

La lactancia Materna en el Perú y el Mundo

Miriam Maguiña¹

¹Nutricionista, Licenciada en Nutrición. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen
Email: miriam_071100@hotmail.com

Capacidades adquiridas: Al finalizar este artículo, los lectores podrán:

- a. Conocer la historia de la lactancia materna en el mundo y su situación en el Perú
- b. Definir que es lactancia materna
- c. Reconocer los beneficios de la microbiota comensal de la leche humana
- c. Evaluar la veracidad de los mitos asociados con la lactancia
- f. Promover los puntos críticos para apoyar la lactancia materna

Palabras clave: *lactancia materna, microbiota comensal, trastornos atópicos, mitos de la leche materna*

Resumen

Del 1 al 7 de agosto se celebra en más de 120 países del mundo la Semana Mundial de la Lactancia Materna. Las primeras referencias sobre lactancia materna han sido registradas desde civilizaciones tan antiguas como la egipcia o la griega. A nivel mundial, en los últimos 40 años se ha dado un impulso importante a la promoción de la lactancia materna. En el Perú, desde el año 1993 se ha impulsado considerablemente esta práctica a través de documentos como la RM N° 240-2000-SA/DM que declaró a la cuarta semana de agosto de cada año, como la "SEMANA DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL PAÍS. Según las ENDES 2000 y ENDES continua 2004 el número de madres y el tiempo que amamantan a sus hijos ha ido creciendo sostenidamente.

Ahora bien, la leche materna tiene innumerables ventajas cualitativas sobre cualquier otro producto destino a la alimentación del recién nacido. Es un fluido biológicamente activo y dinámico que se ajusta a las necesidades del niño en cada día y minuto a minuto. De allí su condición de alimento irremplazable e insuperable.

Introducción

Del 1 al 7 de agosto se celebra, en más de 120 países, la Semana Mundial de la Lactancia Materna destinada a fomentar la lactancia materna, o natural, y a mejorar la salud de los bebés de todo el mundo. Según la Alianza Mundial pro Lactancia Materna (WABA, por sus siglas en inglés), la lactancia natural es el mejor modo de proporcionar al recién nacido los nutrientes que necesita. Con la Semana Mundial se conmemora la Declaración de Innocenti, formulada por altos cargos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el UNICEF en agosto de 1990 con el fin de proteger, promover y respaldar esta práctica.

Se denomina lactancia natural al procedimiento mediante el cual el niño se alimenta con leche de mujer. La lactancia materna exclusiva, promovida por la OMS, se define como aquella en que la madre amamanta de forma directa y exclusiva a su hijo. La lactancia materna ha sido objeto de estudio y de atención a lo largo de la historia de la humanidad. El ser humano es un mamífero, que inicia su nutrición postnatal por medio de este procedimiento, considerándose a la leche humana como el alimento ideal para el recién nacido y el lactante pequeño.

La leche humana es un modelo de selección natural y control de la natalidad. Posee

nutrientes óptimos que garantizan un adecuado crecimiento y estimulan la capacidad defensiva, tanto a nivel de la inmunidad del aparato digestivo, como a nivel general (1).

Historia de la lactancia materna en el mundo

La prolactina aparece en nuestro planeta hace aproximadamente 500 millones de años, interviniendo en el ciclo reproductivo de ciertas especies animales. La lactación de las crías de los mamíferos se inició hace 200 millones de años, coincidiendo con la biosíntesis de la lactosa. El *homo erectus* hizo su aparición 100 millones de años más tarde. Este largo y lento recorrido ha dado lugar a que la lactancia se adapte para cada especie de mamífero, de acuerdo con sus necesidades y su velocidad de crecimiento.

