneficio-- que se deriva de la lactancia es la función que desempeña - en la limitación de la concepción. Es casi indudable que la lactancia materna puede constituir un importante anticoncep-- tivo (29). Una investigación relativamente reciente a nivel rural demostró que la frecuencia de embarazos, en los prime-- ros nueve meses posteriores al parto en las madres que no - lactaban ascendían al doble que en las que sí lo hacían, in-- cluyendo a las que combinaban esta práctica con otros ali-- mentos (30).

Se demostró que el valor anticonceptivo de dicha lac-- tancia es mayor si el lactante recibe en los primeros cua--

tro o seis meses solo la leche humana, pues parece que el estímulo de la acción de succionar inhibe la ovulación (31)

Históricamente a la leche humana se le ha reconocido y reverenciado a nivel universal como único medio para alimentar al lactante. Frecuentes referencias a este hecho se hallan en la religión, el folklore y los sistemas de valores. Documentos como el Korán, documentos vedas, testimonio a través de culturas como la Egipcia, Babilónica, espartana prescribían esta costumbre (32,33,34,35,36,37).

La leche humana es en muchas formas el alimento perfecto. Es saludable, satisface la totalidad de los requerimientos metabólicos del bebé en sus primeros meses, y es limpia eliminando así el peligro de enfermedades infecciosas de vía digestiva.

La leche materna a diferencia de muchos substitutos alimenticios, se digiere fácilmente. Esta leche esta disponible y no requiere preparación alguna. Mas aún, la cantidad de leche materna que toma el niño en sus primeros seis meses es relativamente satisfactoria, a pesar de que la dieta materna sea insuficiente. Asimismo crea cierto placer, pues hace que la madre tenga la satisfacción de contribuir muy de cerca al bienestar de su bebé (38).

No obstante estos beneficios, en muchos países se ha identificado un importante decremento en su práctica. Hace veinte años, el 95% de las madres chilenas amamantaban a sus hijos durante más de un año; en 1969 sólo lo hacía el 6%. En Kenya donde la disminución de la lactancia es menos abundante, la pérdida anual estimada es de 11.5 millones de dólares lo cual equivale a las dos terceras partes del presupuesto de salubridad nacional.

En la mayoría de los países de escasos recursos, la lactancia materna es la regla general en las áreas rurales. Su abandono es principalmente un fenómeno urbano y a menudo no se presenta porque las madres ciudadanas trabajen, sino porque alimentar con biberón es una de las complejidades de la ciudad que adoptan quienes emigran hacia ésta (39).

El patrón rural urbano es uniforme en los países pobres del mundo. En Guatemala, el 98 % de los niños campesinos indios continúan lactando después de su primer año de vida, en comparación con el 57% de los niños de la ciudad. En Taiwan el 97% de las madres campesinas amamantan a sus hijos durante seis meses, en comparación con el 61% de las madres ciudadanas.

La concentración de la pérdida de la lactancia materna en los ambientes urbanos es particularmente alarmante, ya que las ciudades de los países en desarrollo experimentan un crecimiento desmedido. Además, conforme las técnicas de comunicación se hacen más eficaces, los hábitos y los patrones de vida ciudadanos, tendrán una influencia en las familias rurales; Entre 1960 y 1966, el porcentaje de bebés menores de seis meses que sólo se alimentaban al seno materno en una comunidad campesina mexicana disminuyó del 95 al 73% (40).

Se calcula que el 87% de los niños del mundo nacen en los países en desarrollo, y una cuarta parte de éstos en las áreas urbanas. Si un 20% de los 27 millones de madres no lactan en las áreas urbanas, la pérdida asciende a 365 millones de dólares. Si la mitad del otro 80% suspende la lactancia antes de doce meses la pérdida total será de 780 millones de dólares. Sin embargo, estos cálculos subrayan -

claramente la situación; es muy probable que las pérdidas - de los países en desarrollo pasen de los mil millones de dó lares.

De la misma forma en que la lactancia materna puede -- ser la principal fuente de nutrición, el no proporcionarla al lactante es una de las principales causas de su desnutri ción y mortandad (41). La interrupción de la lactancia trae consigo una fuente alternativa de alimentos, que en los pri meros meses es con frecuencia un sustituto nutritivamente- insuficiente e inadecuado, como el agua de cebada o el almi dón de maíz en agua (42). Cuando se utilizan las fórmulas - de leche, por lo común se mezclan con agua contaminada y la mamila no reúne las condiciones ideales (Un estudio encon tró que el 80% de los biberones investigados tenía un alto- índice de contaminación bacteriana) (43). Las condiciones so cioeconómicas y culturales de las poblaciones rurales y sub urbanas así como la densidad de población y la insuficien cia de servicios en las grandes urbes, motivan errores en - cuanto a la preparación y administración de la fórmula. En Chile se descubrió que la mitad de las madres que recibían leche del servicio Nacional de Salud la usaban de manera in correcta (44).

Por estas razones los lactantes que se alimentan a ba- se de formulas, p edecen más en enfermedades, sobre todo dia rrea, en proporción que los que reciben seno materno (45), - como ejemplo mencionamos que la diarrea se presentó 10 ve ces más en un grupo de niños mexicanos que no se alimeta ron al seno materno en comparación a los que si la había re cibido. En Liverpool, Inglaterra, la tasa de gastroenteri o

tis en 1943, fue doce veces mayor en comparación que los niños alimentados al seno materno (46).

La tasa de mortalidad así como la presencia más precoz de desnutrición, se encuentra en relación directa (47, 48, 49).

