

TIPO DE ALIMENTACION Y DESARROLLO PONDO-ESTATURAL EN NIÑOS NACIDOS VIVOS DEL AREA DEL AMBULATORIO «EL LLANO», MERIDA, VENEZUELA.¹

* Dervis Granadillo V, ** Pedro J. Salinas., * Luis Nava D'Jesús., * Isabel Delgado., **Johny Arandía.

(1) Parte de la tesis de grado de especialista en Medicina de Familia del primer autor.

*Médico de Familia. IPAS-ME San Cristóbal. Dirección para correspondencia: Avenida Jesús Soto. N° 122-C. Urbanización Santa Rosa. La Concordia. San Cristóbal. Venezuela.

Resumen

Es un estudio clínico del desarrollo pondero-estatural realizado en 37 niños desde el nacimiento hasta cumplir el año de edad, 20 niños constituyeron el Grupo de Estudio y 17 el Grupo Control, además se correlacionó la alimentación recibida con las normas del Instituto Nacional de Nutrición (I.N.N.). El estudio fue realizado en la Unidad de Medicina Familiar del Ambulatorio «El Llano», Mérida, Venezuela. La evolución del peso y la talla de los niños del Grupo de Estudio fue normal (9.7 Kg. y 74.4 cm respectivamente) según las Tablas del I.N.N. Los niños del Grupo de Estudio tuvieron un porcentaje mayor de alimentación adecuada en todos los rubros, resultando muy altamente significativo estadísticamente ($\sim 2 = 143.1 P < 0.005$). Existe una marcada existencia en ambos grupos a introducir precozmente en la alimentación: frutas, vegetales y leguminosas.

Palabras Claves: Niños nacidos vivos, Grupo Estudio, Grupo Control, tipo de alimentación, desarrollo pondero-estatural, normas de nutrición.

Abstract

TIPE OF FEEDING AND DEVELOPMENT OF WEIGHT AND HEIGHT IN CHILDREN BORN ALIVE IN THE AREA OF AMBULATORIO EL LLANO, MERIDA, VENEZUELA.

The present paper gives results of a clinical study of the feeding type and development of weight and height on 37 children from birth through the first year. Twenty children were the «Study Group». The feeding received was compared with the norms of the National Institute of Nutrition (N.I.N.). The study was carried out at the Family Medicine Unit of Ambulatory El Llano. The evolution of the children weight and height was normal (9.7 kg y 74.4 cm respectively) alter de norms of N.I.N. The children of the «Study Group» had a larger percentage of nourishment adequate in as foods, than the «Control Group». The difference was very highly significant ($\sim 2 = 143.1 P < 0.005$). There was a notable tendency in both groups to introduce precociously, fruits, vegetables and leguminous in the feeding.

Key words: Children, born alive, Study Group, Control Group, feeding type, development of weight and height, norms of nutrition.

INTRODUCCIÓN

La alimentación como factor exógeno que influye en el crecimiento, ocupa sin lugar a dudas un sitio prominente. Los alimentos suministran energía química, vitaminas, sales y agua.

Una alimentación cualitativa o cuantitativamente inadecuada produce de inmediato una alteración del crecimiento ponderal, si persiste a plazo medio, puede

dar lugar a un retraso reversible de la talla, si persiste durante largo tiempo u ocurre en épocas de máximo crecimiento (periodos críticos) puede originar un retraso estatural irreversible.

La leche materna es el alimento básico durante los seis primeros meses de la vida. Proporciona todas las sustancias nutritivas: Proteínas, grasas, hidratos de

carbono, vitaminas y minerales, en cantidades adecuadas para asegurar el perfecto crecimiento y desarrollo del niño.

En este estudio utilizamos como norma la Escalerilla para la Alimentación en el Primer Año de Edad recomendada por el Instituto Nacional de Nutrición (I.N.N.) vigente para la fecha, que recomienda la incorporación progresiva de los tres grupos de alimentos.

En los diferentes países europeos y en América se ha encontrado relación entre ambiente adecuado y desarrollo físico, demostrándose la relación entre entorno social y crecimiento del niño, expresado en el peso y la talla del organismo humano en crecimiento. Se ha determinado que el factor de mayor influencia sobre el crecimiento y desarrollo humano es la alimentación y que son también determinantes al respecto, las condiciones de alojamiento, psico-sociales, económicas, culturales y ambientales de la familia (Méndez y Méndez 1986).