Cuando la lactancia materna no era posible, se recurría a la lactancia natural utilizando nodrizas. Esta figura fue muy importante en las civilizaciones antiguas como era el caso de Mesopotamia, Egipto, Grecia y el Imperio

Romano. Durante la revolución industrial a mediados del siglo XVIII, las mujeres se incorporan al mundo laboral y la lactancia por nodrizas disminuye toda vez que el salario en la fábrica era superior al percibido, como "madre lactadora sustitutiva"

El código de Hammurabi 1800 A.C. contenía regulaciones sobre las nodrizas que amamantaban al hijo de otra mujer por dinero. En toda Europa se han encontrado recipientes para alimentación con boquilla, en tumbas de niños, año 2000 A.C. En Esparta la esposa del rey estaba obligada a amamantar a su hijo mayor. El segundo hijo del rey Temistes heredó el reino de Esparta sólo porque su madre le había dado pecho. El hijo mayor había sido amamantado por una extraña y por tanto fue rechazado. En 1458 Thomas Muffett escribe sobre el uso medicinal y terapéutico de la leche materna para hombres y mujeres "en sus años de madures debilitados por la edad o la enfermedad". En 1472 Paul Bagellardus escribe el primer incunable pediátrico: características de una buena nodriza, aconseja sobre el hijo, la diarrea y el vómito.

Eventos importantes para la promoción de la lactancia materna en el siglo XX

- 1979: Reunión OMS UNICEF sobre prácticas de alimentación infantil. Se crea la necesidad de un código que reglamente la comercialización de sucedáneos de la leche materna.
- 1981: La AMS adopta el Código Internacional de Comercialización de Sucesáneos de la leche materna.
- 1989: Declaración conjunta OMS-UNICEF de la Promoción, Protección y Apoyo de la Lactancia Natural. Diez pasos hacia una feliz lactancia natural.
- 1990: Declaración de Innocenti. Los hospitales amigos de los niños se acreditan al cumplir los diez pasos para una lactancia feliz.
- 1992: Conferencia internacional de nutrición y Plan de Acción de Nutrición. Roma. WABA, UNICEF, RED IBFAN entre otros, promueven la primera semana mundial de la lactancia materna del 1 al 7 de agosto. Tema: Hospitales amigos de los Niños.

Entre 1500-1700 las mujeres inglesas no amamantaban a sus hijos, de acuerdo a Fildes, quien revisó la historia de la alimentación infantil en Gran Bretaña. La lactancia era un método bien reconocido para retrasar un nuevo embarazo, pero se creía que estropeaba la figura y envejecía. En la Francia del siglo XVIII la alimentación infantil incluía: Lactancia Materna, Alimentación Artificial, Papilla y Nodrizas.

A mediados del siglo XIX unos médicos iniciaron la búsqueda de un sustituto de la leche materna para reemplazar a las nodrizas. Soluciones a base de leche de vaca, azúcar y agua. En 1884 el Dr. A.V. Meigs, publicó un análisis entre la leche humana y leche de vaca. Se dedicó a mejorar la leche de vaca para igualarla a la humana, añadiendo agua de cal, grasa y azúcar. Pronto la industria arrebató la producción de alimentos infantiles a los médicos. Henri Nestlé, comerciante Suizo, combinó azúcar, harina de trigo con leche de vaca. Nestlé anunció su producto "tan correcto científicamente que no dejaba nada que desear. Las madres se convirtieron en el objeto de la publicidad. (2).

Situación de la Lactancia Materna en el Perú

Según la Encuesta Nacional y de Salud Familiar (ENDES), en el Perú hemos tenido avances significativos en los indicadores de la lactancia materna que utiliza la Organización Mundial de la Salud. La lactancia materna (LM) sigue siendo la forma preferida (97.9%) de alimentar a los recién nacidos en el país. En la actualidad, aproximadamente uno de cada dos niños vs. uno de cada cinco en 1992, inician la lactancia materna dentro de la primera hora de vida. La prevalencia de lactancia materna exclusiva (LME) en menores de 4 meses se ha incrementado de 40.3% en 1992 a 72.5% en la ENDES 2000. La prevalencia de LME en menores de seis meses se incrementó de 52.7% en 1996 a 67.2% en el año 2000, según ENDES; la duración mediana de la LM casi se ha duplicado pasando de 2.15 meses a 4.1 meses en el 2000. La tasa de continuación de la LM al año de edad se ha incrementado del 69 al 79%.