La tendencia actual en los países en desarrollo o economía precaria al abandono de la lactancia al seno materno parece ser resultado de la influencia de los países con más recursos. Un estudio prospectivo en Estados Unidos descubrió que en 10 años la cifra de madres que alimentaban a sus hijos al salir del hospital, había descendido en un 50%. En Arkansas el 84% de los lactantes era alimentado en forma total o parcial al seno materno en 1946; mientras que en 1966 sólo el 22% alcanzaba este nivel. Aunque ha resurgido el interés en la lactancia en los Estados Unidos por la lactancia materna, este se ha circunscrito a las madres con estudios superiores o a las que pertenecen a la clase acomodada (50). Se descubrió en Boston, que la lactancia se practicaba en proporción doble en las clases altas comparada con la de las clases bajas (51). En Nueva York y San Francisco la proporción era de 6:1 en las familias de clase media a baja respectivamente. En Gran Bretaña, Australia, Suecia y Polonia se ha observado una disminución similar a la de Estados Unidos (52). Investigaciones nacionales verificadas en 1971 revelaron que el 32% de madres con estudios superiores alimentaban a sus hijos en comparación con el 8% de las que sólo tenían educación primaria (53).

El estigma en contra de la alimentación al seno materno, con sus desafortunadas consecuencias, es uno de los valores que se ha transmitido inconcientemente al mundo menos

industrializado. En los países en desarrollo que al principio tuvo en boga la alimentación artificial en las esferas más altas, actualmente ha penetrado en la clase media y baja, en especial en los núcleos urbanos (54). Un estudio brasileño realizado en 379 maternidades públicas descubrió que después del primer día, sólo el 44% de los bebés tomaban únicamente leche materna (55). En las zonas urbanas del sureste asiático, no era extraño que las madres que estaban a punto de parir llegaran con alimentos enlatados al hospital (56). Aunque los niños pueden desarrollarse con productos artificiales en condiciones ideales, los ingresos, la educación y los niveles sanitarios son pocas veces adecuados en los países en desarrollo.

Pero a todo esto es necesario cuestionar ¿cuáles son las causas del notable descenso en la lactancia materna? a continuación mencionamos los datos reportados por investigaciones realizadas a este respecto.

La ingrerencia de la urbanización, la modernización así como los nuevos valores sociales constituyen una influencia significativa. A menudo se considera la lactancia materna -- como una práctica anticuada y atraso; otros lo consideran -- como una vulgar práctica campesina. En la mayoría de los -- países en desarrollo, a mayor sofisticación, menor es la -- lactancia: el biberón se ha convertido en un símbolo de posición (56).

El hecho de que no haya lactancia es una de las respuestas a la tensión producida por la modernización. Forma -- parte de esta ansiedad que siente la madre sobre su capacidad de lactar el medio cambiante. Su incapacidad para iniciar o continuar con la lactancia materna rara vez se deriva de una causa física y si a menudo, de causas psicológi --

cas que interfieren con el "reflejo de relajación" que es clave. En un estudio de las mujeres inddes, mas del 80% de las que tenían mayor grado de educación y pertenecían a los grupos socioeconómicos más altos, no podían criar a sus hijos por más de seis meses, en tanto en las clases mas bajas prácticamente se desconocía esa "incapacidad". Los factores sociales y culturales, con los correspondientes elementos psicológicos y emocionales, eran mucho más importantes en la evolución de la lactancia, que los factores nutriólogicos y dietéticos (57).

Los cambios en las actitudes sociales referentes al cuerpo refuerzan la tendencia. Algunas mujeres temen que la lactancia arruine la figura de su pecho; esto constituye un gran preocupación en un creciente número de sociedades que enfatizan su participación en el atractivo sexual (58).

La comodidad constituye también un factor de abandono de la lactancia materna. La mujer al ya no estar atada por la tradición puede aprovechar, debido a los cambios en el patrón de la vida hogareña, una serie de variantes y así han recurrido a la lactancia artificial; esto las libera de las limitaciones impuestas por su condición de madres. Aunque esto es mas evidente en la madre que se une a la fuerza laboral, éstas representan la menor proporción. (59).

Para muchas mujeres, el perfeccionamiento en las comunicaciones les ha informado de las alternativas para la lactancia. Un informe chileno demuestra como las madres de recursos escasos y de vida sencilla, modificaron su actitud a la lactancia, al ser informadas que existen fórmulas para lactantes (60). En algunos países las agresivas tácticas de promoción de ventas hacen que las madres cedan ante estas.

En las Antillas los representantes de fábricas de alimentos para bebés, visitan los hogares de puéperas y les dan muestras gratis (61). En Nigeria, las mujeres que trabajan en empresas comerciales efectúan visitas periódicas a las maternidades y distribuyen muestras gratis (a médicos se le dan alimentos para sus hijos)(62).

La disponibilidad de la leche donada, que distribuyen gratis los programas de alimentación institucionales, también se han señalado como causa del abandono masivo de la lactancia materna. La distribución gratuita de leche en polvo - incluyendo la patrocinada por el sector salud - ha sido en parte responsable de la radical disminución en muchas partes del mundo (63).

Verronen demostró que la orientación adecuada por parte del equipo materno infantil, así como por parte del médico, era capaz de superar las crisis transitorias de lactancia, hecho al cual muchas madres recurren para justificar su actitud hacia la lactancia materna (64). Una experiencia similar se reportó en Panamá en 1985, donde se enuncian las condicionantes fundamentales para el mejor rendimiento (65)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los apartados anteriores hemos querido resaltar la importancia de un recurso primario para la salud. Asimismo hemos insistido en la gravedad polimorfa que ocurre como consecuencia directa de su disminución a nivel mundial.

