

PW-ABK-868

EDUCACION EN LACTANCIA

PARA LOS
PROFESIONALES
DE LA SALUD

Editors

ROSALIA RODRIGUEZ-GARCIA
LOIS A. SCHAEFER
JOAO YUNES

ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

PN-ABK-868
ISA 76128

**Educación en Lactancia
para los
Profesionales de la Salud**

**Editores:
Rosalia Rodríguez-García
Lois A. Schaefer
Joao Yunes**

1990

Universidad de Georgetown

**Agencia para el Desarrollo Internacional
de los Estados Unidos**

**Organización Panamericana de la Salud
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud**

Washington, D.C., EUA.

REFERENCIA

Rodríguez-García, R., Schaefer, L. A., & Yunes, J., editores, (1990). Educación en lactancia para los profesionales de salud. Washington, DC. Organización Panamericana de la Salud.

Esta publicación también está disponible en inglés: Lactation Education for Health Professionals (1990). Washington, DC, Pan American Health Organization. Para solicitar ejemplares dirijase a:

Pan American Health Organization
Programa de Salud Maternoinfantil
525, 23rd Street, N.W.
Washington, DC., 20037, USA

ó:

Georgetown University, Department of Obstetrics and
Gynecology
Institute for International Studies in Natural Family
Planning
3800 Reservoir Road, N.W.
Washington, DC, 20007, USA

Library of Congress Catalog Card Number: 90-63363
ISBN 92 75 32024 1

Este proyecto fue llevado a cabo con el apoyo del Instituto para Investigaciones Internacionales de Planificación Familiar Natural, Universidad de Georgetown, bajo un Acuerdo de Cooperación con la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID) (DPE-3040-A-00-5064-00) y con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas por los autores no reflejan necesariamente la posición de USAID, de la Universidad de Georgetown, ni de la Organización Panamericana de la Salud.

CONTENIDO

	Página
Reconocimientos	vi
Prólogo	vii
Acerca de los editores y los autores	ix
Introducción. Un enfoque conceptual y práctico al desarrollo curricular <i>R. Rodríguez-García</i>	1
Parte I - Módulo curricular de educación en lactancia materna	
Guía para los profesores	7
Orientación metodológica	14
Unidades Temáticas	17
Currículo	18
Método de la lactancia y la amenorrea: Ejemplo de una unidad de enseñanza	70
Parte II - Instrumentación del módulo	
Guías para la instrumentación del módulo <i>R. Rodríguez-García, M. T. de Vergara y L. A. Schaefer</i>	101
Indicaciones de tipo práctico para efectuar el cambio curricular <i>J. Melsen</i>	109
Parte III - Documentos de apoyo	
A. Antecedentes	
Surge nuevamente interés en la lactancia materna. ¿Por qué ahora? <i>J. Shelton</i>	115

	Página
Promoción de la lactancia materna para la supervivencia infantil y el espaciamento de los nacimientos: Un campo apropiado para la labor y el liderazgo del personal de salud <i>R. Rodríguez-García y L. A. Schaefer</i>	123
Actividades para promover la lactancia materna en las Américas <i>E. N. Suárez Ojeda</i>	157
B. Aspectos técnicos del manejo de la lactancia materna	
Colocación del bebé al pecho durante el amamantamiento: Evaluación y técnicas esenciales de lactancia que el personal de enfermería y los especialistas clínicos en lactancia deben conocer <i>E. Beck Wade</i>	171
La lactancia materna y la fecundidad <i>M. Labbok</i>	187
Destete <i>M. Guert</i>	195
C. Educación de los profesionales de la salud	
El rol de los médicos en la promoción de la lactancia materna <i>J. T. Queenan</i>	205
La lactancia materna en el proceso de educación en enfermería <i>M. Manfredi</i>	209
Educación en lactancia materna para estudiantes de pregrado de enfermería <i>E. Fishbein</i>	215

	Página
Parte IV - Seminario Panamericano sobre Lactancia Materna	
Vista panorámica <i>L. A. Schaefer</i>	221
Lista de participantes	223
Lista de moderadores y panelistas	228

Reconocimientos

El desarrollo del módulo, y los documentos que lo acompañan, son el resultado de un esfuerzo colaborativo. Los editores desean expresar su reconocimiento a los participantes en el Seminario, tanto por el tiempo invertido en la preparación inicial del módulo, como por su cuidadosa revisión de los borradores subsiguientes. Asimismo, los editores agradecen la cooperación de los consultores técnicos externos y de todos aquellos que contribuyeron al Seminario y a esta publicación. Se incluyen entre ellos: en la Universidad de Georgetown, el Dr. John Griffith, la Lic. Vergie Hughes, la Dra. Judith Melson y la Dra. Alma Woolley; en el Instituto, la Dra. Victoria Jennings, la Dra. Miriam Labbok, la Lic. Ronnie Lovich, la Dra. Gloria Mejía, el Dr. John Queenan y la Lic. Karen Wade; en la CPS, la Lic. Carol Collado, la Lic. Nelly Farfan, la Lic. Maricel Manfredi, el Dr. Miguel Gueri, el Dr. Antonio Solís y el Dr. Elbio Néstor Suárez Ojeda; en USAID, la Lic. Carol Dabbs y el Dr. James Shelton; en Wellstart, la Dra. Audrey Naylor y la Lic. Ruth Wester; en IBFAN Africa, Nairobi, Kenya, la Lic. Helen Armstrong; en el Hospital de Siriraj, Bangkok, Tailandia, el Dr. Wirapong Chatronon; en la OMS, Copenhague, Dinamarca, la Dra. Elisabet Helsing; y en el Karolinska Institutet, Estocolmo, Suecia, la Lic. Berit Ransjö-Arvidson. Se extiende un agradecimiento especial al Dr. Antonio Solís, de la OPS, porque sin su constante apoyo y colaboración esta publicación no hubiera sido posible. Los editores agradecen también el apoyo secretarial de la Sra. Magaly Peñuela y la Srta. Kristina Stenberg.

Prólogo

Esta publicación es el resultado de tres importantes actividades: el Seminario Panamericano sobre Lactancia Materna para Facultades de Enfermería realizado del 26 al 30 de junio de 1989 en la Facultad de Medicina de la Universidad de Georgetown en Washington, DC; el desarrollo y estudio de un módulo de educación en lactancia materna dirigido a los profesionales de la salud, que tuvo lugar durante los meses de julio y agosto de 1989; y la revisión técnica del módulo curricular por un grupo de expertos internacionales.

El Seminario reunió a líderes de enfermería, quienes en colaboración con médicos, nutricionistas y docentes de América Latina y de los Estados Unidos, discutieron la importancia de la lactancia materna para la supervivencia infantil y el espaciamiento de los nacimientos. Este grupo inició el desarrollo de un módulo curricular básico de lactancia materna para los profesionales de la salud.

Puesto que el objetivo era desarrollar un currículo que pudiera ser ampliado para enseñar a profesionales de la salud con un alto nivel de educación, y al mismo tiempo ser adaptado para adiestrar a trabajadores de servicios de salud con menos educación profesional, se diseñó el currículo para una audiencia de nivel medio: el estudiante de programas de enfermería de pregrado. Esta decisión refleja también el compromiso del personal de enfermería, medicina y nutrición de América Latina que participó en el Seminario, a promover la lactancia materna en sus países, y a llevar a la práctica la educación en lactancia en sus escuelas y/o clínicas.

Los consultores técnicos se eligieron en base a su experiencia en metodología de la enseñanza, en la investigación sobre la lactancia materna, y en la provisión o administración de servicios en este campo. En este grupo de consultores se incluyeron: docentes, especialistas en lactancia, enfermeras, nutricionistas y médicos.

Esta publicación incluye un módulo de enseñanza en lactancia y una serie de artículos científicos y de apoyo. El módulo incluye un currículo y una guía para el profesor. El currículo contiene los temas principales de educación en lactancia materna. Un aspecto único de este módulo es que

incluye una unidad de enseñanza sobre el Método de la Lactancia y la Amenorrea (MELA) ("LAM" en la sigla inglesa) para espaciar los nacimientos. Esta unidad se ajusta al formato del módulo, el cual ha sido diseñado de manera que permita la fácil identificación de objetivos, metodologías y preguntas evaluativas sobre cada tema. Además, se incluyen como referencia artículos clave y guías educacionales para instrumentar el currículo y facilitar el uso del módulo de educación en lactancia para los profesionales de la salud.

El Seminario fue un éxito gracias a la colaboración y contribución de líderes de la enfermería provenientes de 11 países sudamericanos y centroamericanos. El seminario fue patrocinado por el Instituto para Investigaciones Internacionales de Planificación Familiar Natural, Universidad de Georgetown, Departamento de Obstetricia y Ginecología, con fondos proporcionados por la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID), y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El seminario fue organizado por la División de Educación y Comunicación del Instituto, y los Programas de Salud Maternoinfantil y de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud de la OPS. La publicación de este volumen ha sido posible gracias a la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud. Expresamos a todos nuestro sincero reconocimiento.

R. Rodríguez-García
L. Schaefer
J. Yunes
Editores

Acerca de los editores y los autores

Editores:

Rosalía Rodríguez-García es Profesora Adjunta en la Universidad de Georgetown, y Directora de Educación y Comunicación del Instituto para Investigaciones Internacionales de Planificación Familiar Natural. Su trabajo se ha desarrollado en el campo de salud y población internacional desde 1972., particularmente en las áreas de investigaciones, educación y servicios de salud materno-infantil. Ha sido consultora de la OMS, el FNUAP, UNESCO, USAID y otras organizaciones internacionales y nacionales. Sus investigaciones y publicaciones se han centrado en problemas del comportamiento, así como en el manejo, educación y evaluación de servicios de salud materno-infantil y de programas de educación en ese campo. R. Rodríguez es también miembro de la Facultad de Medicina y de Ciencias de la Atención de la Salud de la Universidad de George Washington.

Lois A. Schaefer es Asociada de la División de Educación y Comunicación del Instituto para Investigaciones Internacionales de Planificación Familiar Natural de la Universidad de Georgetown. Ha participado activamente en el campo de la salud internacional en América Latina durante los últimos 10 años. Su labor se ha centrado en salud materno-infantil, con experiencia en la administración de programas de servicios de salud, de programas de salud escolar y de adiestramiento de profesionales de la salud. Es enfermera diplomada y ha obtenido una Maestría en Salud Pública (MPH) en la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad de Johns Hopkins.

Joao Yunes es el Coordinador del Programa de Salud Materno-infantil de la Organización Panamericana de la Salud y Profesor de Epidemiología de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de San Pablo. El Dr. Yunes se especializó en pediatría en el Brasil, su país de origen, y obtuvo subsecuentemente una Maestría en Salud Pública en la Universidad de Michigan y un Doctorado en Pediatría Social en la Facultad de Medicina de la Universidad de San Pablo en Brasil. Antes de asumir sus presentes funciones en la OPS, fue secretario de Salud del Estado de San Pablo, Brasil, y Representante de la OPS/OMS en Cuba.

Autores:

Eileen Fishbein es Profesora Adjunta en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Georgetown donde coordina el curso de pregrado de salud maternoinfantil y enseña un curso sobre salud de la mujer para estudiantes que no siguen la carrera de enfermería. Antes de incorporarse a la Universidad de Georgetown hace cinco años fue miembro del personal docente de la Universidad de Maryland y de la Universidad Católica en Washington, DC. La Dra. Fishbein recibió un Doctorado en Ciencias de la Enfermería en la Universidad Católica.

Miguel Gueri es nacional de España. Recibió su Licenciatura en Medicina y Cirugía y su Doctorado en Medicina en la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada, España. Obtuvo su Maestría en Salud Pública en la Escuela de Salud Pública y Medicina Tropical de la Universidad de Tulane. Ha trabajado en Salud Pública y Nutrición con la Universidad de las Indias Occidentales en Kingston, Jamaica, y con el Ministerio de Salud de Jamaica. Desde 1974 es funcionario de la Organización Panamericana de la Salud habiendo estado destacado en el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe, y como Asesor Subregional con sede en Lima, Perú. Desde 1987 es Asesor Regional en Nutrición, con sede en Washington, DC. El Dr. Gueri ha publicado varios artículos sobre lactancia, antropometría y nutrición materna.

Miriam Labbok es Profesora Adjunta en la Universidad de Georgetown y Directora de Lactancia Materna y Salud Maternoinfantil en el Instituto para Investigaciones Internacionales de Planificación Familiar Natural. La Dra. Labbok recibió un Doctorado en Medicina y una Maestría en Salud Pública en la Universidad de Tulane. Enseñó previamente en la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad de Johns Hopkins y trabajó en la División de Investigaciones de la Oficina de Población de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos. Su interés en la investigación está enfocado en estudios epidemiológicos como base de políticas médicas en el área de salud reproductiva y de la niñez. La Dra. Labbok ha sido consultora de muchos organismos nacionales e internacionales.