Por otra parte con relación a los sexos, la

cobertura de lactancia materna ha sido muy similar en ambos casos. En cambio, se encontraron diferencias en los niveles de lactancia por el nivel de educación de la madre: la lactancia exclusiva es mayor entre las madres sin educación (media igual a 5 meses) que entre las madres con educación superior (media igual a 2,3 meses). El lugar de residencia también influye en esta media: las mujeres del ámbito rural dan de lactar exclusivamente mas que las mujeres del ámbito urbano (5 meses frente a 3,4 meses, respectivamente).

De acuerdo a la información de ENDES continua 2004, la lactancia materna ha sufrido una disminución de tres puntos respecto al año 2000, es decir, solo el 64% de las niñas y niños en el ámbito nacional reciben lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de edad, lo cual se relaciona con el incremento en los últimos años de la necesidad de la mujer de aumentar su carga laboral. (3). Por lo tanto, el Minsa ha desarrollado e implementado disposiciones normativas durante el 2004 con el propósito de mejorar las cifras de lactancia materna: RM N° 126-2004/MINSA y RM N° 610-2004/MINSA, que aprueban los Lineamientos de Alimentación y Nutrición Materno Infantil del Perú; así como el D. S. N° 009-2006 que aprueba el Reglamento de Alimentación infantil.

La Leche Materna

La fácil disponibilidad y la inocuidad de la leche humana unida a su capacidad para estimular el desarrollo intestinal, la resistencia a las infecciones y el establecimiento del vínculo entre la madre y el hijo, han hecho que la mayor parte de los autores consideren que es el alimento perfecto para el lactante normal (4).

La leche es un fluido vivo y cambiante que se adapta a los requerimientos nutricionales e inmunológicos del niño. Modifica su composición en la medida que el niño crece y necesita otros nutrientes y factores de protección. También tiene variaciones a las distintas horas del día, entre cada mamada, en una misma mamada, según la temperatura ambiente y el estado nutricional de la madre.

La leche materna ha sido denominada la sangre

Diez pasos hacia una feliz lactancia natural

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia materna que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia materna y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al alumbramiento.
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los lactantes durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia materna a libre demanda.
9. No dar a los niños alimentados pecho chupador o chupetes artificiales.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.

Eventos importantes para la promoción de la lactancia materna en el Perú

- 1993, el Ministerio de Salud (Minsa) declaró la primera Semana de agosto como la "Semana de la Lactancia Materna".
- 1996-2005, Plan nacional de alimentación y nutrición. Departamento Nacional de Planeación, Consejería para la Política Social. Documento CONPES 2847 1996
- 1997, se promulga la Ley General de Salud la cual no promociona explícitamente la lactancia materna en ninguno de sus artículos. De otro lado los monitoreos del Código de Comercialización de Sucedáneos llevados a cabo en 1999 y 2000 y los datos recogidos en la evaluación 2001, muestran que las donaciones e infracciones al Código en la mayoría de establecimientos públicos de MINSA y EsSALUD, han disminuido de modo significativo. Sin embargo en provincias existe aún, por parte del personal de salud, bastante desconocimiento del Código. En el Sector Privado las violaciones del mismo son numerosas.
- 1998-2008, Plan decenal para la promoción y apoyo a la lactancia materna. Ministerio de Salud, ICBF, UNICEF.
- 1999, Resolución 412 que establece las normas y guías de atención.
- 2000, a través de la RM N° 240-2000-SA/DM, declaró a la cuarta semana de agosto de cada año, como la "SEMANA DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL PERÚ" a fin de sensibilizar a la población sobre la importancia de esta práctica alimentaria, derecho fundamental, que beneficia al niño, la madre, la familia y la comunidad.

blanca por sus propiedades inmunológicas, nutricionales y de protección de tejidos. Posee factores específicos (IgA, IgG, IgM e IgD) y factores inespecíficos (factor bifidus, lactoferrina, proteína fijadora de la vitamina B12, lisosima, componentes C3 y C4 del complemento, macrófagos, linfocitos T y B leucocitos polimorfonucleares, entre otros) (5).