Los objetivos que nos planteamos en nuestro trabajo fueron los siguientes:

1. Evaluar el desarrollo pondero-estatural de los niños del Grupo de Estudio.
2. Correlacionar la alimentación recibida con las normas del I.N.N. en el Primer Año de Vida de los niños en estudio.
3. Comparar los resultados del Grupo de Estudio con el Grupo Control.

2. MATERIAL Y METODO.

Se trata de un estudio clínico en el que se comparan dos grupos: El «Grupo de Estudio» y el «Grupo Control». Se seleccionaron los niños nacidos vivos en el mes de Noviembre de 1986 correspondientes al sector geográfico del Ambulatorio Urbano tipo III «El Llano», Mérida, Venezuela, formando un grupo de 37 niños que representan el 28% del total de nacidos vivos de dicho sector. El estudio se realizó de Noviembre de 1986 a Noviembre de 1987, pero las observaciones directas comenzaron a partir del 13 de Enero de 1987 debido a la realización del estudio socio-económico durante Noviembre-Diciembre. Estos niños se dividieron en dos

grupos mediante la Ficha Social de Salud y la estratificación de Graffar Modificado según el azar estratificado: 1. Grupo de Estudio en el cual se realizaron las siguientes acciones: a. Aplicación de la Ficha Social de Salud. b. Realización de la Historia Clínica de Ambulatorio. c. Control médico mensual hasta el mes de Julio y luego cada dos meses hasta Noviembre de 1987 cuando se evaluó: Control del desarrollo pondero-estatural y psicomotriz, y exploración del tipo de alimentación que estaba recibiendo el niño. c. Reunión mensual hasta Julio con el grupo de madres donde se les dio folletos y charlas de Educación para la Salud (Schuster 1985), donde estaban incluidas Lactancia Materna y Alimentación en el Primer Año de Vida, cada charla fue acompañada de una encuesta que hizo las veces de pre-test y post-test donde se preguntaron cuestiones fundamentales como por ejemplo:

¿Hasta cuándo se le debe dar leche materna al niño?, ¿Qué alimentos debe recibir el niño cumplido el cuarto mes?, etc. Se les tomó la misma encuesta antes y después de la charla. En esta reunión se aprovechaba para repartir el material de estimulación motora (Venezuela 1982) y psicológica (Venezuela 1984) d. Visita domiciliaria (Buitrago 1988, Ham 1983) dirigidas a aquellas madres que no acudieron a la charla y/o no llevaron el niño al control. En estas visitas se les daba la charla a la cual habían faltado y se estimulaban para el control del niño sano y la proporción adecuada de alimentos según la Escalerilla para la Alimentación en el Primer Año de Edad recomendada por el I.N.N. 2. Grupo Control al cual se le registraron las siguientes acciones: a. Aplicación de la Ficha Social de Salud. b. Se investigó retrospectivamente acerca del tipo de alimentación que el niño había recibido. c. Evaluación del desarrollo pondero-estatal al año de edad. Se compararon las observaciones realizadas durante el estudio y se hicieron los análisis respectivos.

3. RESULTADOS.

En la tabla 1 apreciamos que tanto en los niños del Grupo de Estudio como en los del Grupo Control, el mayor porcentaje pertenece al estrato social IV (45.0% y 41.2% respectivamente), seguidos del estrato social III (35.0% y 29.4% respectivamente). Existe un bajo porcentaje de pobreza extrema (v), 10.0% en el Grupo de Estudio y 11.8% en el Grupo Control.

En la tabla 2 observamos que hay un promedio del peso promedio de las niñas con referencia a los de los varones.

El 68% de los niños masculinos del Grupo Estudio tienen un peso al nacer entre 2773 y 3477 g con un promedio de 3125 g y el 68% de los niños masculinos del Grupo Control tienen un peso al nacer entre 2834 y 3242 g con un promedio de 3038 g. El 68% de los niños de sexo femenino del Grupo de Estudio tienen un peso al nacer entre 2974 y 3566 g con un promedio de 3270 g y el 68% de los niños de sexo femenino del Grupo Control tiene un peso al nacer entre 2681 y 3477 g con un promedio de 3079 g.

Tabla 1 Estratificación social según Grupo de Estudio y Grupo Control Número y porcentaje.