Ronnie Lovich es consultora del Instituto para Investigaciones Internacionales de Planificación Familiar Natural. Tiene dos Maestrías de la Universidad de Columbia--una en Ciencias de Enfermería y otra en Salud Pública--y practica como enfermera especializada en la salud del adulto. La Lic. Lovich ha trabajado en atención de salud de la mujer por nueve años en diferentes programas internacionales y de los EUA.

Maricel Manfredi es la Asesora Regional de Educación en Enfermería en el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud de la Organización Panamericana de la Salud. Ha trabajado en la OPS desde 1976, sirviendo en varios países latinoamericanos incluyendo su país de origen, Colombia, y en la Sede de la Organización en Washington, DC, desde 1981.

Judith Melson fue Directora del Programa de Posgrado de Enfermería y Obstetricia de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Georgetown desde 1980 hasta mayo de 1990. Con anterioridad, enseñó enfermería y obstetricia en la Universidad de Georgetown y participó activamente en el desarrollo del programa de posgrado. En 1985 inició la práctica de enfermería y obstetricia en el Hospital de la Universidad de Georgetown, para pacientes de atención pública y privada. Actualmente está asociada con la Escuela de Enfermería de la Universidad de Alabama en Birmingham, en donde está estableciendo un programa de posgrado en enfermería y obstetricia.

John T. Queenan es Profesor y Director del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Escuela de Medicina de la Universidad de Georgetown, Jefe de Obstetricia y Ginecología del Hospital de la Universidad de Georgetown e investigador principal del Instituto para Investigaciones Internacionales de Planificación Familiar Natural. Cuenta con un certificado en Medicina Materno-fetal. Antes de incorporarse a la facultad de la Universidad de Georgetown en 1980, el Dr. Queenan fue Director del Departamento de Obstetricia y Ginecología en la Escuela de Medicina de la Universidad de Louisville. Con anterioridad, fue Profesor en la Escuela de Medicina de la Universidad de Cornell, en donde había realizado sus estudios de posgrado y su residencia en obstetricia y ginecología. El Dr. Queenan fundó la revista Contemporary OB/GYN hace 17 años y continúa desempeñándose como editor en jefe. A pesar de sus muchas

obligaciones administrativas, el Dr. Queenan se mantiene activo en la atención a los pacientes, enseñanza y en diferentes organizaciones médicas, incluyendo la Asociación Americana de Obstetras y Ginecólogos (*American College of Obstetricians and Gynecologists*). Ha publicado más de 175 artículos en revistas científicas, así como varios libros basados en sus propias investigaciones, incluyendo *Management of High Risk Pregnancies* y *Protocols on High-Risk Pregnancies* (con John Hobbins como coeditor).

James Shelton es Jefe de la División de Investigaciones de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos, donde ha trabajado durante los últimos 13 años. El Dr. Shelton es médico con especialización y experiencia en medicina preventiva y epidemiología, lo cual incluye tres años en el servicio de inteligencia epidemiológica de los Centros para el Control de Enfermedades de los E.U.A. El es particularmente activo en los campos de la lactancia materna, el desarrollo de anticonceptivos y la planificación familiar.

María Teresa de Vergara es Decana de la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Ha enseñado en la Universidad por 18 años, y anteriormente trabajó en los servicios de enfermería en el Hospital San Ignacio de la Universidad. Su especialidad es en la educación formal e informal en enfermería y tiene una maestría en educación en enfermería y en filosofía. Actualmente, la Sra. de Vergara enseña educación para la salud en la Escuela de Enfermería además de sus responsabilidades administrativas.

Karen Beck Wade ha trabajado en el campo de la lactancia desde 1980. Además de su formación académica en ciencias de la salud en enfermería y en psicología, es también una Consultora Certificada en Lactancia Materna. Durante cinco años ejerció en práctica privada ayudando a las madres y sus bebés a resolver problemas del amamantamiento. Actualmente es Instructora Adjunta del Instituto para Investigaciones Internacionales de Planificación Familiar Natural en el Consejo Regional de Planificación Familiar de Los Angeles. La Lic. Wade es asimismo miembro del personal docente de la Universidad de California (UCLA) en Los Angeles, dentro del Programa de Adiestramiento sobre Consultoría en Lactancia.

Elbio Néstor Suárez Ojeda es un pediatra en el Programa de Salud Maternoinfantil de la OPS. Después de graduarse como médico y recibir una Maestría en Salud Pública en la Universidad de Buenos Aires, Argentina, realizó estudios de posgrado en salud maternoinfantil en la Universidad de Chile y en epidemiología en Glasgow, Escocia. Fue Secretario de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires y profesor en la Universidad de Buenos Aires antes de comenzar a trabajar en la OPS en 1972. Después de servir con la OPS en Chile y en el Brasil, fue transferido a la Sede de la OPS en Washington, DC, donde se ha especializado en el crecimiento y desarrollo del niño.

Introducción: Un enfoque conceptual y práctico al desarrollo curricular

Rosalía Rodríguez-García

Los avances tecnológicos y científicos, y unos usuarios de servicios de salud cada vez mejor informados, requieren la preparación continua de los proveedores de servicios de salud a tres niveles: profesional, técnico y paraprofesional. Al mismo tiempo, las investigaciones y programas científicos y educacionales contribuyen al desarrollo de conocimientos que sirven de base para la selección del contenido básico en la enseñanza de temas específicos de salud dirigidos a los responsables de prestación de servicios.

Desde el punto de vista conceptual, un currículo modular está diseñado para guiar a los docentes respecto a la metodología de enseñanza, los recursos y los criterios de evaluación más apropiados para cada tema de las áreas centrales sugeridas. Un módulo debe proporcionar también los antecedentes e información técnica más importantes. El currículo y los materiales forman un módulo que puede ser utilizado independientemente, o cuyas partes pueden ser integradas o usadas como complemento a otros currículos.

Para aumentar su adaptabilidad, dicho módulo curricular debe estar dirigido al personal de salud de nivel medio, tal como los estudiantes de enfermería. De esta manera, dependiendo del nivel del estudiante prospectivo, los docentes pueden determinar la profundidad y el detalle apropiados para la enseñanza de cada área. Lo mismo sería aplicable al tiempo requerido para la práctica clínica.

Un módulo curricular es diseñado por aquellos que, además de dominar la materia, poseen los conocimientos teóricos y clínicos y la experiencia empírica para el desarrollo de la educación y el adiestramiento. Por lo tanto, el currículo sobre lactancia materna para la capacitación de profesionales de la salud que aquí se presenta, ha sido concebido como un módulo autodidáctico y fácilmente adaptable. El módulo ha sido diseñado por expertos en el campo de la investigación, educación y manejo de la lactancia materna, especialistas en la capacitación de recursos

humanos, y profesionales comprometidos al uso y perfeccionamiento del módulo.

El objetivo de este módulo curricular es proporcionar información consistente, clara, precisa y actualizada sobre la fisiología de la lactancia materna. Refleja los últimos resultados de las investigaciones biomédicas y sobre el comportamiento, así como las técnicas perfeccionadas del "arte de amamantar" para el espaciamiento de los nacimientos y la supervivencia infantil. El módulo enfatiza el aprendizaje cognitivo y práctico necesario para iniciar, supervisar y apoyar las prácticas apropiadas para la lactancia tanto al nivel clínico como al de la comunidad.

El currículo contiene los temas principales y la información metodológica básica requerida para la enseñanza de la lactancia materna. El diseño del módulo permite su aplicación tanto a nivel de pregrado como de posgrado en las escuelas de enfermería y medicina; también en programas de posgrado para docentes de enfermería y medicina, nutricionistas y otros profesionales de la salud, así como en la educación continua de enfermeras, médicos y otro personal de salud que trabaja en las salas de maternidad, clínicas prenatales, la comunidad y otras áreas de los servicios de salud. Cuando el módulo se utiliza en la enseñanza de profesionales de la salud, sería necesario desarrollar en forma más completa el contenido básico de los diferentes temas, para incluir los detalles apropiados al nivel de la audiencia. Por ejemplo, en la enseñanza de trabajadores de salud comunitarios, la anatomía y la fisiología de la reproducción podrían ser abordadas superficialmente, haciendo hincapié en los tópicos de promoción y técnicas de la educación sobre la lactancia materna.

El desarrollo de normas educacionales como éstas implica diversas etapas, de las cuales el desarrollo del diseño estructural y el contenido básico del módulo es sólo la primera. La segunda etapa requiere la instrumentación y evaluación del módulo en escuelas profesionales, hospitales y centros comunitarios. De esta manera, se puede ajustar el módulo curricular en base a los resultados de estas experiencias. La tercera etapa está dirigida a la integración del módulo en los currículos de los profesionales de la salud y/o su adaptación en programas especializados o de educación continua.

Durante todo este proceso de desarrollo, evaluación e integración, hay acciones importantes que pueden conducir no sólo al éxito de la educación en lactancia materna, sino también a sostener los esfuerzos de promoción de esa práctica. Estas intervenciones incluyen:

1. Integración oficial y adaptación del módulo

El reconocimiento por las autoridades universitarias de la importancia de la educación en lactancia se reflejaría en la inclusión oficial del módulo curricular en los programas de estudios de pregrado o de posgrado para enfermeras, nutricionistas y médicos.

2. Reconocimiento profesional

El compromiso por parte de los líderes de las profesiones de la salud, al concepto que el personal de enfermería, medicina y otros proveedores de servicios deben poseer los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para apoyar la lactancia materna, sería demostrado mediante:

- La inclusión de preguntas sobre la lactancia en los exámenes de graduación y licenciatura en escuelas de enfermería, nutrición y medicina. Esto es crucial para asegurar que la educación en lactancia materna sea reconocida como parte integral de los estudios de enfermería y medicina.
- La publicación por personal de enfermería, medicina y otros profesionales de la salud, de investigaciones en el campo de la lactancia materna. Esto serviría para educar y motivar a sus colegas, así como para desarrollar conocimientos científicos que sirvan de base a las intervenciones relacionadas con la lactancia materna.
- La organización de servicios de salud, para asegurar que los estudiantes tengan la oportunidad de practicar la enseñanza a las madres de las técnicas para amamantar en

las salas de maternidad, clínicas y en la comunidad.

- La organización de seminarios de promoción de la lactancia materna para personal de enfermería, médicos y otros proveedores de servicios.

3. Elaboración de políticas de salud materno infantil

El reconocimiento por parte de las autoridades nacionales de salud de la importancia de la lactancia materna y la creación de programas colaborativos entre los servicios de salud, la comunidad, las escuelas de enfermería, medicina y nutrición y los organismos privados, estimularía la demanda de información y servicios de lactancia materna. Esto, a su vez, con seguridad influiría en el establecimiento de políticas nacionales de salud que apoyen y favorezcan la práctica de la lactancia materna en los hospitales, en el hogar y en el lugar de trabajo.

Aunque ninguna estrategia o actividad puede por sí sola asegurar el éxito del cambio curricular, el enfoque de un equipo multidisciplinario en el desarrollo del módulo aumentaría su impacto. La posibilidad de lograr resultados pertinentes al contexto local y a sostener con más consistencia los esfuerzos educativos en lactancia materna, es acrecentada por la utilización de este proceso de desarrollo curricular.

PARTE I.

**MODULO CURRICULAR DE EDUCACION
EN LACTANCIA MATERNA**



Guías para los profesores¹

Rosalía Rodríguez-García y Lois A. Schaefer

Como se mencionó con anterioridad, este currículo de educación en lactancia materna ha sido dirigido primariamente a los estudiantes de enfermería de pregrado. El propósito es facilitar su adaptación para la enseñanza de personal de salud con varios niveles de educación. Las guías para los profesores están dirigidas, por tanto, a los docentes de enfermería.

Estas guías proporcionan una vista general de los términos de referencia utilizados en el desarrollo de este currículo prototipo para la educación en lactancia materna.

LA IMPORTANCIA DE LA EDUCACION EN LACTANCIA MATERNA

La situación de salud en muchos países se caracteriza por elevadas tasas de morbilidad y mortalidad materno-infantil, que en su mayoría pueden ser prevenidas. La reseña de Rodríguez-García y Schaefer (véase páginas 123-156) indica que los niños, particularmente los menores de un año, continúan siendo víctimas de la malnutrición, las enfermedades infecciosas y los problemas psicológicos. Estos problemas tienen causas múltiples e interrelacionadas, tales como factores socioeconómicos y culturales, vulnerabilidad biológica y factores relacionados con la provisión de servicios. Las autoras mencionan que los procesos de urbanización, la incorporación de las madres al campo laboral en creciente número, el destete prematuro, la escasez de instituciones que facilitan la lactancia materna y la repercusión de los sucedáneos de la leche materna, que pueden ser obtenidos fácilmente y son promovidos vigorosamente, tienen serios efectos negativos en el bienestar de los niños y sus madres.

¹ Esta sección fue escrita con la participación y colaboración de: M. E. Ahumada de Meneses, N. Almendares de Murillo, F. Benítez de Velásquez, M. Calvo Solano, J. Canahuatl, M. Cantwell, M. Cartagena, A. C. Carvajal Jiménez, T. Figueroa, N. Gallardo, S. Lamboglia, G. Martínez Campos, G. Mejía, E. Montenegro, M. Montes de Triana, A. Pérez, N. Qulspe Pentocorreo, M. Ramírez Izquierdo, E. Ríos de Viera, B. Rosales de Vásquez, E. Salazar, R. Saona de Flores, N. Vallejo, M. T. de Vergara, L. Vidal, V. Vinha y K. Wade.