Una de las características más importantes de la leche materna, es la capacidad de adaptarse a las necesidades del niño. La leche de la primera semana es denominada calostro se diferencia de la madura por la gran cantidad de factores de defensa contra infecciones y por esto contiene mayor aporte proteico que la leche madura o de transición. El calostro de las madres de niños pre terminó es diferente, posee mas cantidad de proteínas y mayor concentración de grasa por mililitro, adaptándose a las condiciones de estos recién nacidos con defensas disminuidas, tejidos inmaduros y alto consumo energético. La leche de transición y madura no solo cambia con la edad, también existen diferencias entre la leche de las primeras mamadas y la leche del final de cada mamada. La del principio tiene mas contenido de carbohidratos por mililitro para satisfacer las necesidades de hidratación e hipoglucemia que desencadenan la sensación de hambre, la leche del final es rica en grasa, para aportar al mejor crecimiento del lactante y produce sensación de saciedad por un tiempo mas prolongado. Es por ello que con el reconocimiento mundial de la lactancia materna como el método exclusivo e ideal para la alimentación del niño durante los primeros seis meses de vida y en forma complementaria hasta los dos años de edad en razón de sus ventajas fisiológicas, nutritivas, psicológicas e inmunológicas, se han desarrollado estrategias a lograr que el amamantamiento sea un propósito prioritario y universal de salud preventiva (6).

Microbiota Comensal de la leche humana

La leche materna es una fuente de bacterias comensales o prebióticas. Mediante la aplicación de técnicas de microbiología molecular que no requieren el cultivo de los microorganismos se ha confirmado que la

leche contiene Staphylococos, Streptococcus, Enterococcus, Lactococcus, Lactobacillus, Weissella y Leuconostoc, y Staphylococcus epidermidis e incluso de ciertas bacterias Gram negativas, como Echerichia coli.

Se estima que un lactante que ingiera aproximadamente 800 ml de leche al día recibe entre 1×10^5 y 1×10^7 bacterias. El numero de especies bacterianas existentes en la leche de mujeres sanas parece ser bajo, y oscila entre 2 y 12, Este hecho podría explicar porque la microbiota intestinal de lactantes sanos esta compuesta por un reducido espectro de especies y porque el desarrollo de una microbiota mucho mas diversa coincide precisamente con el inicio del destete.

Otras bacterias de la leche, como estreptococos, estafilococos y E. coli, pueden resultar útiles para reducir la incidencia de patógenos en neonatos de alto riesgo expuestos a ambientes hospitalarios. Por ejemplo se ha demostrado que algunos Streptococcus del grupo viridans evitan que cepas de Staphylococcus aureus resistentes a la meticilina puedan colonizar la cavidad oral de los niños. Por otra parte, la presencia de Steptococcus sanguinis en la cavidad oral infantil previene el desarrollo de caries y enfermedades periodontales debido a su antagonismo con el Streptococcus mutans. Además, las bacterias comensales de la leche materna podrían desempeñar un papel protector frente a enfermedades de base alérgica y, de hecho, algunos lactobacilos de origen humano parecen prevenir la aparición de atopia mediante diversos mecanismos. También es interesante resaltar que la presencia de estreptococcus del grupo viridans parece ser una característica del intestino del niño sano en contraposición con el intestino del niño atópico.

Tradicionalmente se pensaba que las bacterias solo podían atravesar el epitelio intestinal intacto a través de las células M, unas células epiteliales especializadas que se localizan en la placa de Peyer, pero en estos últimos años se ha demostrado que las células dendríticas existentes en la lamina propia son capaces de abrir las zonas de oclusión entre enterocitos adyacentes, proyectar dendritas al exterior del

epitelio y captar células viables, preservando la integridad de la barrera intestinal mediante la expresión de las proteínas que integran la zona de oclusión.