Es prioridad establecer en nuestro país el alcance del fenómeno, así como calificar a los grupos de mayor incidencia y descubrir los fenómenos o causas que modifican su práctica, para de esa forma plantear alternativas de solución viables y apropiadas.

Teniendo en cuenta la prioridad que establece el hecho de que en nuestro país el sector materno infantil sea el más afectado desde el punto de vista morbi-mortalidad; toda acción o campaña que incluya como objetivo el resolver este fenómeno, debe calificarse como primaria.

Consideramos que este trabajo brinda las bases para identificar una situación real y actual en nuestra población, sobre el cual se puede elaborar un plan de trabajo en vías de preservar uno de los recursos para la salud más económicos y accesibles; La alimentación al seno materno.

Como parte fundamental del mismo problema este trabajo identifica las acciones de los personajes directamente responsables de promover la alimentación al seno materno, esto es el equipo materno infantil y en general de toda persona incluida en la atención a la salud del sector materno-infantil.

M A T E R I A L & M É T O D O S

Se realizó un estudio de corte transversal, observacio-
nal y descriptivo para identificar el nivel actual en nues-
tra población derecho-habiente para la lactancia al seno ma-
terno, así como los factores que influyen en la misma.

Se tomaron al azar 300 madres que acudieron al servi-
cio de Materno-Infantil de la Unidad Medico Familiar número
2 de Puebla, Pue.

Los criterios de inclusión fueron:

1.- Madres con potencial de generar la práctica de la-
lactancia materna.

2. Madres derecho-habientes.

3. Madres con hijos mayores a 6 meses.

Los criterios de no inclusión fueron:

1. Madre primigesta

2. Madre nulípara

3. Madres portadoras de enfermedad crónica o con uso de
medicamentos en forma crónica.

4. Madres incapaces de generar la práctica de lactancia
materna por alteraciones orgánicas, psiquiátricas,--
etc.

Este trabajo se llevó a cabo dentro del período compren-
dido entre el 01/04/'87 y el 30/10/'87.

Previo interrogatorio se procedió a la identificación-
de criterios de inclusión en las madres, posterior a lo --
cual se aplicó el presente formato de encuesta:

FORMATO DE ENCUESTA

NOMBRE.....
EDAD.....ESTADO CIVIL.....
LUGAR DE PROCEDENCIA.....
LUGAR DE RESIDENCIA.....
CUANTOS AÑOS TIENE VIVIENDO EN SU NUEVA RESIDENCIA.....
MOTIVO DE CAMBIO DE RESIDENCIA.....
OCUPACION.....
ESCOLARIDAD.....
TABAQUISMO.....
ALCOHOLISMO.....TOXICOMANIAS.....
VIVIENDA: PROPIEDAD.....
SUELO..... PISOS.....
AGUA INTUBADA.....LUZ.....DRENAGE.....
CONDICIONES PARA EL SANEAMIENTO AMBIENTAL: EXCRETAS.....
..... DEPOSITO DE BASURAS.....
CONVIVENCIA CON FAUNA DOMESTICA : SI NO
TIPO DE FAUNA DOMESTICA.....
CONDICIONES SOCIOECONOMICAS: ¿TIENE UD?: ESTUPA DE GAS.....
TELEVISION.....REFRIGERADOR.....TELEFONO.....COCINA INTEGRAL
..... VIDEOCASSETERA.....AUTOMOVIL..... (EXTRACTOR)
INGRESO PER CAPITA.....
CONDICIONES GINECOOBSTETRICAS: MENARCA.....
CICLOS (EUMENORRICA) SI NO; DURACION.....
G..... P..... A C..... PUP o C..... COMPLICACIONES
PERINATALES O GESTACIONALES.....
ACTUALMENTE, ¿CUANTOS HIJOS LE VIVEN?.....
¿CUANTOS DE SUS HIJOS EN TOTAL RECIBIERON SENO?.....

DURACION DE LA LACTANCIA EN CADA UNO DE ELLOS:

1..... 2..... 3..... 4.....
5..... 6..... 7..... 8.....
9..... 10..... 11..... 12.....

MOTIVOS DE SUPRESION DEL SEÑO EN CADA UNO DE ELLOS:

1..... 2.....
3..... 4.....
5..... 6.....
7..... 8.....
9..... 10.....
11..... 12.....

DURANTE SUS EMBARAZOS, ¿USTED ACUDE A CONTROL PRENATAL?...

EL CONTROL FUE LLEVADO POR: MEDICO FAMILIAR MEDICO NO
FAMILIAR PARAMEDICO MEDICO PARTICULAR OTRO.....

DURANTE EL PUERPERIO, ¿ACUDIO A CONTROL MEDICO? SI NO

DURANTE EL CONTROL PRENATAL O PUERPERAL RECIBIO ORIENTACION
POR PARTE DEL MEDICO PARA LA LACTANCIA

EN QUE CONSISTIO LA ORIENTACION:

.....

QUE VENTAJAS PUEDE MENCIONAR A LA ALIMENTACION AL SEÑO MATER
NO CON RELACION A LA LACTANCIA ARTIFICIAL.....

.....

QUE TIEMPO CONSIDERA COMO OPTIMO PARA OFRECER SEÑO MATERNO-
COMO UNICA FUENTE DE LECHE A LOS BEBES.....

PORQUE.....

QUE TIPO DE ENFERMEDAD PREDOMINO EN EL PRIMER AÑO DE VIDA-
EN SUS HIJOS:.....

.....