La práctica del amamantamiento ha declinado a pesar que es universalmente reconocido que la lactancia materna es una medida efectiva para espaciar los nacimientos² y es de fundamental importancia para el crecimiento y desarrollo normal del niño. Una de las causas de la disminución de la lactancia materna es que, en algunos países, las instituciones de salud han desarrollado rutinas y prácticas que son perjudiciales para la lactancia materna, tales como la separación de la madre y el recién nacido después del parto; el uso de biberón, agua y té; el establecimiento de horarios de alimentación rígidos y la distribución de muestras de fórmula gratis. Las situaciones creadas por estas prácticas no concuerdan con los objetivos de muchos programas nacionales para mejorar la salud materno-infantil.

Otro factor que contribuye a la disminución de la lactancia materna y a las prácticas institucionales perjudiciales, deriva de los programas de adiestramiento y de educación continua en el campo de la salud. Las instituciones de formación incluyen frecuentemente la anatomía y la fisiología de la glándula mamaria y la patología de la mama en sus currículos, sin presentar la fisiología de la lactancia o del amamantamiento dentro de esos temas. En su artículo, M. Manfredi (véase páginas 209-214) señala que los programas de educación materno-infantil que se han centrado tradicionalmente en la lactancia, no han enfatizado los beneficios a largo plazo, ni la experiencia práctica necesaria para tener éxito en el manejo y la enseñanza de la lactancia materna. No existe un instrumento sistematizado establecido para la enseñanza de la lactancia materna y su manejo dentro de la disciplina de salud materno-infantil (mucho menos en otras áreas de la salud) que permita a la enfermera o al médico ofrecer atención integrada con un base científica y técnica sólida.

En un esfuerzo para influenciar en forma positiva la práctica de la lactancia materna, las organizaciones gubernamentales, privadas, filantrópicas, religiosas y otras, han desarrollado una serie de actividades dirigidas a promover la lactancia materna. Desafortunadamente, estas actividades son con frecuencia limitadas debido a restricciones de tipo financiero y/o institucional, así como

² En el módulo curricular, espaciamiento "de los hijos", o "de los nacimientos", se usa en forma intercambiable y ambos son sinónimos con planificación familiar.

por la falta de apoyo y colaboración de los altos niveles administrativos, lo que es necesario para alcanzar el éxito. En consecuencia, estos esfuerzos aislados no tienen el impacto deseado y existe todavía una alta incidencia de suplementación alimentaria y destete prematuro.

Como se ha indicado, las estrategias metodológicas de educación y de servicios de atención para promover la lactancia materna no han sido adecuadas. Las actividades de promoción de la lactancia materna deberían efectuarse al nivel del hospital y de la comunidad, con la coordinación continua de los servicios educativos y de salud. También es necesario buscar la activa participación de las madres, las familias y las comunidades.

AUDIENCIA QUE SE DESEA ALCANZAR

Este módulo está basado en los principios de la práctica de enfermería y ha sido desarrollado dentro del marco de referencia de la educación en este tema, de manera que pueda ser integrado dentro de los currículos básicos de pregrado en las escuelas de enfermería. Puede también servir de guía para los programas de posgrado y de educación continua para profesionales de la salud y proveedores de servicios.

PROPOSITO

Los estudiantes adiestrados con este módulo estarán capacitados para enseñar a las madres las técnicas óptimas de amamantamiento y destete. Asimismo desarrollarán condiciones de liderazgo dentro del equipo de salud, dirigidas a la promoción, aceptación, iniciación, mantenimiento y protección de la lactancia materna. Esto se puede lograr mediante estrategias innovativas, oportunas y apropiadas para la educación y provisión de servicios que favorezcan la participación activa de individuos, familias y comunidades en beneficio de las madres y los niños, para mejorar su salud y bienestar.

OBJETIVOS DE ENSEÑANZA

- Facilitar la adquisición de conocimientos y actitudes positivas por los estudiantes, así como desarrollar la capacidad esencial en la enseñanza y manejo de la lactancia materna para impulsar el liderazgo de la enfermería en la promoción de la lactancia como elemento indispensable para la supervivencia infantil y el espaciamiento de los nacimientos.
- Capacitar a los estudiantes para enseñar a las madres las técnicas de la lactancia.
- Proporcionar a los estudiantes los conceptos y metodologías básicos, para que pueden llevar a cabo actividades de promoción de la lactancia materna en programas de maternidad prenatales y posnatales.
- Alentar a los estudiantes a participar en investigaciones sobre manejo de la lactancia y técnicas de amamantamiento.
- Equipar a los estudiantes con las técnicas de comunicación y enseñanza para promover la lactancia materna a los niveles del hospital y de la comunidad, y educar a esta última.
- Estimular a los estudiantes a buscar una coordinación continua entre las instituciones de enseñanza y de salud, promoviendo mientras tanto la participación activa de las madres, las familias y la comunidad en las actividades de fomento de la lactancia materna.

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Al finalizar este adiestramiento, los estudiantes estarán capacitados para:

- Aplicar los conocimientos y técnicas adquiridos para ayudar a las madres en el inicio y manejo de la lactancia y el destete.

- Demostrar cualidades de liderazgo en la promoción y práctica de la lactancia materna como un método efectivo para espaciar los nacimientos y para proporcionar una alimentación completa a los lactantes, salvaguardando su salud y facilitando su crecimiento.
- Organizar y dirigir seminarios de educación sobre la lactancia materna para otros proveedores de servicios.
- Participar en el desarrollo de proyectos para promover la lactancia materna.
- Planificar y poner en ejecución servicios de lactancia materna en ambientes clínicos.

DEFINICION DE TERMINOS

En programas de supervivencia infantil y en actividades de formulación de políticas nacionales que afectan la salud de la madre y el niño se enfatiza la práctica de la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida. Para comprender mejor esta distinción será necesario definir algunos conceptos básicos.

En el sentido más general, *lactancia materna*, se refiere a la forma en que un niño es alimentado con leche directamente de la glándula mamaria. Esta definición puede refinarse después en clasificaciones más específicas, tales como lactancia materna exclusiva o parcial. Como describen Rodríguez-García y Schaefer en su artículo (véase las páginas 123-156) los términos *lactancia exclusiva*, o *completa* se usan, cuando el bebé es alimentado exclusivamente con leche materna, sin tomar ningún alimento adicional, sólido o líquido; el término *lactancia parcial* se usa cuando el bebé, además de mamar recibe alimentos sólidos y líquidos. De acuerdo a la definición utilizada en investigaciones realizadas por la Dra. Vera Vinha en el Brasil (comunicación personal, junio de 1989), lactancia es la ingestión de la leche materna por diversos métodos. *Alimentación suplementaria* o *complementaria* se refiere a aquellos alimentos líquidos o sólidos que se le dan al lactante además de la leche materna. Estos alimentos no reemplazan necesariamente el amamantamiento, pero son dados debido a diferentes factores

culturales, tradicionales, nutricionales y otros. *Destete* es el proceso iniciado cuando se introducen otros alimentos en la dieta del bebé, además de la leche materna, con el propósito de dar fin a la lactancia.

Las actividades de promoción son indispensables para aumentar la incidencia y duración de la lactancia materna. En este volumen se define *promoción* como aquellas actividades dirigidas a fomentar la aceptación y práctica de la lactancia materna a nivel local, nacional, regional o internacional (Rodríguez-García y Schaefer, páginas 123-156). *Alojamiento conjunto* significa instalar a la madre y al recién nacido en la misma habitación desde el momento del nacimiento. Esto puede ocurrir en una unidad hospitalaria, en una institución de salud, en el hogar, o donde quiera que se preste la atención perinatal.

LA FUNCION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LA PROMOCION Y EDUCACION DE LA LACTANCIA MATERNA

En años recientes ha habido considerable discusión sobre los cambios e innovaciones necesarios en los sectores de educación y servicios de salud con miras a hacer una contribución efectiva al logro de la meta de salud para todos en el año 2000. Con relación al manejo de la lactancia materna, el personal de enfermería puede ejercer una función fundamental en promoverla y en educar a los proveedores de servicios. El personal de enfermería ejerce un rol clave en la interacción entre el individuo y el sistema de salud y, por tanto, está llamado a asumir un papel de liderazgo en la adopción y mantenimiento de prácticas óptimas de lactancia materna en la comunidad y en el hospital. Está directamente involucrado en la atención de la mujer durante las diferentes etapas del ciclo de maternidad, cuando la información sobre la lactancia natural y el apoyo adecuado pueden influenciar la decisión de iniciar y continuar el amamantamiento. En virtud de su adiestramiento, el personal de enfermería está equipado para llevar a cabo investigaciones sobre la fisiología de la lactancia, su manejo, y las técnicas de amamantamiento. Puesto que son responsables de la promoción de la atención primaria de salud más adecuada el personal de enfermería tiene el potencial de ejercer liderazgo en la promoción de la lactancia materna.

Como ya ha sido determinado, la necesidad de contar con información adecuada y correcta y una actitud positiva hacia la lactancia materna, son requisitos para su promoción y desarrollo. El personal de enfermería, como profesionales de la salud con considerables oportunidades para establecer una relación directa con la madre, son los agentes llamados a asumir una función de liderazgo en la adopción y mantenimiento de las prácticas óptimas de lactancia materna por las madres, en los medios hospitalarios de la comunidad.

Para que el personal de enfermería pueda asumir la función que le corresponde en la promoción, inicio y manejo de la lactancia materna, así como en la supervisión de los servicios administrativos involucrados, es esencial que las escuelas de enfermería y los servicios clínicos unan sus esfuerzos. Para lograr un cambio que modifique o fortalezca la práctica de la enfermería en el área de la lactancia materna, es necesario influenciar a los futuros profesionales de enfermería desde que empiezan su educación. Por lo tanto, para facilitar el proceso de cambio, es necesario asegurarse que se incluya la lactancia materna en los currículos de la educación en enfermería.

Como expresa Manfredi en su artículo (véase las páginas 209-214), el adiestramiento en enfermería en América Latina ha visto grandes cambios en los últimos veinte años, en un esfuerzo de adaptación a las necesidades de salud de la población y a los nuevos enfoques de los servicios de salud. Es importante reconocer la flexibilidad de la profesión de enfermería en responder a las demandas que surgen debido a los adelantos de la ciencia y la tecnología.

El personal de enfermería tiene ya la experiencia de ser tanto agentes de cambio, como de responder al cambio. Por lo tanto, debe alentarse a este personal a que aplique su experiencia al mejoramiento de las prácticas de la lactancia materna. Para lograr que éste sea un rol óptimo, la educación en lactancia tiene que tomar el lugar que merece en los currículos de enfermería.

Orientación metodológica

Este módulo está diseñado como una guía para facilitar la inclusión de la información esencial sobre la lactancia materna, con énfasis en el amamantamiento exclusivo durante los primeros seis meses de vida, en la educación de enfermería de pregrado. El currículo está organizado en unidades interrelacionadas que cubren los aspectos biológicos, psicológicos, técnicos y socioculturales de la lactancia materna, siendo el punto focal de cada unidad las intervenciones de enfermería. Cada unidad incluye objetivos, contenido básico, métodos de enseñanza, recursos materiales y humanos y criterios de evaluación, para que, dependiendo de las características del programa educacional en el que está insertado el módulo, los docentes puedan adaptar el currículo fácilmente a las necesidades de aprendizaje específicas de la audiencia.

Los objetivos identificados en el currículo son de aprendizaje, es decir, especifican cuáles son los comportamientos y los logros que se esperan del estudiante al completar la unidad o una porción determinada de la misma. Como el módulo está diseñado para ser utilizado en una variedad de situaciones educativas, los objetivos tendrán que ser adaptados al nivel de la audiencia para facilitar el desarrollo del contenido básico y del plan de evaluación.

De la manera que está presentado, el contenido básico identifica el material clave que el estudiante debe dominar para poder cumplir con los objetivos. Los temas principales están escritos en forma concisa y sirven de ayuda al maestro en relación a los puntos que deben ser cubiertos. Corresponde al profesor decidir la cantidad de detalle y atención que se le deben dar a cada uno de acuerdo con las necesidades de los estudiantes. Se observará que hay ocasiones en que los temas están cubiertos en mayor detalle y de forma más completa, principalmente cuando se trata de temas sobre los cuales puede ser difícil encontrar material y/o temas en que la información cambia rápidamente.

Por lo que respecta a las metodologías de enseñanza, los materiales audiovisuales e impresos y otros recursos necesarios (incluyendo recursos humanos, aulas de clase, financiamiento y otros) debe tomarse en cuenta que la información anotada en estas columnas se aplica con

frecuencia a toda la unidad de enseñanza. Por lo tanto, aun cuando aparezcan solamente al principio de la unidad y no se repitan para cada objetivo o área de contenido, la información pueden ser utilizada en el desarrollo del plan de enseñanza de todo el tema. Cuando una metodología o un recurso es particularmente apropiado a un aspecto específico del contenido, se le alinea con el contenido. Debe también tenerse en cuenta que el profesor no queda limitado como resultado de estas sugerencias. En cada situación de aprendizaje puede ser posible y deseable identificar estrategias y recursos únicos que no son mencionados en el currículo.