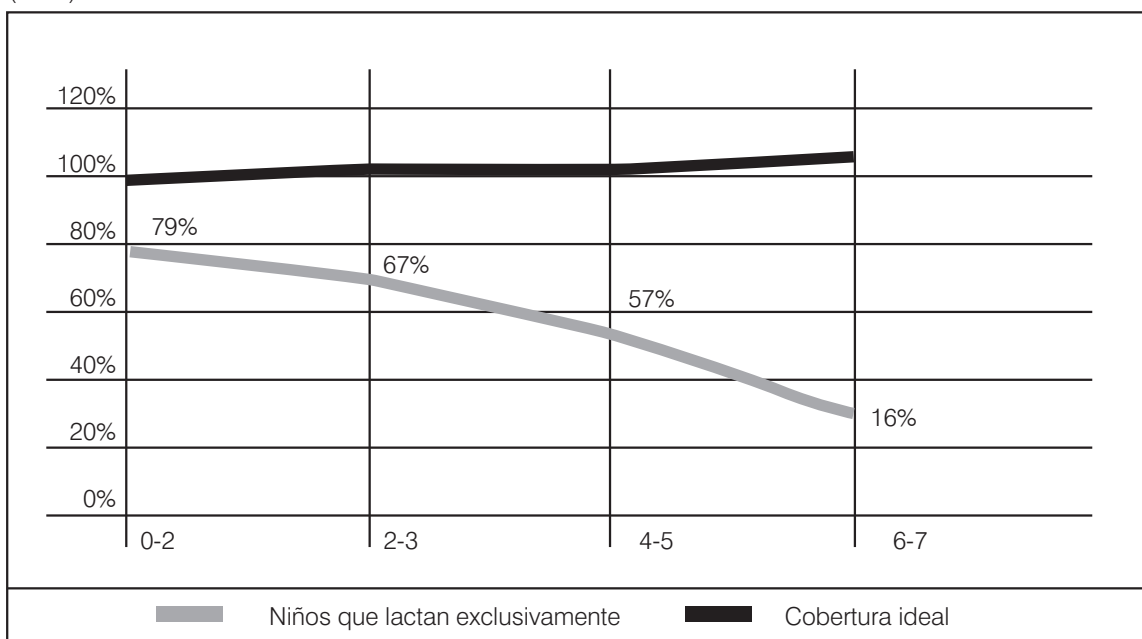
Se ha puesto de manifiesto la capacidad de traslocación de ciertos lactobacilos y enterococcus sin causar efectos perjudiciales para el hospedador, incluyendo cepas aisladas originalmente de leche humana. Durante los últimos meses de gestación y la lactancia se establece la ruta enteromamaria, una conexión

bien documentada entre la mucosa intestinal y la glándula mamaria, que es responsable de la acumulación selectiva del sistema inmunitario en la leche (7).

Relación entre la lactancia materna y el desarrollo de trastornos atópicos

La prevención de la alergia y los esfuerzos de intervención deben instaurarse en la etapa inicial de la vida, que parece representar un periodo crítico para la sensibilización a los

Figura No. 1
Lactancia materna exclusiva
(2000)



Fuente: INEI, ** Informe Endes 2000**, 2001, p. 166.
Elaboración: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico (CIUP).