Estratos Sociales	Grupo de Estudio		Grupo Control		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
I– II	2	10.0	3	17.6	5	13.5
III	7	35.0	5	29.4	12	32.4
IV	9	45.0	7	41.2	16	43.3
V	2	10.0	2	11.8	4	10.8
Total	20	100.0	17	100.0	37	100.0

Fuente: Ficha Social de Salud, Ambulatorio “El Llano”.1986

Tabla 2 Peso Promedio al nacer por sexo y Desviación Estándar según Grupo de Estudio y Grupo Control.

Sexo	Grupo de Estudio		Grupo Control		Total	
	Peso (g)	De (g)	Peso (g)	De (g)	Peso (g)	De (g)
MASC.	3125	352	3038	204	3086	291
FEM.	3270	296	3079	398	3180	350
Total	3190	328	3057	301	3129	319

Fuente: Historia Clínica, Ambulatorio “El Llano”.1987.
DE: Desviación Estándar

De la tabla 3 inferimos que el 68% de los niños masculinos del Grupo de estudio tienen una talla al nacer entre 47.3 y 50.3 cm con un promedio de 48.9 cm y el mismo porcentaje de los niños masculinos del Grupo Control tuvo una talla al nacer entre 45.8 y 48.8 cm con un promedio de 47.3 cm. El 68% de los niños de sexo femenino del grupo de Estudio tuvo una talla al nacer

entre 47.7 y 50.1 cm y ese mismo porcentaje de los niños de sexo femenino del Grupo Control tuvieron una talla al nacer entre 47.6 y 50.0 cm con un promedio de 48.8 cm.

Tabla 3 Talla Promedio al nacer por sexo y Desviación Estándar según Grupo de Estudio y Grupo Control.

Sexo	Grupo de Estudio		Grupo Control		Total	
	Talla(cm)	De(cm)	Talla(cm)	De(cm)	T	De
MASC.	48.9	1.6	47.3	1.5	48.9	1.3
FEM.	48.9	1.2	48.8	1.2	48.2	1.7
Total	48.9	1.4	48.0	1.4	48.5	1.6

Fuente: Ídem

En la tabla 4 observamos que el mayor porcentaje (85%) de niños de Grupo de Estudio recibieron en su primer mes de vida leche materna combinada con leche artificial exclusivamente. En los niños del Grupo Control el mayor porcentaje (58.8%) recibió lactancia materna exclusivamente seguido de un 35.3% que recibió alimentación mixta y un 5.9% alimentación artificial exclusivamente.

Tabla 4 Tipo de alimentación en el primer mes de vida según Grupo de Estudio y Grupo Control. Número y Porcentaje

Tipo de Alimenta.	Grupo de Estudio		Grupo Control		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Mixta	17	85.0	6	35.3	23	62.2
Materna	3	15.0	10	58.8	13	35.1
Artificial	--	--	1	5.9	1	2.7
Total	20	100.0	17	100.0	37	100.0

Fuente: Ídem

En la tabla 5 entendemos como duración de la lactancia adecuada aquellos niños que recibieron leche materna hasta los seis meses. Apreciamos que el 30.0% y el 47.1% de los niños del Grupo de Estudio y Control respectivamente tuvieron una duración de la lactancia adecuada lo cual es significativo estadísticamente ($X^2 = 1.1 P > 0.20$).

Tabla 5 Duración de la lactancia según adecuada e inadecuada por Grupo de Estudio y Grupo Control. Número y Porcentaje

Duración	Grupo de Estudio		Grupo Control	
	Nº	%	Nº	%
Adecuada	6	30.0	8	47.1
Inadecuada				
Total	20	100.0	17	100.0

Fuente: Ídem

En la tabla 6 deducimos que tanto los niños del Grupo de Estudio como los del Grupo Control el mayor porcentaje según las madres dejaron de mamar porque no quisieron más 30.0% y 35.3% respectivamente, seguidos por hipogalactia con un 20.0% y 23.5% respectivamente. Otras causas de destete fueron los anticonceptivos orales (10.0%), mordedura (5.0%) y abandono de la madre (5.0%) en el Grupo de Estudio. El 5.9% de los niños del Grupo Control dejó de mamar porque la madre estaba recibiendo antibiótico. En el 15.0% del Grupo de Estudio y en el 5.9% del Grupo Control las madres no le dieron más de mamar porque tenían más de seis meses mamando.