En el área de criterios o plan de evaluación, los docentes deben desarrollar preguntas para los exámenes escritos y crear protocolos para los exámenes orales, las prácticas de aulas de clase y la evaluación del desempeño clínico, puesto que existe una gran variedad de metodologías apropiadas para la evaluación del aprendizaje. Cada situación se prestará más fácilmente a un tipo de evaluación que a otros, y se recomienda una selección y utilización cuidadosa de diversas metodologías. En este módulo, la evaluación se centra en preguntas (tanto escritas como orales) que tienen aplicabilidad universal, en lugar de enfocar situaciones específicas. Las preguntas que se presentan como modelo no son exhaustivas ni cerradas al cambio. Por ejemplo, si en una pregunta se piden tres factores relacionados con la declinación de la lactancia materna, el número tres fue escogido por conveniencia y podría haber sido dos o cuatro, o el que fuere más apropiado al nivel del alumno, al contenido básico como ha sido presentado, y a las necesidades del profesor. Por lo general, las preguntas fueron colocadas adyacentes al contenido al cual se refieren, pero esto no es siempre el caso cuando se trata de preguntas más amplias y/o que tratan de sintetizar varios temas.

Para facilitar la implantación del módulo y fortalecer la relación entre el adiestramiento y la práctica del amamantamiento para el espaciamiento de los nacimientos y la supervivencia infantil, los docentes deberían:

- Anunciar y diseminar el módulo entre el personal docente y de los servicios de salud de cada país y promover la organización de seminarios locales.

- Incorporar el contenido del módulo dentro de los componentes teóricos y prácticos de los programas de pregrado de los profesionales de la salud.
- Obtener la colaboración de funcionarios de universidades, servicios de salud y organizaciones profesionales para la promoción de la lactancia materna exclusiva por lo menos durante seis meses después del parto.
- Procurar que los líderes de salud de la región acepten como un compromiso el reconocimiento y la promoción de la lactancia materna y la diseminación de información al respecto.
- Fomentar la inclusión de preguntas sobre la lactancia materna en exámenes de graduación, calificación y licenciatura profesional.
- Promover la colaboración de docentes y del personal de servicios en la organización de programas de educación y de servicios.
- Contribuir a la organización de eventos de educación continua y adiestramiento profesional sobre el manejo de la lactancia materna para médicos, personal de enfermería y otros proveedores de servicios.
- Crear enlaces o programas de cooperación con organismos internacionales, universidades, servicios de salud, grupos privados y la comunidad para promover el alojamiento conjunto de la madre y el niño en los hospitales y el amamantamiento en el hogar y en el lugar de trabajo.
- Llegar a ser una fuente de información correcta para los profesionales de la salud, docentes y el público interesados en la lactancia materna.
- Llevar a cabo y/o participar en proyectos de investigación multidisciplinarios dirigidos a aumentar los conocimientos sobre la base científica de la lactancia materna y el comportamiento relacionado a la lactancia.

Unidades temáticas

	Página
I. Historia de prácticas de lactancia materna (LM)	18
II. Factores socioculturales, tecnológicos y políticos que influyen en la LM en el país	19
III. Situación materno-infantil actual en el país y factores de riesgo	24
IV. Aspectos biológicos y psicosociales de la LM	27
V. Anatomía de la mama y fisiología de la lactancia	32
VI. Nutrición de la madre y el niño durante la lactancia	36
VII. Lactancia y sexualidad	40
VIII. Lactancia materna y el espaciamiento de los nacimientos: Método de la Lactancia y la Amenorrea y otros métodos	41
IX. Técnicas clínicas para el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna	44
X. Manejo de la LM: Madres que trabajan fuera del hogar y otras circunstancias especiales	51
XI. Técnicas de comunicación y enseñanza para profesionales de la salud y otros	55
XII. Técnicas de comunicación y consejo para la educación sobre la LM a nivel familiar	58
XIII. Intervenciones para efectuar cambios en los sistemas de servicios de salud	60
XIV. Promoción de la LM a nivel comunitario y de la sociedad	63
XV. Evaluación de actividades para promover la LM	69

Currículo

Unidad I. Historia de las prácticas de la lactancia materna (LM)

Objetivos	Contenido básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación
A Describir el desarrollo histórico de la LM hasta la actualidad	1 LM en las sociedades tradicionales	Conferencias Estudio histórico de casos	Materiales impresos Afiches	Sociólogos antropólogos historiadores	¿Cuáles son las características de las prácticas de la LM en sociedades antiguas?
	2 LM en el mundo antiguo: Africa América Asia Europa	Revisión de bibliografías Dinámica grupal	Diapositivas y proyector Pizarra	Sala para trabajo en grupo Trabajadores de salud del país	¿Cuál fue el impacto de la industrialización sobre la LM?
	3 Patrones tradicionales de la LM	Grupos de trabajo Discusión de grupo	Mapas Rotafolios y marcadores		Describir la situación actual en la práctica de la LM en el país y las tendencias proyectadas
	4 Cambios en los patrones de LM con la industrialización	Revisión de investigaciones internacionales y nacionales	Gráficas, cuadros, diagramas		Enumerar las características de la práctica de la LM en el país
	5 Historia de la LM en (nombre del país) a) las tradiciones del país en relación a la LM				

Unidad II. Factores socioculturales, tecnológicos y políticos que influyen en la LM en el país

Objetivos	Contenido básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación
A. Explicar el impacto de la sociedad moderna sobre el rol de la mujer y las prácticas tradicionales de la LM	1. El rol de la mujer en la sociedad tradicional y la influencia de la sociedad moderna	Conferencias Dinámica de grupo Discusión de grupo	Materiales escritos Gráficas	Sociólogos parteras curanderos psicólogos	Describir como la sociedad moderna ha cambiado el rol de la mujer relacionado con: 1) la mujer que trabaja fuera de la casa 2) La mujer como símbolo sexual
	a) trabajo de la mujer fuera del hogar y separación de madre e hijo b) la mujer como símbolo maternal c) la mujer como símbolo sexual • seno • juventud d) planificación familiar	Revisión de investigaciones y bibliografías Presentación por parteras y otros trabajadores comunitarios y/o especialistas en prácticas y creencias tradicionales, con demostraciones	Rotafolios y marcadores Diapositivas y proyector Películas Videos	Sala de conferencias y lugares para los grupos de trabajo Permiso para la participación de personas ajenas a la universidad	
	2. Prácticas y creencias tradicionales relacionadas con el embarazo, parto, puerperio y nutrición de la madre lactante	Entrevistas con mujeres y otros en la comunidad para identificar las creencias y prácticas tradicionales	Proyector y acetatos Guía para entrevistas	Permiso para visitar y observar las comunidades Fondos para transporte, etc.	Identificar tres creencias o prácticas tradicionales relacionadas con la madre lactante y su impacto en la práctica de la lactancia materna

Unidad II. Factores socioculturales, tecnológicos y políticos que influyen en la LM (cont.)

Objetivos	Contenido básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación
B. Explicar la influencia de los cambios tecnológicos en la crianza y alimentación del binomio madre/hijo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Influencia de la sociedad moderna en el embarazo, parto, puerperio y nutrición de la madre lactante <ol style="list-style-type: none"> a) parto hospitalario b) parto a domicilio c) madre que trabaja fuera del hogar d) separación de la madre y el niño e) patrones de consumo de alimentos 2. Creencias y prácticas tradicionales de la crianza del niño y el impacto de la sociedad moderna <ol style="list-style-type: none"> a) introducción de biberones b) prácticas del destete 	Desarrollo en grupos de estrategias para manejar creencias	Sociodramas	Lluvia de Ideas con los estudiantes para identificar sus propias creencias y prejuicios	<p>Describir cómo el progreso tecnológico en medicina y salud han cambiado la experiencia del nacimiento para mujeres y recién nacidos</p> <p>Incluir factores positivos y negativos</p>
					Identificar tres creencias y/o prácticas tradicionales de la crianza del niño y su impacto en la práctica de la LM
					Analizar el impacto de la introducción de biberones y leches artificiales en la práctica de la LM en el país

Unidad II. Factores socioculturales, tecnológicos y políticos que influyen en la LM (cont.)

Objetivos	Contenido básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación
B. (Cont.) Explicar la influencia de los cambios tecnológicos en la crianza y alimentación del binomio madre/hijo	3 Medicina tradicional y su impacto a) parteras b) medicamentos	Observación de practicantes de medicina tradicional en la comunidad	Materiales usados en la medicina tradicional Guía de observación	Fondos para comprar materiales, si es necesario	
C. Identificar y analizar los cambios institucionales y su influencia en la LM	L El impacto de los sistemas modernos de salud en la LM a) programa de salud materno-infantil b) finalidades c) estrategias d) operacionalización y recursos e) promoción de la LM f) dicotomía entre normas oficiales y prácticas reales g) programas de planificación familiar y su impacto	Observación de instituciones y sus actividades en el área de LM Presentaciones por profesionales del sistema de salud materno-infantil/ planificación familiar Discusión de grupo	Guía de observación Películas Videos Materiales escritos Copias de las normas	Permiso de la institución para la observación Profesionales que trabajen en el sistema de salud materno-infantil y planificación familiar	¿Cuáles son algunas de las estrategias que los programas de salud materno-infantil/planificación familiar pueden usar para promover la LM? ¿Se están utilizando estas estrategias? Si la respuesta es afirmativa, ¿qué modificaciones se han efectuado?

Unidad II. Factores socioculturales, tecnológicos y políticos que influyen en la LM (cont.)

Objetivos	Contenido básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación
D. Identificar los factores legales, políticos y comunitarios que influyen en la LM	1. Leyes de protección a la madre y a la lactancia	Revisión de las leyes y políticas	Copias de las leyes, informes de la Comisión Nacional	Abogados especializados en esta área	
	a) cobertura b) cumplimiento c) consideraciones éticas				
	2. Comisión Nacional de LM/otros grupos de este tipo	Presentaciones por representantes de la Comisión de LM y otros grupos	Copias de documentos de la Comisión de LM y otros grupos	Representantes de la Comisión de LM y otros grupos	
	a) existencia b) tipos de actividades y cobertura	Discusión de grupo			
	3. Estructuras comunitarias que apoyan la LM	Observación comunitaria	Guía de observación	Líderes de clubs y grupos de apoyo	Dar ejemplos de estructuras que apoyan la LM a nivel local, nacional e internacional
	a) clubes de madres b) grupos de apoyo c) guarderías/jardines de infancia	Presentaciones por líderes y miembros de la comunidad		Enfermeras comunitarias Parteras adiestradas Promotores de salud	¿Cuáles son las acciones, alcances y limitaciones de las estructuras comunitarias de apoyo?

Unidad II. Factores socioculturales, tecnológicos y políticos que influyen en la LM (cont.)

Objetivos	Contenido básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación
D. (Cont.) Identificar los factores legales, políticos y comunitarios que influyen en la LM	4 El rol del hombre en la toma de decisiones a nivel comunitario y el impacto en la LM a) actitudes masculinas hacia mujeres y/o la LM b) la participación del hombre en el apoyo a la LM				
	5 Código de Sucesos de la LM a) historia <ul style="list-style-type: none"> • estrategias de los fabricantes de fórmula • su impacto en la práctica de la LM • el desarrollo del código b) cumplimiento <ul style="list-style-type: none"> • a nivel mundial • en este país c) rol del personal de salud en la aplicación del Código d) consideraciones éticas	Revisión del Código y su instrumentación Presentaciones por especialistas Discusión en grupo Paneles, mesas redondas	Copias del Código Video	Especialistas en el Código Representantes de los sectores involucrados	Discutir la historia del Código de Sucesos y su instrumentación en este país Discutir el rol del personal de salud para asegurar el cumplimiento del Código

Unidad III. Situación maternoinfantil actual en el país y factores de riesgo

Objetivos	Contenido básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación
A. Caracterizar la población maternoinfantil	1. Perfil biopsicosocial de la mujer lactante y/o en edad fértil	Conferencias	Libros, gráficas	Sala de conferencias y lugares para los grupos de trabajo	Analizar cómo el nivel socioeconómico de la madre impacta en la práctica de la LM
	a) características biológicas	Revisión de investigaciones	Rotafolios y marcadores		
	b) características psicológicas y culturales	Revisión de bibliografías	Diapositivas y proyector	Sociólogos	Interpretar datos estadísticos sobre mortalidad infantil y materna en relación con la LM
	c) aspectos epidemiológicos	Presentaciones por especialistas en el tema	Datos estadísticos	Médicos, enfermeras docentes y asistenciales	
	d) nivel socioeconómico y cultural de la madre y su impacto en la práctica de la LM	Discusión de grupo		Investigadores Epidemiólogos	
e) características en la etapa de:					
	<ul style="list-style-type: none"> • embarazo • nacimiento • puerperio • lactancia 				

Unidad III. Situación maternoinfantil actual en el país y factores de riesgo (cont.)