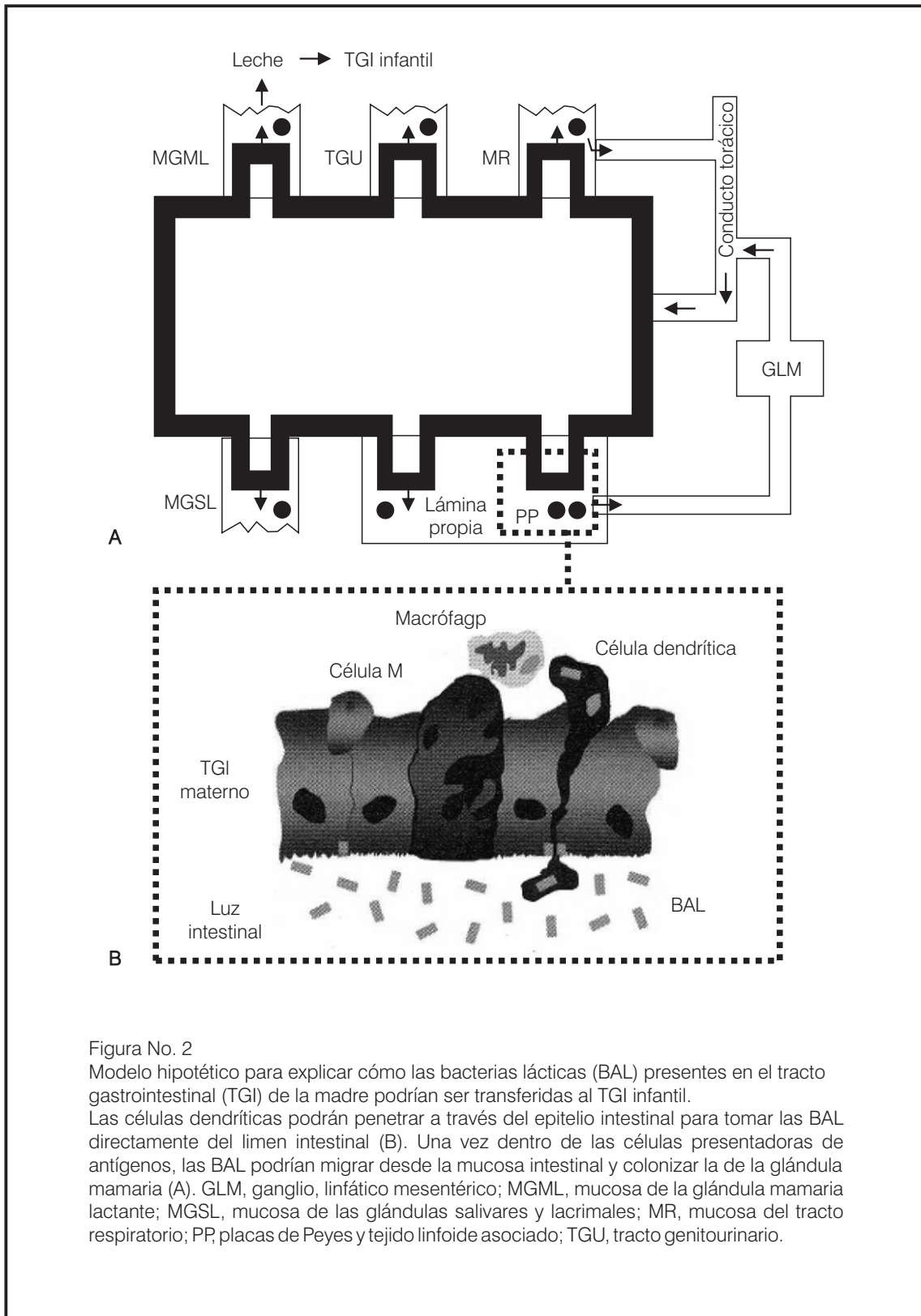


Figura No. 2
 Modelo hipotético para explicar cómo las bacterias lácticas (BAL) presentes en el tracto gastrointestinal (TGI) de la madre podrían ser transferidas al TGI infantil. Las células dendríticas podrán penetrar a través del epitelio intestinal para tomar las BAL directamente del limen intestinal (B). Una vez dentro de las células presentadoras de antígenos, las BAL podrían migrar desde la mucosa intestinal y colonizar la de la glándula mamaria (A). GLM, ganglio linfático mesentérico; MGML, mucosa de la glándula mamaria lactante; MGSL, mucosa de las glándulas salivares y lacrimales; MR, mucosa del tracto respiratorio; PP, placas de Peyes y tejido linfoide asociado; TGU, tracto genitourinario.

alérgenos alimentarios poco tiempo después del nacimiento. Entre los factores de riesgo atópico predispuestos destacan los siguientes: alimentación con leches infantiles con proteínas enteras, introducción precoz de alimentos alérgicos y humo de tabaco en el entorno.