R E S U L T A D O S

Se aplicó la encuesta a 300 madres que acudieron al servicio de Materno Infantil de la UMF no. 2. El rango dentro del cual variaban las edades así como el porcentaje, se encuentran estipulados en la tabla No 1:

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD		
EDAD:	NUMERO	PORCENTAJE
15 - 19	6	2 %
20 - 24	72	24 %
25 - 29	93	31 %
30 - 34	84	28 %
35 - 39	24	8 %
40 - 44	9	3 %
45 - 49	9	3 %
50 - 54	0	0 %
55 - 60	3	1 %
TOTAL	300	100 %

Fuente: Encuesta realizada en la UMF No 2, Puebla, pue.

El 80% de las madres son casadas, el 12% viven en unión libre, 1.6% son madres solteras y el 1% del universo estudiado son viudas.

El 63% corresponde a población originaria de áreas calificadas como urbanas, el 30% procede de zonas suburbanas y el 7% corresponde a madres cuya procedencia corresponde a un área rural.

El 23% de nuestra población investigada emigró de un medio rural o suburbano hacia un área urbana. Los principales motivos de cambio de residencia se enuncian en la tabla 2:

TABLA No. 2

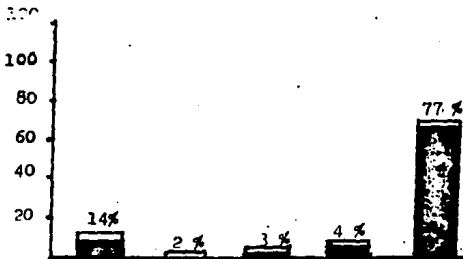
TRABAJO	31.7 %
MOTIVOS FAMILIARES	26.8 %
CAMBIO DE TRABAJO DEL CONYUGE	7.3 %
MATRIMONIO	34.1 %

Fuente: Encuesta realizada en la UMP 2; Puebla 1987.

La distribución de ocupación en nuestra población investigada se presenta en la tabla No 3:

TABLA No. 3		
OCUPACION	NUMERO	PORCENTAJE
Profesionista.	12	4 %
Empleada	42	14 %
Obreras	6	2 %
Costurera	9	3 %
Hogar	231	77 %
TOTAL	300	100 %

La gráfica No 1 muestra la relación establecida en la tabla No 3:

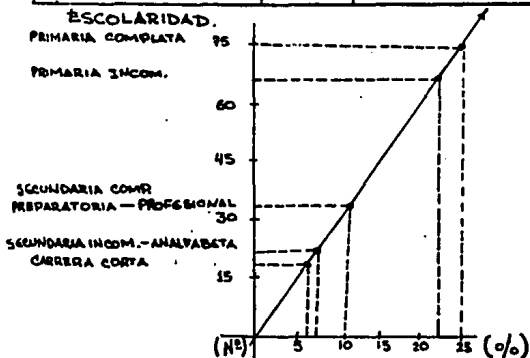


Emplea. Obrera Cost. Profes. Ama de casa

Gráfica No 1. Ocupación de la población estudiada de la UMP No 2, Puebla, Pue;1988.

La escolaridad de las madres incluidas en esta encuesta se encuentran representadas en la tabla No 4 y en la gráfica No 2:

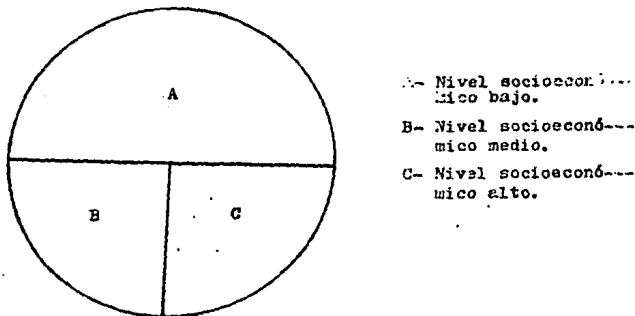
TABLA No 4		
ESCOLARIDAD	NUMERO	PORC INTAJE
Analfabeta	21	7 %
Primaria Incom.	66	22 %
Primaria completa	75	25 %
Secundaria incom.	21	7 %
Secundaria comp.	33	11 %
Preparatoria	33	11 %
Carrera corta	18	6 %
Profesional	33	11 %
TOTAL	300	100 %



Gráfica No 2. Escolaridad de la población estudiada de UMF No 2, Puebla, Pue; 1988.

En nuestro estudio investigamos las condiciones paralelas para la lactancia tales como el nivel socioeconómico, el estado nutricional, así como las condiciones para llevar a cabo y sostener una lactancia artificial; el caso necesario, teniendo en cuenta: condiciones para la lactancia y condiciones para la vivienda y estos fueron los resultados: El 24% de las madres estudiadas (N=72) ingieren una dieta buena en calidad, el 47% (N=141) la ingiere de regular calidad y el 29% (N=87) consume una dieta mala en cuanto a calidad. Por lo que se refiere a cantidad el 65% (N=195) consume una dieta buena en cantidad en comparación del 15% (N=45) la cual toma una dieta regular en cantidad y un 20% (N=60) toman una dieta mala desde el punto de vista calidad.

El nivel socioeconómico de nuestro universo se encuentra distribuido como se muestra en la gráfica No 3:



Gráfica No 3. Nivel socioeconómico de la población estudiada en la UMF No 2; Puebla, Pue, 1988.

En base al interrogatorio así como a exclusión por extractores consideramos lo siguiente: el 53% de nuestra población habita viviendas en buenas condiciones sanitarias, en el 30% consideramos que las condiciones eran regulares y el 17% habita en condiciones malas.