Objetivos	Contenido básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación
B. Diagnosticar la situación de salud maternoinfantil	<p>L. Perfil del niño lactante (0-2 años)</p> <p>a) características del crecimiento y desarrollo del niño que es amamantado</p> <p>b) características del crecimiento y desarrollo del niño que se alimenta con leche artificial</p> <p>c) patrones de la morbimortalidad del niño que es amamantado</p> <p>d) patrones de la morbimortalidad del niño que se alimenta con leche artificial</p> <p>e) aspectos psicológicos (ej: nivel de abuso y/o abandono por tipo de alimentación)</p>	<p>Comparación de casos clínicos de niños amamantados y niños alimentados con leche artificial</p>		<p>Especialistas en el crecimiento y desarrollo del niño</p>	<p>¿Qué factores influyen en la morbimortalidad del niño lactante (0-2 años)? y ¿cómo?</p> <p>Enumerar por lo menos tres características del crecimiento y desarrollo del niño que es amamantado</p>

Unidad IV. Aspectos biológicos y psicosociales de la LM

Objetivos	Contenido básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación
A. Describir los efectos de la LM en la dimensión psicosocial de la mujer	1. Ventajas psicosociales de la mujer a) afectividad b) seguridad c) autoimagen d) sexualidad e) autorealización f) conveniencia	Revisión de investigaciones y bibliografías Trabajo de grupo Dinámica grupal con madres de la comunidad Discusión de grupo	Videos, películas Acetatos y proyector Diapositivas y proyector	Docentes y asistenciales Permiso para la participación de las madres Psicólogos Sociólogos	Elaborar un listado de ventajas biopsicosociales de la LM para la madre, el niño y la sociedad
B. Explicar los efectos de la LM en la dimensión biológica de la mujer	1. Ventajas biológicas de la mujer a) involución uterina b) prevención de hemorragias e infecciones puerperales c) incidencia de cáncer de mama y ovárico d) amenorrea y espaciamiento de los nacimientos e) recuperación anatomobiológica general f) alteración del carácter por la prolactina	Conferencias sobre el tema con especialistas Paneles	Gráficas Datos estadísticos	Sala de conferencias Ginecólogos Obstetras Clínicos especializados en LM	Análisis oral y escrito de las ventajas y desventajas de la LM aplicado a una situación familiar específica

Unidad IV. Aspectos biológicos y psicosociales de la LM (cont.)

Objetivos	Contenido básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación
C. Describir los efectos de la LM en el desarrollo psicosocial del niño	1. Ventajas psicosociales para el niño a) socialización y seguridad b) estimulación temprana y desarrollo sensorial c) afectividad d) acercamiento entre madre e hijo	Discusión y comparación de casos clínicos 1) niños alimentados con leche artificial 2) niños amamantados Observación	Guía de observación	Permiso para la observación clínica Fondos para transporte	Análisis de casos
D. Explicar los efectos de la LM en el crecimiento biológico normal del niño	1. Ventajas biológicas para el niño: a) protección inmunológica b) nutricionales c) hidratación d) prevención de: <ul style="list-style-type: none"> • otitis media • broncoaspiración • obesidad • alergias 	Revisión de investigaciones y bibliografías	Datos estadísticos Gráficas, tablas, cuadros, digramas	Pediatras	Análisis de casos

Unidad IV. Aspectos biológicos y psicosociales de la LM (cont.)

Objetivos	Contenido básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación
D. (Cont.) Explicar los efectos de la LM en el crecimiento biológico normal del niño	<p>L (Cont.)</p> <p>e) contribución al desarrollo adecuado de la estructura maxilofacial</p> <p>f) temperatura adecuada de la leche</p> <p>g) digestión fácil y rápida</p> <p>h) libre de gérmenes patógenos</p>				
E Describir los efectos de la LM en la familia	<p>L Ventajas para la familia</p> <p>a) integración</p> <p>b) seguridad familiar, ahorro</p> <ul style="list-style-type: none"> • hijos sanos, menos gastos médicos • no tiene que comprar fórmula • más fondos disponibles para mejorar la nutrición materna y familiar <p>c) alimentación fuera del hogar o en el trabajo</p>	<p>Entrevistas con madres lactantes y sus familias</p> <p>Testimonios</p>	<p>Guía de entrevista</p>	<p>Permiso de las familias para las entrevistas</p>	<p>¿Por cuáles razones decidieron las familias entrevistadas amamantar?</p> <p>¿Qué perciben como ventajas y desventajas?</p>

Unidad IV. Aspectos biológicos y psicosociales de la LM (cont.)

Objetivos	Contenido básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audi(visual)	Otros recursos	Preguntas de evaluación
F. Describir los efectos de la LM en la sociedad	1. Ventajas para la sociedad a) aumento de la expectativa de vida b) disminución del abandono, maltrato, violencia c) menos gastos en divisas d) menos dependencia en asistencia exterior e) ahorro de otros recursos nacionales: <ul style="list-style-type: none"> • agua • combustible • leche importada 	Presentar investigaciones hechas por los estudiantes para su discusión en grupo Testimonios por líderes de la comunidad y sociedad	Gráficas, cuadros Datos estadísticos	Trabajadores sociales Educadores Sociólogos Economistas	Explicar las ventajas de la LM para la sociedad
G. Indicar las posibles desventajas de la LM	1. Desventajas posibles de la LM a) "demasiado trabajo" b) disminuye la independencia de la madre	Revisión de las entrevistas con familias "Lluvia de ideas" ejercicio con los estudiantes		Madres lactantes Madres que no han lactado nunca	Identificar algunas desventajas de la LM

Unidad IV. Aspectos biológicos y psicosociales de la LM (cont.)

Objetivos	Contenido básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación
G. (Cont.) Indicar las posibles desventajas de la LM	l. (Cont.) c) es dolorosa d) el bebé llora demasiado e) la madre no tiene suficiente leche f) es difícil para la madre soltera, sin apoyo g) la LM toma demasiado tiempo	Testimonios de madres		Enfermeras especializadas en la LM Madres con una variedad de experiencias con la LM	Identificar algunas desventajas de la LM

Unidad V. Anatomía de la mama y fisiología de la lactancia

Objetivos	Contenido básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación	
A. Identificar las estructuras internas y externas de la mama	1. Definición e identificación de:	Conferencias	Gráficas y diagramas	Sala de conferencias	Dado un dibujo/diagrama, identificar las estructuras internas y externas de la mama. Explicar la función de cada una	
	a) anatomía externa	Presentaciones por especialistas en el tema	Dibujos	Patólogos Pediatras Obstetras Ginecólogos		
	b) estructuras de apoyo					
	c) pezón y areola	Sesión de laboratorio con un maniquí	Diapositivas y proyector	Modelos		
	d) nervios					
	e) drenaje vascular y linfático					
	2. Características de las estructuras anatómicas	Revisión de investigaciones y bibliografías	Libros	Acetatos y proyector		Docentes de medicina
	a) inervación					
	b) irrigación	Permiso para el uso del laboratorio y de los modelos				
	3. Desarrollo de la mama		Docentes de enfermería			
	a) crecimiento					
	b) durante la pubertad y adolescencia					
c) estado normal, sin embarazo						
d) modificaciones durante el ciclo menstrual						

Unidad V. Anatomía de la mama y fisiología de la lactancia (cont.)

Objetivos	Contenido básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación
A (Cont.) Identificar las estructuras internas y externas de la mama	4 Cambios biológicos y hormonales durante: a) el embarazo b) la lactancia				
B. Explicar la función de la estructura glandular de la mama y los reflejos neuro-endocrinos que intervienen en la producción de leche	1. Papel de las hormonas que intervienen en la producción y eyección de leche a) prolactina b) oxitocina c) estrógeno d) progesterona e) otros 2. Mecanismos de producción y secreción de leche a) del niño • reflejo de búsqueda • reflejo de succión • reflejo de deglución	Observación de una madre amamantando	Video y monitor Películas y proyector	Permiso de las madres y niños lactantes para la observación	Explicar el papel de las hormonas y los reflejos del niño y la madre en la producción, secreción y eyección de leche

Unidad V. Anatomía de la mama y fisiología de la lactancia (cont.)

Objetivos	Contenido básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación
<p>B. (Cont.) Explicar la función de la estructura glandular de la mama y los reflejos neuro-endocrinos que intervienen en la producción de leche</p>	<p>2 (Cont.) b) de la madre</p> <ul style="list-style-type: none"> • reflejo de erección del pezón • reflejo de producción (prolactina) • reflejo de bajada de leche (eyecto-lácteo) (oxitocina) • oferta y demanda <p>3 Análisis de la leche materna</p> <p>a) composición b) valor bioquímico c) etapas</p> <ul style="list-style-type: none"> • calostro • transicional • madura 	Análisis de casos	Guía de estudios		<p>Identificar tres factores que pueden interferir en la producción y/o eyección de la leche, explicar sus efectos, y cómo superarlos</p>
<p>C. Identificar los factores que afectan la producción y eyección de la leche</p>	<p>1. Factores que afectan la producción y eyección de la leche:</p>	Análisis de casos	Guía de estudios		<p>Identificar tres factores que pueden interferir en la producción y/o eyección de la leche, explicar sus efectos, y cómo superarlos</p>

Unidad V. Anatomía de la mama y fisiología de la lactancia (cont.)

Objetivos	Contenido básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación
C.(Cont.) Identificar los factores que afectan la producción y eyección de la leche	1. (Cont.) a) estrés b) cansancio, fatiga c) factores emocionales d) los hábitos de amamantamiento del bebé <ul style="list-style-type: none"> • frecuencia • duración • forma en que succiona • posición en que es amamantado • problemas con la boca del niño e) medicamentos f) nutrición y salud de la madre 2. Técnicas en el manejo de los factores mencionados en C.1				

Unidad VI. Nutrición de la madre y el niño durante la lactancia

Objetivos	Contenido básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación
A. Identificar e interpretar los requerimientos nutricionales de la madre en la etapa de la lactancia	1. Requerimientos nutricionales de la madre lactante: <ol style="list-style-type: none"> a) calorías b) proteínas c) hierro d) calcio e) vitamina A f) vitamina C g) vitamina B h) niacina i) ácido fólico j) agua 	Conferencias por especialistas Revisión de investigaciones y bibliografías	Gráficas, cuadros y diagramas de requerimientos nutricionales Acetatos y proyector Diapositivas y proyector	Docentes Nutricionistas Sala de conferencias	Enumerar los requerimientos nutricionales de una madre lactante
B. Determinar la alimentación apropiada de la madre en la etapa de la lactancia	1. Nutrición materna y su efecto en el volumen y composición de su leche 2. Influencia de la LM en el estado nutricional de la madre 3. Recomendaciones generales sobre la alimentación de la madre durante la lactancia <ol style="list-style-type: none"> a) comidas que pueden provocar gas o alfojar el estómago del bebé 				Explicar el rol de las prácticas nutricionales de la madre en la producción de leche y la nutrición del bebé

Unidad VI. Nutrición de la madre y el niño durante la lactancia (cont.)

Objetivos	Contenido básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación
B (Cont.) Determinar la alimentación apropiada de la madre en la etapa de la lactancia	4 Consideraciones especiales para la madre adolescente				
C. Recomendar la alimentación adecuada a la madre en la etapa de la lactancia	1. Cómo llevar a cabo la: a) historia nutricional b) observación de la dieta en la casa para identificar las deficiencias nutricionales 2. Dieta típica en el país/región a) deficiencias comunes b) creencias sobre la dieta y la lactancia	Posibles visitas a una comunidad Discusión en grupo Práctica - implementando e interpretando: • historia nutricional • observación de dieta en casa Análisis de casos	Guías de estudios de casos Rotafolios y marcadores Guías de instrumentación e interpretación Listado del contenido nutricional de alimentos comunes en el país/región	Permiso para la visita/ fondos para transporte	

Unidad VI. Nutrición de la madre y el niño durante la lactancia (cont.)

Objetivos	Contenido básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación
C. (Cont.) Recomendar la alimentación adecuada a la madre en la etapa de la lactancia	3 Alimentos disponibles en la región/país su valor nutritivo y costos				Elaborar un plan de alimentación para la madre lactante, utilizando los alimentos de la región en que se encuentre, según la estación, y tomando en cuenta los recursos económicos de la familia
	4 Recomendaciones específicas para corregir las deficiencias nutricionales comunes en el país/región				
D. Describir e interpretar los requerimientos nutricionales del niño durante la lactancia	1 Requerimientos nutricionales del niño durante la lactancia en:	Trabajo en grupo Análisis de casos	Diapositivas y proyector Acetatos y proyector	Pediatras	Identificar los requerimientos nutricionales de un niño lactante de tres meses
	a) los primeros 4 a 6 meses, lactancia exclusiva • hidratación				
	b) después de los 6 meses, suplementación de la LM con otras comidas				
	2 Patrones del crecimiento en el niño	Estudio de casos-comparación de niños según tipo de alimentación	Gráficas de crecimiento		
a) con LM exclusivamente					
	b) con fórmula				

Unidad VI. Nutrición de la madre y el niño durante la lactancia (cont.)