Los meta análisis de estudios mas antiguos y los estudios recientes de cohortes de nacimientos, bien diseñados (Tabla 1) revelan pruebas razonables de que la lactancia materna exclusiva durante 4 meses como mínimo se asocia a la reducción de dermatitis atópica y enfermedades respiratorias sibilantes hasta los 6 años de edad. Las pruebas que dan a entender que también es posible reducir los riesgos de aparición de alergia a las proteínas de la leche de vaca y la sensibilización atópica son más débiles. Aunque existen muy pocos estudios de observación que ponen en entredicho estos datos, no son suficientemente precisos para desestimarlos, por lo menos en la primera infancia. El efecto de la lactancia materna exclusiva sobre la atopia y el asma después de los 6 años de edad carece del respaldo de estudios suficientes para establecer conclusiones justificables. Por ultimo, la lactancia materna exclusiva durante un mínimo de 4 meses debe representar una piedra angular de los esfuerzos preventivos de las alergias en los lactantes, tanto de alto como de bajo riesgo, tal como recomiendan la Academia Americana de Pediatría y ESPACI/ ESPGHAN (8)

Mitos y creencias sobre lactancia

En lo referente a la crianza de los niños se ha ido formando un código de mitos, costumbres y creencias que se transmiten de padres a hijos y de generación en generación, muchos de estos carecen de fundamento científico y son, por el contrario, atentatorios contra la lactancia y el bienestar del niño o de la madre.

Mencionaremos algunas de las creencias más frecuentes:

- Los pechos pequeños no producen suficiente leche.
- El calostro es la leche añeja que se junta en los pechos antes del parto.
- Si mi madre no tuvo leche, yo tampoco tendré. Somos de familia no lechera.
- A veces las madres tienen mucha leche, pero no es de buena calidad o es muy débil.
- El caldo de gallina negra después del parto es bueno para que baje la leche.
- Si el niño toma mamadera queda satisfecho por más tiempo y no despierta en la noche.
- Es bueno darle chupón para que el niño no mame tan seguido.
- Cuando no quiere recibir el chupón es bueno untarlo con miel o azúcar
- La agüita con azúcar tranquiliza al niño.
- Si la madre come coliflor, el niño se llena de gases y tiene cólicos (9).

Puntos Principales del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. 1981

1. Prohibir la publicidad de sucedáneos de la leche materna y otros productos hacia el consumidor.
2. Prohibir las muestras gratis a las madres.
3. Prohibir la promoción en las instalaciones de salud
4. Prohibir el uso de personal de las compañías para hacer recomendaciones a las madres.
5. Prohibir regalos y muestras personales a los agentes de salud, de parte de las compañías.
6. Prohibir el uso de imágenes de lactantes u otras que idealicen la alimentación artificial en las etiquetas de los productos.
7. La información a los agentes de salud debe ser científica y verídica.
8. Toda información sobre alimentación infantil artificial, incluida la de las etiquetas de los productos debe explicar los beneficios del amamantamiento y los costos y peligros asociados a la alimentación artificial.
9. Productos inapropiados como leche condensada azucarada no deben ser promovido para bebés. (10)

Tabla No 1
Puntos críticos para apoyar la practica de la lactancia materna (11)