El análisis de los datos anteriores reporta que para las madres que deciden suspender el seno materno y mantener alimentación artificial, sólo el 48%, esto es, ni siquiera la mitad, reúne los requisitos para una óptima lactancia artificial. El 16% de la población estudiada por sus características socioeconómicas y culturales no es posible que inicien ó mucho menos que mantengan una lactancia artificial adecuada.

Se tomó en cuenta embarazos de nuestra población estudiándose los resultados estipulados en la tabla No 5:

TABLA No 5		
DISTRIBUCION POR EMBARAZOS		
No DE GESTA	(N =)	TOTAL
1	21	21
2	108	216
3	75	225
4	18	72
5	33	165
6	18	108
7	6	42
8	9	72
9	3	27
10	6	60
12	3	36
TOTAL	300	1044

La tabla No 6 muestra la distribución de hijos vivos por madre así como el total de hijos:

TABLA No 6		
HIJOS VIVOS	No DE MADRES	TOTAL
0	15	0
1	72	72
2	90	180
3	57	171
4	12	48
5	27	135
6	15	90
7	9	63
8	0	0
9	0	0
10	3	30
TOTAL	300	759

La tabla No 7 nos muestra el número de madres que alimentaron a sus hijos al seno materno:

TABLA No 7			
HIJOS ALIMENTADOS AL SENO MATERNO			
HIJOS	MADRES	TOTAL	PORCENTAJE
0	30	0	10 %
1	114	114	48 %
2	72	144	24 %
3	27	81	9 %
4	15	60	5 %
5	30	150	10 %
6	9	54	3 %
10	3	30	1 %
TOTAL	300	558	100 %

En la tabla No 8 se ilustran las medidas de tendencia central que correlacionan los resultados de: Número de gestaciones, número de hijos vivos y número de niños alimentados al seno materno:

TABLA No 8			
CORRELACION DE LAS TABLAS 5, 6 Y 7			
MEDIDA	A	B	C
Media	3.48	2.53	1.86
Mediana	4.00	2.00	2.00
Modo	3.00	2.00	1.00
Rango	12	10	10

A.- Número de embarazos.

B.- Número de hijos vivos.

C.- Número de hijos alimentados al seno materno.

En la tabla No 9 se ilustra la duración de la alimentación al seno materno como única fuente láctea:

TABLA No 9		
DURACION DE LA ALIMENTACION AL SENO MATERNO		
MESES	No DE HIJOS	PORCENTAJE
1	6	0.9 %
1 - 2	57	9 %
2 - 3	48	7.5 %
3 - 4	15	2.3 %
4 - 5	18	2.8 %
5 - 6	90	14.2 %
6 - 7	6	0.9 %
7 - 8	51	8.0 %
8 - 9	84	13.2 %
9 - 10	0	0 %
10 - 11	6	0.9 %
11 - 12	161	25.4 %
12 ó mas	87	13.7 %

Se investigó la asistencia a control prenatal a las madres de nuestra encuesta, encontrando que el 87% de ellas habían llevado control prenatal en por lo menos uno de sus embarazos. De este sector un 53% (N=174 madres) acudieron con su médico familiar o con paramédico, dentro del programa Materno Infantil de la unidad; Un 18% (N= 54) acudieron a control prenatal o puerperal con Médico No Familiar (ginecólogo); un 6% con Médicos particulares, 2% con parteras, 2% con médico general y sólo 3 madres o sea un 1% fue vista por un pediatra.

Una vez obtenida esta información pasamos a interrogar sobre la orientación recibida durante el embarazo o el puerperio por el médico que cubrió esta etapa, y se obtuvieron los siguientes datos: Unicamente el 31% de las madres de nuestra encuesta, esto es, 93 madres recibieron orientación por parte de su médico para la lactancia; el 17% de madres fueron informadas en cuanto a técnica, 16% de ellas fueron informadas sobre el tiempo ideal para amamantar a sus hijos y el 15% (N= 45 madres) mencionaron algunas de las ventajas de la alimentación al seno materno en las primeras fases de vida de sus hijos.

La proporción en que las madres conocen las ventajas de la alimentación al seno materno fueron investigadas dentro de esta encuesta. Sólo una madre reconoció la característica económica de la alimentación al seno materno; 8 madres la consideraron cómoda, 18 madres mencionaron su carácter "antiinfeccioso", 4 madres mencionaron su esterilidad, 9 madres mencionaron la calidad nutricional de la alimentación al seno materno, 1 madre la utilizó como control de embarazo y 1 madre mencionó virtudes psicológicas.

El resultado que aporta el hecho de investigar la supresión de la lactancia a determinada edad queda ilustrado en la tabla No 10:

TABLA No 10		
MOTIVOS DE SUPRESION DE LA LACTANCIA		
MOTIVOS	(N=)	PORCENTAJE
Indicación Médica	81	12.7 %
Iniciativa materna	207	32.7 %
Rechazo del lactante	69	10.9 %
Trabajo	39	6.1 %
Enfermedad Infantil	15	2.3 %
Enfermedad Materna	21	3.3 %
Dentición	18	2.8 %
Embarazo	39	6.1 %
Cirugía Materna	6	0.9 %
Falta de interés	21	3.3 %
"Crisis de lactancia"	54	8.5 %
Lactancia Artificial	45	7.1 %
Muerte Infantil	6	0.9 %
Desorientación nutric.	3	0.4 %
Estética	9	1.4 %
TOTALES	633	100 %

(N=). Número de hijos alimentados al seno materno.