Objetivos	Contenido básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación
E. Valorar la importancia de la LM exclusiva del niño en los primeros 4-6 meses de vida	1. Comparación de leche materna con otras leches y sucedáneos		Cuadro de leche materna y otras leches		Elaborar un cuadro comparando la leche humana y otras leches y sucedáneos
F. Recomendar la alimentación que requiere el niño después de los primeros seis meses de vida, además de la leche materna	1. Alimentación complementaria: a) prácticas tradicionales b) introducción apropiada de sólidos y líquidos (recomendaciones específicas) 2) Destete a) prácticas tradicionales b) dirigido por el niño c) dirigido por la madre	Presentaciones por especialistas, trabajadores de salud de la comunidad y madres que han iniciado el destete Conferencias con especialistas, madres que han iniciado el destete Trabajo de grupo Discusión de grupo Análisis de casos	Guías para estudio de casos	Parteras Especialistas en salud pública Promotores de salud Nutricionistas Madres en el periodo de destete y permiso para su participación	Elaborar un plan de alimentación para un niño de siete meses y para uno de un año utilizando los alimentos que produce la región y tomando en cuenta los recursos económicos de la familia

Unidad VII. Lactancia y sexualidad

Objetivos	Contenido básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación
A. Identificar los cambios fisiológicos que se producen en la mujer durante la lactancia y relacionarlos con la actividad sexual de la pareja	<p>1. Cambios anatómo-fisiológicos de los órganos de reproducción</p> <p>2. Su impacto en la sexualidad y actividad sexual</p> <p>a) físico</p> <ul style="list-style-type: none"> • sequedad vaginal • disminución del libido • menos relaciones sexuales • salida de leche con estimulación sexual <p>b) psicológico</p> <ul style="list-style-type: none"> • en la mujer <ul style="list-style-type: none"> -disminución del libido -menos relaciones sexuales • en el hombre <p>c) tabúes y prácticas culturales</p> <p>d) el rol del esposo en la sexualidad de la pareja durante la LM</p>	<p>Conferencias con especialistas</p> <p>Discusión en grupo/entrevistas individuales con madres y sus parejas</p> <p>Revisión de investigaciones y bibliografías</p>	<p>Videos, películas</p> <p>Material escrito</p>	<p>Psicólogos Sexólogos Docentes</p> <p>Sala de conferencias</p> <p>Parejas en las que la mujer está lactando y permiso para su participación</p>	<p>¿Qué impacto tiene la LM en la actividad sexual de la pareja?</p>

Unidad VIII. Lactancia materna y el espaciamiento de los nacimientos: Método de la Lactancia y la Amenorrea y otros métodos

Objetivos	Contenido básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audicvisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación
A Explicar el impacto de la LM en el espaciamiento de nacimientos	1 El impacto de la LM sobre la fertilidad de la población en general	Conferencias con especialistas	Gráficas, cuadros y diagramas	Docentes	Describir la fisiología de la LM y su relación con la fertilidad
	a) LM u otros métodos de planificación familiar	Revisión de investigaciones y bibliografías	Datos demográficos	Ginecólogos	
	b) la disminución en la práctica de la LM como causa de aumento en la fertilidad		Diapositivas y proyector	Obstetras	
	2 Fisiología de la infertilidad de la lactancia	Discusión de grupo	Acetatos y proyector	Especialistas en la LM	
	a) el impacto de la estimulación del pezón sobre los mecanismos de retroalimentación entre el hipotálamo, glándula pituitaria y ovarios		Rotafolios y marcadores	Investigadores	
	3 Amenorrea durante la lactancia o menstruación durante la lactancia		Dibujos, modelos		
	a) la probabilidad de concebir durante la amenorrea y la probabilidad durante la menstruación				
	b) en los primeros 6 meses posparto				
	c) después de los 6 meses posparto				

Unidad VIII. Lactancia materna y el espaciamiento de los nacimientos: Método de la Lactancia y la Amenorrea y otros métodos (cont.)

Objetivos	Contenido básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación
B. Explicar el Método de la Lactancia y la Amenorrea (MELA), incluyendo criterios para su uso; eficacia del método; instrucciones para su uso efectivo; y la introducción oportuna de métodos de planificación familiar complementarios	1. Criterios para el uso del MELA	Entrevistas con profesionales de la salud,	Guías de entrevistas	Practicantes de medicina tradicional	¿Cuáles son los tres criterios para el uso del MELA?
	a) algoritmo	practicantes de medicina tradicional,	Guías para el uso del MELA	Parteras	¿Cuáles son las prácticas de la LM más importantes para el uso efectivo del MELA?
	2. Recomendaciones para el uso efectivo del MELA	parteras y madres sobres sus opiniones del uso de LM para espaciar los nacimientos	Copias del algoritmo	Madres con variedad de experiencias en LM y fertilidad	
	a) el éxito depende del patrón de amamantamiento				
b) prácticas óptimas					
	3. Transición del uso del MELA al otro método de planificación familiar complementario	Discusión en grupos sobre los principios del uso del MELA			
		Análisis de casos	Estudios de casos		
	4. Recomendaciones para la orientación individual y educación de los usuarios del MELA	Prácticas de orientación	Guías para la orientación individual	Consejeros	
	a) información esencial	Sociodramas	Permiso para las entrevistas	Educadores	
	b) casos especiales				

Unidad VIII. Lactancia materna y el espaciamiento de los nacimientos: Método de la Lactancia y la Amenorrea y otros métodos (cont.)

Objetivos	Contenido básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación
C. Describir los métodos de planificación familiar y su interacción con la LM	1. Los métodos de planificación familiar y su uso durante la LM a) uso de métodos hormonales durante la LM b) MECLA y la iniciación de planificación familiar complementaria c) revisión de los métodos de planificación familiar y las ventajas y desventajas de cada uno en relación con la LM	Presentación de los métodos por los estudiantes	Ejemplos de los métodos de planificación familiar	Profesionales y proveedores de servicios de planificación familiar	¿Que métodos de planificación familiar se consideran complementarios a la LM? ¿Cuándo se deben de empezar a usar?

Unidad IX. Técnicas clínicas para el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna

Objetivos	Contenido Básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación
A Enseñar a las madres sobre la LM y sus técnicas	Prenatal				
	1. Historia de salud de la embarazada a) evaluación de la salud física y mental de la mujer embarazada b) diagnóstico c) planificación de la atención d) reevaluación	Conferencias Observación de clases prenatales para madres Demostraciones y representación de roles	Diagramas, gráficas, dibujos, cuadros Acetatos y proyector Diapositivas y proyector	Especialistas en LM Docentes Permiso de áreas clínicas para observación y práctica	Elaborar la historia de salud y planificar la atención de enfermería para una mujer embarazada, basándose en el siguiente caso
	2. Educación e información: a) ventajas y desventajas de la LM b) clarificación y corrección de mitos, creencias y tabúes c) la importancia de amamantar inmediatamente después del parto d) valor del calostro e) técnicas y posiciones para amamantar f) el rol del padre en la lactancia	Observaciones y prácticas clínicas	Modelos, maniqués, videos, películas	Sala de conferencias Educadores de salud Mujeres embarazadas Obstetras Ginecólogos Pediatras Fondos para modelos y maniqués	Desarrollar el contenido de una clase de LM para madres embarazadas Observación de la práctica clínica del estudiante ¿Cuál es el cuidado prenatal que se puede dar a los pezones normales, invertidos o planos?
				Líderes y mujeres de la comunidad	

Unidad IX. Técnicas clínicas para el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna (cont.)

Objetivos	Contenido Básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación
A (Cont.) Enseñar a las madres sobre la LM	2 (Cont.) g) nutrición de la madre lactante (véase Unidad VI) h) Examen y evaluación de la mama y los pezones i) cuidado de la mama y los pezones j) cuidados especiales de los pezones de diferentes tipos: <ul style="list-style-type: none"> • invertidos • planos 				
	Posnatal				
B. Manejar el inicio y el mantenimiento de la LM	1. Fomentar amamantamiento temprano/ a) calostro b) amamantamiento a libre demanda y frecuentemente	Observación institucional y comunitaria		Madres lactantes y sus bebés/permiso para su participación	Evaluar la técnica que usa una nueva madre e indicar o tomar las acciones apropiadas
				Miembros de la Liga La Leche grupos de apoyo	

Unidad IX. Técnicas clínicas para el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna (cont.)

Objetivos	Contenido Básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación
B. (Cont.) Manejar el inicio y el mantenimiento de la LM	2 Fomentar el alojamiento conjunto para amamantamiento frecuente y a libre demanda			Obstetras Pediatras Consultores en lactancia	
	3 Técnicas y posiciones de amamantamiento a) frente a frente b) acostado c) "sandía" o "pelota" d) con cesárea e) iniciación del reflejo de búsqueda f) cómo ayudar al niño a agarrarse al pecho g) retiro del niño del pecho h) hacerle eructar i) frecuencia y duración a libre demanda, hasta que el niño termine, alternando el pecho con el cual se empieza	Observación práctica clínica	Modelos, muñecos	Gráficas, dibujo, diagramas	Guías de observación

Unidad IX. Técnicas clínicas para el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna (cont.)

Objetivos	Contenido Básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación
B. (Cont.) Manejar el inicio y el mantenimiento de la LM	3 (Cont.) j) métodos para despertar al niño k) participación del padre	Observación y práctica clínica Análisis de casos	Acetatos y proyector	Especialistas/ consultores en LM Miembros de la Liga La Leche/otros grupos de apoyo Madres lactantes y niños	Explicar y demostrar el tratamiento de los problemas más comunes de las mamas y los pezones
	4 Examen y evaluación de las mamas y pezones con problemas comunes				Demostrar la atención correcta para dos problemas comunes que se presentan en la madre lactante al comenzar a lactar
	5 Tratamientos y cuidados especiales en casos de:	Observación y práctica clínica	¿Cuál es el método más efectivo para prevenir la congestión de las mamas?		
	a) pezones invertidos o planos		¿Cuál es el método más efectivo para prevenir grietas y dolor en los pezones?		
	b) grietas				
	c) congestión de las mamas				
d) mastitis, obstrucción de los ductos					
e) dificultades con el reflejo de la bajada de leche f) una verdadera baja producción de leche (véase IX C.5.b)					

Unidad IX. Técnicas clínicas para el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna (cont.)

Objetivos	Contenido Básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación	
B. (Cont.) Manejar el inicio y el mantenimiento de la LM	6 Utilización de medicamentos y medicina tradicional durante la lactancia	Presentaciones por especialistas		Farmacólogo Practicantes de la medicina tradicional	¿Cuáles son las medicinas prohibidas totalmente durante la lactancia? ¿Por qué?	
	7. Extracción de la leche materna a) métodos • manual • mecánico b) almacenamiento de la leche y su uso		Observación y práctica clínica Práctica de laboratorio			Muestras de bombas Guías con información de extracción, almacenaje y uso de la LM
	8 Presentación de otros aparatos usados en la LM y su uso apropiado a) pezonera b) guardapezón/ protectores para los pechos c) cojincillo/ almohadilla para los pechos d) suplementador de la lactancia				Muestras del equipo	

Unidad IX. Técnicas clínicas para el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna (cont.)

Objetivos	Contenido Básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación
C. Apoyar el mantenimiento de la LM	1. Nutrición de madre/hijo: a) tabú b) valor del calostro c) alimentación complementaria d) destete	(véase Unidad VI) Práctica clínica			Observación y evaluación de las destrezas/habilidades del estudiante
	2. Patrones característicos del horario del recién nacido (horas que permanece dormido/ despierto)		Observación y anotación del horario y/o patrones de eliminación del niño por el estudiante	Representaciones gráficas de los patrones	
	3. Significado y tipo de llanto del recién nacido	Guías de observación		Permiso para la observación	
	a) técnicas para calmar a un niño	Anotación del horario y/o patrones de eliminación del niño por la madre por tiempos más largos	Cuadros de anotación	Acuerdo con las madres para su participación	
	4. Patrones de las deposiciones en el recién nacido según el tipo de alimentación		Análisis de las dos anotaciones		
	a) apariencia y frecuencia de las deposiciones de un recién nacido que es amamantado y deposiciones de uno que se alimenta con leche artificial				

Unidad IX. Técnicas clínicas para el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna (cont.)