Tabla 6 Causas del Destete según Grupo de Estudio y Grupo Control. Número y Porcentaje

Causa	Grupo de Estudio		Grupo Control	
	Nº	%	Nº	%
El niño no quiso más	6	30.0	6	35.3
Hipogalactia	4	20.0	4	23.5
Anticonceptivos orales	2	10.0	-	-
Mordedura	1	5.0	-	-
Estar recibiendo Antibiótico	-	-	1	5.9
Abandono de la Madre	1	5.0	-	-
Tiempo suficiente	3	7.3	1	5.9
Sin destetar	1	5.0	2	11.8
Sin información	2	10.0	3	17.6
Total	20	100.0	17	100.0

Fuente: Ídem

En las tablas 7 y 8 consideramos alimentación adecuada si fue recibida en la edad recomendada por el I.N.N. Los del Grupo de Estudio tienen un porcentaje mayor de alimentación adecuada en todos los rubros, los cuales al aplicarles la prueba de significancia de Chi

Cuadrado resultaron muy altamente significativo estadísticamente ($X^2 = 143.1$ $P < 0.005$)

Tabla 7 Tipo de alimentación según adecuada e inadecuada de los niños de las madres del Grupo de Estudio. Número y porcentaje

Alimentación	Adecuada		Inadecuada	
	Nº	%	Nº	%
Grupo I				
Carnes, Visceras	12	60.0	8	40.0
Yema de Huevo	11	55.0	9	45.0
Derivados de la leche	17	85.0	3	15.0
Grupo II				
Frutas	10	50.0	10	50.0
Vegetales	13	65.0	7	35.0
Grupo III				
Leguminosas	10	50.0	10	50.0
Grupos I+II+III	12	60.0	8	40.0
Total	12	60.0	8	40.0

Fuente: Ídem

Tabla 8 Tipo de alimentación según adecuada e inadecuada de los niños de las madres del Grupo Control. Número y porcentaje

Alimentación	Adecuada		Inadecuada	
	Nº	%	Nº	%
Grupo I				
Carnes, Visceras	3	17.6	14	82.4
Yema de Huevo	3	17.6	14	82.4
Derivados de la leche	5	29.1	12	70.6
Grupo II				
Frutas	7	41.2	10	58.8
Vegetales	6	35.3	11	64.7
Grupo III				
Leguminosas	4	23.5	13	76.5
Grupos I+II+III	4	23.5	13	76.5
Total	4	23.5	13	76.5

Fuente: Ídem

En la tabla 9 vemos como la evolución del peso de los niños del Grupo de Estudio es normal según la Tabla de Crecimiento y Desarrollo del niño venezolano por Barrera Moncada y Méndez Castellano y según las Tablas del I.N.N.

En la tabla 10 observamos que la evolución de la talla de los niños del Grupo de Estudio fue normal según las tablas mencionadas en la tabla anterior.

En relación con los índices peso /edad y peso /talla no hubo diferencias significativas estadísticamente entre los niños del Grupo de Estudio y los niños del Grupo Control ($X^2=0.04$ P >0.50, $X^2=0.57$ P >0.50, $X^2=0.57$ P > 0.50, respectivamente).

Tabla 9 Evolución del Peso según edad y sexo por Grupo de Estudio.

Edad (meses)	Femenino X	DE kg	Masculino X	DE kg	Total X	DE kg
2.	5.2	0.4	5.6	0.4	5.4	0.4
4	6.8	0.8	6.9	0.4	6.9	0.6
6	7.5	0.9	7.7	0.5	7.6	0.7
8	8.2	1.1	8.4	0.5	8.3	0.8
10	9.1	1.1	9.2	0.6	9.2	0.9
12	9.7	1.1	9.7	0.6	9.7	0.9

Fuente: Ídem X: Promedio

Tabla 10 Evolución de la Talla según edad y sexo por Grupo de Estudio.

Edad (meses)	Femenino X	DE cm	Masculino X	DE cm	Total X	DE cm
2.	57.5	2.6	57.8	1.5	58.0	1.8
4	63.1	2.1	63.9	1.6	63.6	1.9
6	65.7	1.6	67.3	1.4	67.0	1.7
8	68.7	2.2	70.2	1.3	69.5	1.9
10	71.5	2.0	73.1	0.9	72.2	1.8
12	73.8	2.0	74.9	1.6	74.4	1.8

Fuente: Ídem X: Promedio

En las Tablas 11 y 12 podemos apreciar que disminuye tanto el peso como la talla en los niños del Grupo de Estudio así como en los del Grupo Control, a medida que van desmejorando las condiciones socio-económicas.