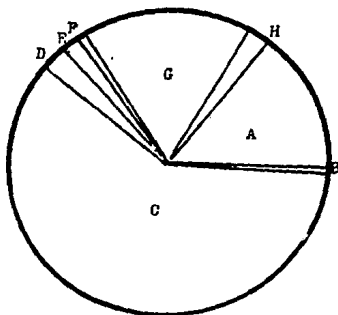
Como último sistema evaluativo de la alimentación al seno materno, se solicitó a las madres incluidas dentro de este estudio que enunciaran el tiempo ideal para considerar la alimentación con pecho, la única fuente láctea para sus hijos en la tabla No 11 se indican los resultados:

TABLA No 11		
TIEMPO RECOMENDADO PARA LA LACTANCIA		
MESES	(N=)	PORCENTAJE
0 (+)	3	1 %
1	3	1 %
2	9	3 %
3	12	4 %
4	3	1 %
5	9	3 %
6	75	25 %
7	9	3 %
8	36	12 %
9	9	3 %
10	3	1 %
12	75	25 %
+ 12	27	9 %
Lo ignoran	27	9 %
TOTALES	300	100 %

(+) Las madres marcadas con este signo consideran la leche humana con las mismas características que la de vaca, por lo que se considera que la lactancia puede ser llevada con ambas. (N de A).

La patología que predominó en los hijos de las madres estudiadas estuvo en concordancia con las diez primeras causas de consulta en la UKF donde se realizó el estudio y se ilustran en la siguiente gráfica:

GRAFICA No 4
PATOLOGIA PREDOMINANTE EN EL PRIMER AÑO DE VIDA



A. Infecciones respiratorias altas.	15.8 %
B. Enfermedades congénitas.	1.4 %
C. Saneos	58.8 %
D. Bronquitis	2.7 %
E. Enfermedades eruptivas.	1.5 %
F. Salmonelosis	0.7 %
G. Síndromes diarreicos	17.3 %
H. Bronquiolitis	2.3 %

Se hace la consideración como observación que los pacientes que tradujeron fenómenos de fondo alérgico, fueron expuestos tempranamente a antígenos de la dieta, o sea a los 15 días de vida a una dieta completa.

D I S C U S I O N

Se realizó correlación estadística entre la duración de la duración de la lactancia para madres procedentes de medio rural en comparación a las madres de medio urbano, encontrándose que :

1. La disminución de la duración de la alimentación al seno materno fue significativa en la ciudad con respecto al área suburbana y rural, desde el punto de vista estadístico - teniendo un nivel de confiabilidad del 0.95.

2. La correlación también fue estadísticamente significativa al comparar el número de hijos alimentados al seno materno de madres procedentes de medio urbano con respecto a aquellos procedentes de medio suburbano o rural, se tomó el mismo nivel de confiabilidad.

El sector que corresponde a la ocupación, no fue factor circunstancial que influya en la práctica de la alimentación al seno materno, ya que el grueso de nuestra población corresponde a madres dedicadas a las labores del hogar.

En cuanto a nivel de escolaridad, se observó que las madres con nivel de estudios superior, profesional o carreras cortas mostraron una tendencia acentuada a no lactar a sus hijos, en comparación con las madres con estudios de nivel inferior.

Desde el punto de vista nutricional las condiciones maternas no son contraindicación absoluta para la práctica de la lactancia materna. No obstante debemos mencionar que a pesar de que la mitad de nuestra población pertenece a la clase baja, sólo el 17% habita en viviendas con condiciones sanitarias deficientes, lo cual significa que nuestra población de-

riva recursos de su ingreso per cápita para otras fuentes tales como el mejoramiento de la vivienda en lugar de la calidad de los alimentos o la cantidad de los mismos.

Encontramos un alto índice de mortalidad infantil sobre todo si tenemos en cuenta la gestación total (1044) con una media de 3.48, al total de hijos vivos (759, con una media de 2.53), esto es casi un hijo muerto por madre, este reporte se encuentra en concordancia con la bibliografía mundial. De los datos anteriores se obtiene una tasa de mortalidad perinatal de 20 (factor 100), tasa en realidad alta.

Otro hecho verdaderamente dramático es la cantidad de hijos alimentados al seno materno, el cual aporta una media de 1.86 en relación con la media de hijos vivos 2.53, esto es un alto índice de hijos que no recibieron los beneficios de la alimentación al seno materno.

El 22.5% de la muestra estudiada proporcionó en forma menor en cuanto a la duración óptima de la lactancia, asimismo el 61.2% prolongaron por un tiempo mayor al ideal la alimentación al seno materno, circunstancia igualmente indeseable máxime si consideramos las condiciones para la lactancia artificial de nuestra población en estudio.

Los anteriores datos adquieren una proporción mayor si tenemos en cuenta que la gran parte, esto es, 261 madres de la muestra seleccionada estuvieron en control prenatal o puerperal con personal educado para la promoción de salud, y más aún si consideramos que exclusivamente 93 madres recibieron orientación para la lactancia y esta resultó francamente insuficiente, ya que en la encuesta las madres no disponían de esta información.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Dato se hace evidente si tenemos en cuenta el motivo de suspensión de lactancia, ya que en el 32% de los casos se suspendió por iniciativa de la madre y en el 12.7% de los casos el médico fue el que indicó oportunamente la suspensión del mismo. Por lo tanto y concluyendo la práctica de la lactancia materna se realiza en forma espontánea y tradicional por nuestras madres, ellas deciden en cuanto a duración y ab lactación en sus hijos mientras el médico adquiere una actitud pasiva ó quizás se mantiene al margen de este hecho.

Teniendo en cuenta los fines de la medicina social así como las prioridades demandadas por la atención primaria a la salud, consideramos la aplicación de cursos pilotos tanto para el personal paramédico, trabajadoras sociales, médicos internos y médicos residentes para crear conciencia en nuestra población que acude en demanda de servicios médicos, hacia la alimentación al seno materno como recurso primario para la salud.