Objetivos	Contenido Básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación
C. (Cont.) Apoyar el mantenimiento de la LM	4 (Cont.) b) diarrea y su tratamiento c) frecuencia de pañales húmedos que indican el consumo adecuado de leche materna 5 Patrones de crecimiento y aumento de peso en el recién nacido según el tipo de alimentación a) periodos de crecimiento rápido y cambios en la frecuencia del amamantamiento b) retraso del crecimiento y baja producción de leche	Análisis de casos-comparación de niños amamantados y niños alimentados con fórmula	Cuadros, gráficas de crecimiento	Pediatras	Elaborar un listado de orientaciones destinadas a la madre lactante que sale del hospital para que pueda enfrentar en su casa las dificultades propias de la crianza del bebé en las primeras semanas

Unidad X. Manejo de la LM: Madres que trabajan fuera del hogar y otras circunstancias especiales

Objetivos	Contenido Básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación
A Ayudar a las madres que trabajan fuera del hogar a continuar la LM	<ol style="list-style-type: none"> 1 Aspectos técnicos <ol style="list-style-type: none"> a) "ritmo inverso" de LM (dar leche materna con cuchara durante el día y amamantar durante la noche) b) cómo extraer y almacenar leche materna 2 Aspectos psicosociales <ol style="list-style-type: none"> a) cuidado de los niños b) rol del padre c) grupos de apoyo para la madre 3 Aspectos legales <ol style="list-style-type: none"> a) Ayuda/protección legal para la madre lactante que trabaja fuera del hogar 	<p>Conferencias con especialistas</p> <p>Discusión</p>		<p>Madres lactantes que trabajan fuera del hogar y permiso para su participación</p> <p>Padres</p> <p>Abogados</p> <p>Representantes de grupos de apoyo</p> <p>Empleadores</p>	<p>Desarrollar un listado de recomendaciones para la madre que trabaja fuera del hogar, o para la que se separa de su bebé por largos periodos de tiempo</p>

Unidad X. Manejo de la LM: Madres que trabajan fuera del hogar y otras circunstancias especiales (cont.)

Objetivos	Contenido Básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación
B. Apoyar y manejar el mantenimiento de la LM en circunstancias especiales	Niño				
	1 Partos múltiples	Conferencias y especialistas	Diagramas, dibujos	Ginecólogos, neonatólogos	¿Cuál es el mejor manejo de un recién nacido con ictericia?
	2 Prematuro, de bajo peso al nacer		Modelos, muñecos	Especialistas en LM	
	3 Ictericia				
	4 Con enfermedades comunes	Observaciones y prácticas clínicas	Guías de observación	Pediatras	¿Qué le aconsejaría a una madre lactante cuyo bebé tiene diarrea? ¿Por qué?
	a) vómitos, diarrea/infección gastrointestinal	Revisión bibliográfica y de investigaciones	Estudios de casos	Permiso para la observación	
	• enfatizar la importancia de seguir amamantando		Videos, películas	Madres y niños lactantes, incluyendo las madres lactantes que tuvieron problemas y los superaron, y permiso para su participación	
	b) infecciones respiratorias	Discusión en grupo	Acetatos y proyector		
	c) cólicos	Análisis de casos	Diapositivas y proyector		
	5 Hospitalizado				
6 Con defectos congénitos	Práctica de laboratorio				
a) labio leporino/paladar hendido				Cirujanos	
b) Síndrome de Down				Neurologos	
c) problemas neuromusculares					

Unidad X. Manejo de la LM: Madres que trabajan fuera del hogar y otras circunstancias especiales (cont.)

Objetivos	Contenido Básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación
B. (Cont.) Apoyar y manejar el mantenimiento de la LM en circunstancias especiales	7. Con alergias				
	8. Retraso del crecimiento				
	9. Otros				
	Madre				
	1. Con enfermedades agudas contagiosas y no contagiosas	Conferencias Discusión de grupo	Video y monitor	Especialistas en estas áreas	Describir las enfermedades o circunstancias que son contraindicaciones a la LM Explicar por qué
	2. Hospitalizada				
	3. Diabetes				
	4. Tuberculosis				
	5. Ataques epilépticos				
6. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)				Explicar si la madre con SIDA debe amamantar a su bebé o no ¿Por qué?	
7. Hipotiroidismo/ hipertiroidismo					
8. Hepatitis					

Unidad X. Manejo de la LM: Madres que trabajan fuera del hogar y otras circunstancias especiales (cont.)

Objetivos	Contenido Básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación
B. (Cont.) Apoyar y manejar el mantenimiento de la LM en circunstancias especiales	9. Herpes				
	10. Alergias				
	i1. Después de cirugía de la mama/cáncer	Testimonios		Madres que han tenido estos problemas	
	12. Incapacidad física			Psicólogos	
C. Ayudar a las madres adolescentes a iniciar y mantener prácticas apropiadas de LM	13. Incapacidad mental				
	a) retardo mental				
	b) problemas psiquiátricos				
C. Ayudar a las madres adolescentes a iniciar y mantener prácticas apropiadas de LM	1. Aspectos técnicos (véase Unidad IX)	Testimonios Discusión	Guía de entrevistas	Madres adolescentes	Describir los problemas relacionados con la LM que confronta una madre adolescente y formular un plan para suprimirlos
	2. Aspectos psicosociales que afectan a madres lactantes jóvenes (y tal vez solteras)	Entrevistas con madres adolescentes		Especialistas de LM que tienen experiencia con madres adolescentes Permiso para entrevistas	

Unidad XI. Técnicas de comunicación y enseñanza para profesionales de la salud y otros

Objetivos	Contenido Básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación
A. Identificar las necesidades de enseñanza/aprendizaje a nivel individual y/o de grupo sobre LM	1. Principios de comunicación	Conferencias con especialistas	Acetatos y proyector	Especialistas en comunicación, educación, desarrollo de currículo y de materiales audiovisuales	Describir los pasos en el proceso de desarrollo de un plan instructivo
	2. Conceptualización de la enseñanza y aprendizaje de los adultos	Trabajo en grupos pequeños Discusión de grupo	Diapositivas y proyector		
	3. Identificación de las características de los estudiantes	Talleres		IBFAN	¿Cuáles son las características sobre enseñanza/aprendizaje para adultos?
	4. Definición de necesidades				
B. Elaborar planes de enseñanza dirigidos a madres, profesionales y otros grupos	1. Planificación del proceso de enseñanza para adultos	Observación y crítica de sesiones educativas	Prototipos usados en el desarrollo de planes educativos	Permiso para observación y/o práctica, lugares apropiados para la práctica	Elaborar un programa de a) un grupo de enfermeras que trabajan en la maternidad b) madres lactantes que han tenido cesáreas c) nutricionistas d) médicos
	a) objetivos basados en comportamiento	Taller para la elaboración e instrumentación de un plan educativo para madres y otras personas	Videos		
	b) contenido				
	c) metodologías de enseñanza		Pautas de observación		
	d) desarrollo/organización de recursos y materiales				
e) criterios de evaluación			Sala de conferencias		

Unidad XI. Técnicas de comunicación y enseñanza para profesionales de la salud y otros (cont.)

Objetivos	Contenido básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación
C. Aplicar técnicas teóricas y clínicas apropiadas para la enseñanza a individuos y a grupos utilizando diferentes metodologías	1. Enseñanza participativa e interactiva a) Integración teórica y práctica 2. Uso de metodologías de enseñanza participativa y retroalimentación	Taller-práctica de enseñanza	Planes instructivos	Sitios para la práctica y permiso para su uso Especialistas en entrenamiento	Observación de la práctica de los estudiantes Observación del estudiante dándole retroalimentación a sus colegas
	3. Dinámica de grupo	Practicar la dinámica grupal		Aulas adecuadas para la práctica de las dinámicas grupales	
D. Utilizar recursos apropiados para enseñar	1. Utilización de material audiovisual y de otro tipo a) principios b) técnicas	Criticar materiales audiovisuales Talleres para elaboración de materiales visuales	Cartelera, marcadores, pintura, goma y revistas para preparar visuales Prototipos de materiales audiovisuales	Compras de materiales audiovisuales	¿Cuáles son los puntos claves en el desarrollo de materiales audiovisuales? Evaluar los siguientes ejemplos de materiales audiovisuales

Unidad XI. Técnicas de comunicación y enseñanza para profesionales de la salud y otros (cont.)

Objetivos	Contenido básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación
E. Realizar, evaluar y hacer el seguimiento de los programas de enseñanza de LM	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación de conocimientos, habilidades y actitudes 2. Metodologías de evaluación 3. Tipos de instrumentos <ol style="list-style-type: none"> a) diagnóstico b) formativo c) aditivo d) cuantitativo e) cualitativo 	<p>Taller para la elaboración de un instrumento de evaluación, basado en el plan instructivo mencionado antes</p> <p>Práctica de las habilidades de evaluación</p>	<p>Ejemplos de instrumentos de evaluación</p> <p>Guía de evaluación</p>	<p>Evaluadores</p> <p>Educadores</p>	<p>Desarrollar un plan de evaluación para una situación de enseñanza específica</p>

Unidad XII. Técnicas de comunicación y consejo para la educación sobre la LM a nivel familiar

Objetivos	Contenido Básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual		Preguntas de evaluación	
			Otros recursos			
A. Aconsejar y educar a las madres sobre las prácticas apropiadas de la LM	1. Principios de orientación individual	Conferencia Sociodramas	Guías de orientación individual		Consejeros	Identificar los puntos clave de las técnicas para la orientación individual
	2. Técnicas de orientación individual					
E. Apoyar a la madre y a su familia para el amamantamiento	1. Mitos, creencias y experiencias de la madre, su familia y la comunidad relacionados con la LM	Metodologías participativas <ul style="list-style-type: none"> • trabajo en grupos • juegos • representación de roles • sociodramas 	Guías de discusión Rotafolios Películas, videos		Psicólogos Trabajadores Sociales Promotores de salud Docentes Representantes de la Liga La Leche y de IBFAN	Analizar la influencia de la comunidad y de la familia en la decisión de amamantar
	2. La influencia de los antes mencionados(B.1) en la decisión de amamantar				Permiso de las familias para desarrollar entrevistas	
	3. Relaciones interpersonales y de ayuda y el impacto de éstas en la decisión de amamantar		Entrevistas con madres y familias Discusión de grupo	Guías de entrevistas		Sala de conferencia
a) el rol del padre					Sala para trabajo de grupo pequeño	

Unidad XII. Técnicas de comunicación y consejo para la educación sobre la LM a nivel familiar (cont.)

Objetivos	Contenido Básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación
B. (Cont.) Apoyar a la madre y a su familia para el amamantamiento	4 El proceso de saber escuchar para entender mejor las preocupaciones de la madre	Revisión bibliográfica y de investigaciones			
	5 La toma de decisiones basada en una información amplia y completa sobre todas las alternativas de acción la elección informada	Análisis de casos Conferencias con especialistas	Formularios usados en la elección informada		
	6 El apoyo para la madre que decide <u>no</u> amamantar				

Unidad XIII. Intervenciones para efectuar cambios en los sistemas de servicios de salud

Objetivos	Contenido Básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación
A Identificar las prácticas hospitalarias que impiden la práctica óptima de la LM	1 Principios de administración para los servicios de salud	Conferencias con especialistas Trabajos en grupo	Folletos sobre la administración y el proceso de cambio	Personal de salud <ul style="list-style-type: none"> • trabajadores sociales • nutricionistas • pediatras • administradores • enfermeras • obstetras • ginecólogos • estadistas • anestesistas Permiso para observación	Elaborar un diagnóstico sobre LM en el sitio donde se realiza la práctica, indicando los problemas encontrados
	2 Rutinas hospitalarias que impiden la práctica óptima de la LM	Discusión en grupo Observación institucional	Películas, videos Guía de observación		
	a) separación de madre e hijo	Revisión bibliográfica y de investigaciones			
	b) uso de fórmulas suplementarias, agua, té				
	c) muestras gratuitas de fórmula				
	d) retraso del primer amamantamiento				
	e) biberón, chupetes				
	f) uso de sedantes/ analgésicos durante el parto, especialmente con cesáreas				
	g) falta de conocimiento sobre LM de parte del personal profesional; consejo incorrecto, inapropiado				
	h) falta de apoyo a las madres				

Unidad XIII. Intervenciones para efectuar cambios en los sistemas de servicios de salud (cont.)

Objetivos	Contenido Básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación
B. Identificar áreas donde el profesional de salud puede efectuar cambios	1. Rol del profesional de salud como agente de cambio a) cómo reconocer su campo de influencia y efectividad b) cómo efectuar los cambios				
C. Desarrollar una estrategia apropiada a su situación para hacer estos cambios	1. Cambios en las rutinas hospitalarias para mejorar la práctica de LM a) amamantamiento inmediato (en los 30-60 min. después del parto) b) alojamiento conjunto c) ningún líquido suplementario d) evitar el uso de biberones, chupetes, tetinas, etc. e) capacitación en LM para el personal, madres, padres y familiares 2. Identificación de barreras, facilitadoras de cambio		Declaración de OMS/UNICEF		Desarrollar un plan de acción para hacer los cambios posibles

Unidad XIII. Intervenciones para efectuar cambios en los sistemas de servicios de salud (cont.)