Tabla 11 Peso promedio al año de edad según estratos socio-económicos por Grupo de Estudio y Grupo Control.

Grupo	I-II-III	DE kg	IV	DE kg	V	DE kg	Total	DE kg
Estudio	10.1	0.8	9.7	1.0	9.0	0.0	9.7	0.9
Control	10.3	1.3	9.5	0.8	9.1	0.0	9.9	1.-

Fuente: Ídem

Tabla 12 Talla promedio al año de edad según estratos Socio-económicos por Grupo de Estudio y Control. Desviación Standard.

Grupo	I-II-III	DE cm	IV	DE cm	V	DE cm	Total	DE cm
Estudio	74.8	1.7	74.4	1.9	73.0	2.8	74.4	1.9
Control	74.7	1.9	73.5	1.9	71.3	1.8	73.8	2.1

Fuente: Ídem

4. DISCUSIÓN.

El tratamiento clasificatorio socio-económico de las familias en estudio, es importante para el tratamiento de la información relacionada con el niño, por cuanto constituye la base social para la interpretación de los resultados sobre crecimiento y desarrollo de los niños en estudio (Méndez y Méndez 1986).

En el presente trabajo el peso y talla promedio al nacer de los niños en estudio fue similar al de los niños estudiados por Berroterán y col. (1981), pero difiere un poco con los obtenidos por Núñez citado por Barrera, (1985) y los del Proyecto Venezuela, Edo. Zulia (Venezuela 1985). Nuestros resultados en cuanto a la alimentación en el primer mes de vida y la alimentación mixta, son similares a los encontrados por el Proyecto Venezuela, Edo Zulia en 1985 de un 71%, pero difieren en relación con la alimentación artificial 26% y la lactancia materna y a los estudios de Bondi y col. (1985) quienes consiguieron que al mes de vida, el 57% de los niños de bajo peso al nacer estaban recibiendo relleno (mixta), mientras que el 80% de los niños de más de 2500 g continuaban con pecho exclusivo. En cuanto a la duración de la lactancia adecuada, mientras los resultados del Grupo de Estudio son similares a los del estudio de González y col. (1985) de un 34.8%, los del Grupo Control son similares a los de Acevedo y col. (1985) de un 50.4%. Los niños del Grupo de Estudio tienen un porcentaje mayor de alimentación adecuada en todos los rubros, los cuales resultaron muy altamente significativos estadísticamente ($X^2= 143.1$ P < 0.005). Esto demuestra la influencia del Programa de Educación para la Salud y al seguimiento en cada control sobre la alimentación en su Primer Año de Vida, haciendo las recomendaciones dietéticas pertinentes.

La evolución del peso y la talla de los niños del

Grupo de Estudio fue normal (9.7 kg y 74.4 cm respectivamente) según la Tabla de Crecimiento y Desarrollo del niño Venezolano de los Dres. Barrera Moncada y Méndez Castellano (1981) y según las Tablas del I.N.N. En relación con talla / edad, peso /edad y peso /talla no hubo resultados significativos estadísticamente entre los niños del Grupo de Estudio y los del Grupo Control. Esto nos hace pensar que el control de salud recibido por los niños del Grupo Control puede ser considerado satisfactorio. Los resultados son similares a los Estudios de Muñoz y col. (13). A medida que van desmejorando las condiciones socio-económicas van disminuyendo el peso y la talla promedio tanto en los niños del Grupo de estudio como en los del Grupo Control. Esto ha sido demostrado en diferentes países europeos donde se ha encontrado relación entre ambiente adecuado y desarrollo físico (Méndez y Méndez 1986). Se ha venido demostrando también en América la relación entre entorno social y crecimiento del niño, expresado en el peso y talla del organismo humano en crecimiento y se ha llegado a la irrefutable conclusión de que a una mejor situación socio-económica y cultural, corresponde un crecimiento sin interrupciones anormales hasta alcanzar una talla media correspondiente a su potencial genético (Méndez y Méndez 1986). Igualmente se ha venido observando que el factor de mayor influencia sobre el crecimiento y desarrollo humano es la alimentación y que también son determinantes al respecto, las condiciones de alojamiento, psico-sociales, económicas, culturales y ambientales de la familia (Méndez y Col 1986).