Algunos países como Estados Unidos, Inglaterra, Canadá - Japón, Canarias, Panamá, Chile y otros, han elaborado programas de sensibilización primaria al personal médico y paramédico de las clínicas, para que estos tengan una actitud positiva hacia la lactancia materna con resultados positivos.

RESUMEN

Se realizó un estudio de corte transversal, observacional y descriptivo a través de una encuesta, para identificar el nivel actual de alimentación al seno materno en nuestra población así como la actitud médica para este fenómeno. Se incluyeron en el estudio 300 madres derechohabientes de diferentes estratos socioeconómicos y culturales encontrándose lo siguiente:

Existe una acentuada tendencia a abandonar la lactancia al seno materno, sobre todo a nivel de las ciudades. Esto es más evidente en madres con estudios superiores o profesionales.

Otro hecho por recalcar es la desviación de recursos para la salud hacia otras fuentes tales como esparcimiento o mejoramiento de la vivienda, a pesar de los niveles nutricionales regulares o deficientes de nuestra población.

Un hecho capital fue la anarquía que imperó en cuanto a las decisiones capitales para la lactancia materna por parte de las madres; esto es cada cual la realiza en forma desorientada con alimentación artificial ó ablactación a su libre criterio. Esto prácticamente obedeció a que el personal responsable de la orientación, o sea el personal del sector salud no esta informando adecuadamente a su población de los beneficios o ventajas de la alimentación al seno materno.

SUMMARY

A keep under observation, descriptive and transversal - cutting trial has been accomplished through an opinion poll, to be able to identify the up to now breastfeed rate in the motherly bosom among our population, as well as the medical-attitude to confront this phenomenon. In this study 300 right-ful client mothers from various social economic and cultural strata were included with the following results:

There is an accentuated tendency to abandon the breast - feed from motherly bosom, specially at city level, obviously among mothers with high school or professional level.

Another important fact to underline is that the keep -- away economic resources from health to other enterprises, -- such as to improve housing, in spite of the insufficient nutritional rate in our population.

One of the outstanding facts was, the anarchy predominating as one of the main resolutions from mothers to nourish their offspring, that is every one feed them by misleading artificial food at their own volition.

This is why the staff in charge to show them the right-way, is giving the correct information for them to become -- acquainted with the beneficialness and favorable condition - which motherly feeding bring about.

B I B L I O G R A P H I A

1. Golapan C. Studies on lactation in Poor Indian communities. *J Trop Ped* Dec 1958:92-95.
2. Jeliffe DB. Approaches to village level infant feeding. *J - Trop Ped* Sept 1970:118-120.
3. Goldman LJ, Smith CW. Host resistance factors in human milk. *J Pediat* 1982;73:1082-1087.
4. Matu LJ, Urrutia JJ. Breast milk and defense against infection in the new born. *Arch Dis Child* 1972;47:845-850.
5. Ahlstedt S, Carlsson B, Hansson LA & Goldblum RM. Antibody production by human colostrum cells. Immunoglobulin class, specificity and quantity. *Scand J Immunol* 1975;535:4.
6. Hansson LA, Winberg J. Secretory antibody systems. Breast -- milk and defense against infection in the newborn. *Arch Dis Child* 1972;476:845-860.
7. Mata LJ, Urrutia JJ. Intestinal colonization on breastfed -- children in a rural area of low socioeconomic level. *Ann N-Y Acad Sci* 1971; 176:93.
8. Ahlstedt S, Carlsson B, Fallström SP, Hansson LA, Holmgren J & Lidin Jansson. Antibodies in human serum and milk induced by enterobacteria and food proteins. *Excerpta Med* 1977:115.
9. Diaz JE, Cebra JJ. Peyer's patches: an enriched source of -- precursors for IgA producing immunocytes in the rabbit. *J - Exp Med* 1971; 134:248-252.
10. Gindrat JJ, Gotheferre L. Antibodies in human milk against *E. coli* of the serogroup most commonly found in neonatal infections. *Act Paediatr Scand* 1972;61:587.
11. Goldblum RM, Ahlstedt S, Carlsson B. Antibody forming cells -- in human colostrum after oral immunization. *Nature* 1975; - 257:797.

12. Hanson LA, Brundtzaeg P. Structure and function of IgA molecule. Saunders Phi 1973:107.
13. Craig SW, Cebra JJ. Peyer's patches an enriched source of precursors for IgA. T and B lymphocytes in human colostrum Clin Immunol Immunopathol 1974;3:248.
14. Hodes HL, Berger N, Ainbender E. Proof that colostrum polio-antibody is different from serum antibody. J Pediatr 1964;65:1017.
15. Sabini AB, Michaels RH, Krugman S. Effect of oral poliovirus in plasma cells and human gland. Manuscript in preparation.
16. Roux M, McWilliam M. Origin of IgA secreting plasma cells - in the mammary gland. Pediatrics 1963;31:623.
17. Svenerholm AM, Holmgren J, Hanson LA. Parental cholera vaccination boosts a secretory IgA response. Scand J Immunol In-Press.
18. Soothill JF. Immunodeficiency, allergy and infant feeding. - Food and Immunology 1977:148.
19. Walker WA, Isselbacher KJ, Bloch KJ. Intestinal uptake of macromolecules; studies on the mechanism by which immunization interferes with antigen uptake. J Immunol 1975;115:854.
20. Hanson LA, Ahlstedt S, Carlsson B. Secretory IgA antibodies against cow's milk proteins in human milk and their possible effect in mixed feeding. Int Arch Allergy 1977;54:457.
21. Fergusson DM, Horwood LJ. Asthma and Infant diet. Arch Dis - child 1983;58:48-51.
22. Kramer MS, Moroz B. Do breast feed and delayed introduction of solid foods protect against subsequent atopic eczema?. - J Pediatr Apr 1981; 98:546-550.
23. Taylor B, Wadsworth J, Golding J. Breast feeding, eczema, asthma and hayfever. J Epidem Comm H 1983;37:95-99.