Puntos críticos para apoyar la práctica de la lactancia materna						
Etapa	Prentala	Parto	Retorno al hogar	Retorno al trabajo rutinario	Fin de la LME	Al año
	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Tiempo	9 meses	48 horas	Hasta las 6 semanas	6 semanas a 6 meses	6 meses	12+
I N T E R V E N C I Ó N	Información sobre LM; examinar los pezones	Alojamiento conjunto; IHAN; iniciación precoz de la lactancia; no uso de prelácteos; educación y apoyo	Información; apoyo en el hogar, sistema de salud, y en la comunidad; licencia de maternidad para establecer lactancia materna exclusiva (LME)	Información; apoyo en el hogar, la comunidad, sistema de salud, y lugar de trabajo para mantener LME	Información; apoyo; continuación de la lactancia con alimentación complementaria, apropiada y suficiente	Continuación de la lactancia con alimentación complementaria apropiada y suficiente

Fuente: PRAIL-LAC. Washington, D.C., OPS/OMS, 1994.

Glosario de términos

WABA. La Alianza Mundial Pro lactancia Materna es una red mundial de individuos y organizaciones relacionadas con la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna en todo el mundo. WABA acción se basa en la Declaración de Innocenti, los Diez enlaces para Nutrir el Futuro, y la Estrategia Mundial para la alimentación infantil y la alimentación de niños pequeños. Sus principales asociados son IBFAN, LLLI, ILCA, Wellstart Internacional y ABM.

IAMI. La Iniciativa Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia

AMS. Asamblea Mundial de Salud

IBFAN. Red Internacional de Acción por la Alimentación Infantil

LLLI. La Liga Internacional de la Leche

ILCA. International Lactation Consultant Association

Wellstart International's. Programa de Promoción Ampliada de la Lactancia Materna

Conclusiones

Tanto la Organización Mundial de la Salud como la UNICEF recomiendan que todos los niños sean alimentados exclusivamente con leche materna durante al menos los 6 primeros meses de vida para posteriormente, y asociada a una alimentación complementaria adecuada, continuar la lactancia materna hasta los 2 años de edad.

La disminución en la práctica de la lactancia materna cada vez es mayor. Muchas son las razones que explican esta situación y solo con un gran esfuerzo podremos darle a los niños esta posibilidad de la lactancia. Las situaciones negativas que hacen que comúnmente se presenten al lactar tienen fácil solución si el personal de salud está suficientemente entrenado y la familia tiene la disposición para evitarlos y afrontarlos cuando se presenten.

Referencias Bibliográficas

1. M. Bueno. Nutrición en Pediatría. Ergon. 2007: 143-144
2. Fomon S. Nutrición del Lactante. Mosby Doyma Libros .1995
3. Vásquez E. ¿Los niños primero? Volumen II. Universidad del Pacífico. Lima Perú. 2004
4. Mary Frances Picciano Conocimientos Actuales sobre Nutrición Organización Panamericana de la Salud. Capítulo 37. 2003: 410
5. Martaix J. Nutrición y Alimentación Humana Madrid: Océano. 2002
6. Correa J et al. Fundamentos de Pediatría. Tomo 1: Generalidades y neonatología. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas. 2006. pp 164-166
7. Rodríguez JM. Clínicas Españolas de Nutrición. Volumen II. Nutrición Infantil. Madrid: Elsevier Masson. 2007. pp 49-53
8. Zeiger R, Friedman N. Relación entre la Lactancia materna y el desarrollo de trastornos atópicos. Prevención Primaria mediante la intervención nutricional en la lactancia y la infancia. Nestle Nutrition Workshop Series. Pediatric Program Suiza. Volume 57. 2006. pp 15-17
9. Schellhorn C. Valdes V Lactancia Materna. Contenidos Técnicos para Profesionales de la Salud. Santiago de Chile 1995. pp 203-208
10. Consejería en Lactancia Materna. Curso de capacitación. Organización Mundial de la Salud. UNICEF Agosto 1998. pp 178 Benguigui Y et al. Acciones de Salud Materno Infantil a nivel Local: Según las metas de la Cumbre Mundial a favor de la Infancia. Organización Panamericana de la Salud. 1999.