5. CONCLUSIONES.

- 1.- El 54.1% de las familias estudiadas ocupan una posición de pobreza relativa y «pobreza crítica», pertenecen a los estratos IV y V el 32.4% está en una posición intermedia (estrato III) y el 13.5% está en una posición privilegiada, pertenecen a los estratos I-II.
- 2.- Los niños de estudio tuvieron un peso promedio al nacer de 3129 g y una talla promedio de 48.5 cm.
- 3.- Un alto porcentaje de niños (62.2%) reciben en su primer mes de vida lactancia mixta, seguidos de un 35.1% con lactancia materna y un 2.7% lactancia artificial.

4.- Las principales causas de destete fueron: «El niño no quiso más», hipogalactia, anticonceptivos orales y antibióticos.

5.- El 30.0% de los niños del Grupo de Estudio y un 47.1% de los del Grupo Control tuvieron una duración de la lactancia adecuada (6 meses), lo cual no fue estadísticamente significativo.

6.- Existe una marcada tendencia tanto en las madres de los niños del Grupo de Estudio como las del Grupo Control, a introducir precozmente en la alimentación, frutas, vegetales y leguminosas.

7.- Cualquier Programa de Educación para la Salud para la Mimentación adecuada en el Primer Año de Vida debe comenzar en el Grupo de Prenatales (Marín, 1989).

8.- Los niños del Grupo de Estudio tuvieron un porcentaje mayor de alimentación adecuada en todos los rubros, resultando muy altamente significativo estadísticamente ($\sim 2=143.1$ $P < 0.005$) en relación con los niños del Grupo Control.

9.- El desarrollo pondo-estatural de los niños del Grupo de Estudio fue normal.

10. En relación con peso /edad, talla /edad y peso /talla no hubo diferencias significativas estadísticamente entre los dos grupos.

BIBLIOGRAFÍA

- Méndez H. Méndez de M. 1986 Estratificación Social y Biología Humana. Arch Venez Puer Ped; 49: 93-104.
- Schuster A. 1985 La Educación en Salud. Base para el Desarrollo Integral del Niño. Bol of Sanit Panam 98:513-524.
- Venezuela. 1982 Fundación Neumann. Ayúdalo en su Primer Año de Vida. «Conozca los movimientos de su hijo». Caracas. 112p.
- Venezuela. 1984 Fundación Neumann. Ayúdalo en su Primer Año de Vida. Manual de Estimulación Temprana. Caracas. 111 p.

Buitrago F. Ponzuelos G. 1988 Visitas domiciliarias durante 1987 en un centro de salud urbano. Atención Primaria; 5: 371-377.

Ham R. 1986 Getting the Most Out of a Home Visit. Can Fam Physician 1986; 32: 2677-2682.

Berroterán O, Bello A, Salas De L, Finol De R. 1981 Seguimiento de niños egresados de la Sección de Observación Pediátrica de la Maternidad Concepción Palacios. Rev de Obst y Gin de Venezuela; 41: 237-242.

Barrera G: 1981 Crecimiento y desarrollo psicológico del Niño Venezolano, Iera ed Caracas: Psicopediátricas: 37-51

Venezuela. 1985 FUNDACREDESA-CORPOZULIA. Proyecto Venezuela. Edo. Zulia. Caracas.
Bondi P. Olivari F. López I. Vignau J. Sepúlveda H. 1985 Crecimiento Físico y Morbilidad en el Primer Año

de Vida según Peso de Nacimiento. Rev chil ped 56: 352-357.

González, J., Bravo, I., & Rivera, R. 1985 Lactancia Natural y Nivel de Salud. Bol Of Sanit Panam 98:548-556.

De Acevedo, A., Barbieri, M., Santoro, I. 1985 Influencia Da Duracao do Aleitamento Materno na Morbidades de Lactentes. Bol Of Sanit Panam 99: 594-601.

Muñoz L. Repossi A, Marín F, Reckmann A, Molina C, Raggi L. et al. 1985 Estimulación Sensorial Programada en Lactantes de Bajo Nivel Socio-Económico. Rev Chil Pediatr 54:117-123.

Marín, B. 1988, Promoción de la Lactancia Materna mediante una acción Educativa dirigida a Mujeres Embarazadas. Bol Of Sanit Pana, 104:14-22.

¡SUBSCRIBASE YA A MedULA!

Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes

volumen 1 (4 números)
Suscripción personal Bs. 900,
Suscripción institucional Bs. 1 .200

Volumen 2 (4 números)
Suscripción personal Bs. 1 .200,
Suscripción institucional Bs. 1 .900

Envíe su cheque bancario a nombre de MedULA, apartado 870, Mérida 5101