24. Saarinen LA, Kujonauari M, Backman A. Prolonged Breast feeding as prophylaxis for atopic disease. Lancet Jul 1979;28:163.
25. Harland PSE, Lizarraga V. Breast feeding and atopic disease. Lancet Oct 1979;27:898-899.
26. Jarret E. Serum IgE levels and cow's milk and egg antigens. Lancet Nov 1977;5:979-980.
27. Atherton DJ, Sewell M, Soothill PJ. A double blind controlled trial of an antigen avoidance diet in atopic eczema. Lancet Feb. 1978;25:401-403.
28. Salmon RH, William AS, Richard BJ. Development of childhood allergy in infant fed breast, soy or cow milk. J Allergy Clin Immunol March 1973;51:139-151.
29. Latham K. Breast feed as antipregnancy. Letter Lancet 1972-2:28.
30. Knutson KE, Mellbin T. Breast feeding habits and cultural context. J Trop pediatr. Jun 1969:48.
31. Minawi MZ, Foda MS. Post partum lactation amenorrhea. Am J Obstet Gynecol 1970;3:19-22.
32. Zimmer HR. Hindu Medicine. John Hopkins Text 1948:107.
33. Anand D, Rama Rao A. Feeding practices of infant and Toddler in Nafajgarth area. Indian J Med. 1962;11:172-181.
34. Pedlman J. Principles of antenatal child hygiene. N Y Inst-Internat Stud 1952;8:29-30.
35. Mahadevan I. Belief Systems in food telugu-speaking people - of the Telugana Region. Ind J Soc work March 1961:30-40.
36. Somenwaru Rao. Maternal child health report. Bull World Health Organ. 1959;20:603-639.
37. Pralhad R. Nutritional status of preschool children of rural community near Hyderabad city. Ind J Med Reseach Nov 1969:5

38. Brody S. Patterns of Mothering. Latter development of breast fed and artificilly fed infants. *J Am Med Assoc.* 1929;92:61
39. Wyon JB, Gordon JE. nutritional problems of the mother and child. *Int Pediat Soc.* 1971;28:30.
40. Pérez Navarrete JL. Estudio longitudinal de un grupo de niños a los que se siguió durante su primer año de vida en la Villa de Tlaltizapán. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1960;17:282.
41. Potter RJ. Applications of field studies. *J Am Med Assoc* -- 1980;34:1137.
42. Jeliffe DB. Infant nutrition. *J Trop Ped Sept* 1978;25:44-45
43. McOnckberg F. Factors conditioning malnutrition in Latin America with special reference in Chile; Advices for volunteer action. *J Trop Ped* 1970;45:30-35.
44. McOnckberg F. Programs for combating malnutrition in the pre school child in Chile. *Bol Of Sanlt Panam* 1966;5:172-179.
45. Harfoueche SL. Importance of the breast feeding. *Int Pediat Soc.* 1971;28 146-147.
46. Robinson M. Infant Morbity and mortality. A study of 3256 - infants. *Lancet*;1959; 1:788-794.
47. Mannheim E. Mortality of breastfeed and bottlefed infants *Act Gen med* 1955;5:134-163.
48. Mac Laren DS. Infant mortality and breast feed. *Lancet* 1966 5:485.
49. Jeliffe DB. Malnutrition and mortality. *Int Pediat Soc.* 1978 19:456-459.
50. Guthrie HA, Guthrie GM. The resurgence of natural child feeding. *Clin Pediatr Aug* 1966;5:481-484.
51. Sulber EJ, Feinlib M. Breast Feeding in Boston. *Pediatr Aug* 1966;3:299-303.

52. Meyer HP. Breast Feeding in the United States. Clin Pediatr Dec 1969;5:481-484.
53. Martinez G. Falling Rate of breast feeding in United States Clin Ped 1968;51:450-455.
54. Welbourn HP. Rate of breast feed in our world. J Trop Ped. 1958;3:157-166.
55. Ballarine O. Effect of introduction of infant food in developing countries. Rev Pan S. 1970:2.
56. Vahliquist B. Occurrence of nutritional anemia in child. Rev Pan S 1970:5.
57. Mugues D. Weaning foods for low income families. Rev Pan S 1970:76-83.
58. William CD. The woman of today. Arch Dis Child 1946;21:37.
59. Jeliffe DB. Breast feeding in Singapore. J Trop Ped Oct -- 1975;51:344-350.
60. Mönckeberg P. The importance of breastfeeding. Pediatr 1976 7:254-260.
61. Weenen Van DerMJ. The decline of breast feeding in Nigeria. J Am Med Assoc 1975;41:254-258.
62. Therrick GW. The urban avalanche. Am J Pub Health 1971;21;-254;258.
63. Gutierrez LM, Gulli A. Lactancia materna, promoción mediante capacitación del equipo de salud materno-infantil. Bol of Sunit panam 98(1):1-7.
64. Verronen P. Breast feeding: Reasons for giving up and transient lactational crises. Acta paediat Scand 1971;71:447-450
65. Davidson PJ. A brief history of infant feeding. Int Health W Org (Ofic). 1978;3:35-39.