Objetivos	Contenido Básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación
D. Promover la LM a nivel institucional para crear un ambiente favorable a la misma	<ol style="list-style-type: none"> 1. La ventaja del equipo multidisciplinario en la promoción y mantenimiento de la LM 2. La importancia de tener normas y políticas de LM escritas, que sean entendidas y practicadas por todo el personal <ol style="list-style-type: none"> a) cómo influir en el desarrollo de directivas 	Mesa redonda	Copias de las normas de LM de varias instituciones, si existen	<p>Pediatras</p> <p>Enfermeras</p> <p>Nutricionistas</p> <p>Psicólogos</p> <p>Obstetras</p> <p>Administradores</p> <p>Trabajadores sociales</p>	<p>¿Qué quiere decir "un equipo multidisciplinario" en la promoción de la LM?</p> <p>¿Por qué es fundamental al inicio y mantenimiento de la LM?</p> <p>Analizar las normas/políticas de su hospital, si existen</p>

Unidad XIV. Promoción de la LM a nivel comunitario y de la sociedad

Objetivos	Contenido Básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación
A Identificar los obstáculos socioculturales y económicos que impiden una LM exitosa	1. La urbanización y la separación de la familia extendida	Revisión de investigaciones y bibliografías		Sociólogos	
	a) falta de apoyo familiar			Trabajadores de la comunidad	
	b) falta de modelo femenino en LM				
	2. La situación económica y el aumento de mujeres que trabajan fuera del hogar	Discusión en grupo	Datos estadísticos	Economistas Sociólogos Psicólogos	Identificar y analizar dos obstáculos socioculturales en su situación y el impacto de los mismos en la práctica óptima de la LM
	a) separación de madre e hijo	Trabajo de grupo	Rotafolios	Sala de conferencias	
	b) falta de apoyo en los sitios de trabajo	Conferencias con especialistas	Gráficas, cuadros, diagramas	Empleadores	
	c) falta de apoyo de parte de los profesionales de salud			Padres y otros hijos	
	d) falta de apoyo paternal/familiar				
	3. Imagen de la mujer				
	a) sexual				
	b) materna				
	c) como un todo				

Unidad XIV. Promoción de la LM a nivel comunitario y de la sociedad (cont.)

Objetivos	Contenido Básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación
A (Cont.) Identificar los obstáculos socioculturales y económicos que impiden una LM exitosa	<p>4 Influencia de los medios masivos de comunicación y de la propaganda comercial en la práctica de la LM</p> <p>a) información correcta</p> <p>b) información equivocada/ falsa</p> <p>c) estrategias para promover la LM</p>	<p>Evaluación de ejemplos de mensajes utilizados</p> <p>Discusión en grupo</p> <p>Trabajo de grupos</p> <p>Sociodramas</p>	<p>Afiches, videos, películas con ejemplos de mensaje</p> <p>Acetatos, diapositivas</p>	Especialistas en comunicación	<p>¿Cuál es el mensaje predominante de los medios masivos de comunicación sobre la LM?</p> <p>¿Qué impacto tiene el mismo?</p>
	<p>5 Motivación desde la niñez para el uso del biberón</p> <p>a) juguetes: muñecas con juegos de biberones y chupones</p> <p>b) regalos de biberones para madres</p>			Especialistas en el mercado de juguetes	
	<p>6 Impresiones sociales de la LM</p> <p>a) por instinto, en lugar de algo que se aprende</p> <p>b) sexualidad</p> <p>c) LM prolongada no es normal ni natural</p> <p>d) es primitiva</p>			Sociólogos	

Unidad XIV. Promoción de la LM a nivel comunitario y de la sociedad (cont.)

Objetivos	Contenido Básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación
A (Cont.) Identificar los obstáculos socioculturales y económicos que impiden una LM exitosa	6 (Cont.) e) disminuye la independencia de la madre, está "amarrada" al niño f) interfiere con la nutrición materna				
B. Identificar los factores socioculturales y económicos que facilitan y promueven una LM exitosa	1. Contribución de la LM a la disminución de la deuda externa y ahorro de divisas 2. Valoración de las culturas y prácticas tradicionales 3. Renovación del interés en la protección de los recursos naturales 4. Comprobación científica de la importancia de la LM 5. Apoyo de organizaciones nacionales e internacionales que trabajan en LM como la OPS, OMS, y UNICEF	Conferencias Discusión en grupo		Formuladores de políticas	¿Qué programas se están desarrollando en este país para apoyar la LM y quiénes lo llevan a cabo?
				Representantes de la OPS o UNICEF	

Unidad XIV. Promoción de la LM a nivel comunitario y de la sociedad (cont.)

Objetivos	Contenido Básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación
B. (Cont.) Identificar los factores socioculturales y económicos que facilitan y promueven una LM exitosa	6. Leyes laborales que favorezcan a la mujer que amamanta 7. Preocupación nacional por el crecimiento de la población	Conferencia	Legislación	Representantes de la OPS o UNICEF Abogados especializados en la ley	
C. Desarrollar estrategias apropiadas a la situación actual en su comunidad, región o país para la promoción y apoyo de la LM	1. Estrategias para promover la LM a) evaluación de necesidades b) educación comunitaria <ul style="list-style-type: none"> • mujeres en edad fértil • madres embarazadas • madres lactantes • madres lactantes que trabajan fuera de la casa • esposos y familias de estas mujeres • líderes de la comunidad • trabajadores comunitarios 	Conferencia	Materiales actuales y anteriores de campañas de promoción	Liga La Leche y otros grupos de apoyo IBFAN Especialistas en: -LM -comunicación -organización comunitaria -acción política -educación	Desarrollar un plan de educación comunitaria dirigido a líderes de la comunidad

Unidad XIV. Promoción de la LM a nivel comunitario y de la sociedad (cont.)

Objetivos	Contenido Básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación
C. (Cont.) Desarrollar estrategias apropiadas a la situación actual en su comunidad, región o país para la promoción y apoyo de la LM	1. (Cont.) <ul style="list-style-type: none"> • profesionales de salud • niños en edad escolar, adolescentes • público en general c) organización y formación de grupos de apoyo • identificación de los intereses y necesidades de las madres • identificación de los líderes formales e informales en la comunidad • estructuras/ funciones de organización posibles • clubes de madres (generales) vs. clubes de madres lactantes (ej: Liga La Leche) 	Conferencia Práctica en la comunidad		Fundadores y presidentes de grupos	Planear una sesión educativa para adolescentes ¿Cuál es el rol de los grupos de apoyo en la promoción de la LM?

Unidad XIV. Promoción de la LM a nivel comunitario y de la sociedad (cont.)

Objetivos	Contenido Básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación
<p>C. (Cont.) Desarrollar estrategias apropiadas a la situación actual en su comunidad/región/país para la promoción y apoyo de la LM</p>	<p>1. (Cont.) d) acción política</p> <ul style="list-style-type: none"> • leyes laborales • Código de Sucedáneos • normas/ políticas nacionales <ul style="list-style-type: none"> • estructuras de los servicios de salud • acción de grupos organizados <ul style="list-style-type: none"> - en salud - sindicatos - agrarios <p>e) difusión de mensajes por medios masivos de comunicación</p> <ul style="list-style-type: none"> • principios • efectividad • limitaciones 	<p>Taller para desarrollo de mensajes y preparación de artículos que apoyen y promuevan la LM para su publicación en periódicos, boletines</p> <p>Entrevistas sobre la LM por radio y televisión</p>		<p>Abogados</p> <p>Formuladores de políticas</p> <p>Administradores</p> <p>Representantes de sindicatos</p> <p>Especialistas en comunicación</p>	<p>Describir las leyes laborales necesarias para proteger la LM</p> <p>A su juicio, ¿qué agregaría usted a las leyes laborales de su país para proteger la LM?</p> <p>Si no hay leyes, ¿cuáles son los puntos más importantes que la legislación debería abordar con respecto a la LM?</p> <p>Desarrollar una cuña radial dirigida a los esposos y familias</p>

Unidad XV. Evaluación de las actividades para promover la LM

Objetivos	Contenido Básico	Método de Enseñanza	Material impreso y audiovisual	Otros recursos	Preguntas de evaluación
A. Desarrollar e implantar un plan básico para evaluar actividades para promover la LM	1. Conceptos del seguimiento y de la evaluación de las actividades	Revisión bibliográfica Conferencias con especialistas	Acetato y proyector Diapositivas y proyector	Profesionales y docentes de servicio	
B. Establecer y mantener un sistema de información que permita el seguimiento y evaluación de las actividades de LM	1. Registro y manejo de información a) tipos b) instrumentos c) usos 2. Evaluación a) tipos b) instrumentos c) usos	Discusión en grupo Ejercicios sobre el uso de formularios Discusión de grupos para manejo de situaciones, reales o ficticias	Ejemplos de sistemas de información, y formularios Ejemplos de instrumentos de evaluación	Representantes de agencias de apoyo en la comunidad y aprobación para su participación	Diseñar un formulario para recolectar datos sobre el uso de alimentos complementarios por madres lactantes de la comunidad que recibieron clases de LM en el hospital después del parto
C. Participar en investigaciones relacionadas con la LM	1. Principios de investigaciones a) tipos b) usos c) metodologías instrumentación d) limitaciones e) sugerencias para campos de estudio	Trabajo en grupo Revisión de investigaciones	Ejemplos de investigaciones Guías de investigación		¿Cómo se podría usar esta información y cuál sería su utilidad? Discutir dos metodologías de investigaciones Discutir los resultados de investigaciones según y cómo se hayan presentado en publicaciones profesionales

Método de la lactancia y la amenorrea: Ejemplo de una unidad de enseñanza

**Miriam Labbok, Ronnie Lovich, Rosalía Rodríguez-
García y Lois A. Schaefer**

UNIDAD VIII. LA LACTANCIA MATERNA Y EL ESPACIAMIENTO DE NACIMIENTOS

A. La lactancia materna y el espaciamiento de nacimientos

- A.1. Impacto de la lactancia materna en la fertilidad de la población
- A.2. Fisiología de la infertilidad de la lactancia
- A.3. Amenorrea durante la lactancia frente a menstruación durante la lactancia

B. Método de la Lactancia y la Amenorrea (MELA) para el espaciamiento de los hijos

- B.1. Criterios para el uso del MELA
- B.2. Recomendaciones para el uso efectivo del MELA para el espaciamiento de los hijos
- B.3. Transición del MELA a un método complementario
- B.4. Recomendaciones para la orientación y educación de las usuarias

C. La lactancia materna y la planificación familiar. Métodos complementarios

- C.1. Métodos de planificación familiar y su uso durante la lactancia materna. Ventajas y desventajas
- C.2. Puntos adicionales para discusión.

Nota: Este plan de enseñanza se ajusta a los lineamientos del módulo de lactancia materna. Refiérase a la Unidad VIII, página 41 de este volumen.

INTRODUCCION

Al Docente:

El Método de la Lactancia y la Amenorrea (MELA) es reconocido como un método efectivo de planificación familiar para la mujer amenorréica que amamanta en forma completa o casi completa durante los primeros seis meses después del parto¹. Cuando se usa de manera apropiada, este método puede proporcionar un 98% de protección contra un embarazo no planeado. Sin embargo, al igual que otros métodos para el espaciamento de los hijos, debe ser usado correctamente. Su eficacia depende de prácticas de amamantamiento adecuadas y del reinicio o no de la menstruación. Debe tenerse en cuenta que el MELA es un método basado en el conocimiento y cómo es utilizado, dependiendo su éxito, por lo tanto, de la educación y el apoyo que se le preste a la madre. Todo esfuerzo deberá de ser hecho para asegurar que existe un ambiente social y familiar positivo que apoya a las madres en la decisión de amamantar optimamente.

Este plan de enseñanza tiene dos propósitos: 1) proporcionar a los docentes la información necesaria para enseñar el Método de la Lactancia y la Amenorrea para el espaciamento de los hijos, y 2) proporcionar un ejemplo de cómo puede usarse el currículo básico para desarrollar planes específicos de enseñanza.

Este plan de enseñanza utiliza información de las "Guías para la lactancia materna en los programas de planificación familiar y supervivencia infantil" (Labbok, Koniz-Booher, Shelton y Krasovec, 1990). Los cuadros de las Guías se han incorporado en este ejemplo de una unidad educativa. El método en sí, se deriva de un trabajo anterior sobre el desarrollo de un método de lactancia materna (Labbok, 1983), del consenso al que llegó en una reunión realizada en Bellagio, Italia, un grupo de investigadores en lactancia y fertilidad relacionado con el amamantamiento y sus efectos sobre la amenorrea del posparto (Kennedy, Rivera y McNeilly, 1989), y de una reunión interagencial sobre este tema

¹ Reunión Interagencial sobre Contracepción en el Posparto, patrocinada por Family Health International y la Agencia para el Desarrollo Internacional de los EUA. (USAID), mayo de 1990.

celebrada en el Instituto para Investigaciones Internacionales de Planificación Familiar Natural de la Universidad de Georgetown, en febrero de 1988.

Conceptos clave

Se han utilizado en el texto los siguientes conceptos:

- Planificación familiar complementaria
- Amenorrea
- Lactancia materna exclusiva
- Anovulación
- Lactancia materna completa
- Ovulación
- Lactancia materna casi completa
- Probabilidad de concebir

OBJETIVOS:

El estudiante será capaz de:

- A. Explicar el impacto de la lactancia materna en el espaciamiento de nacimientos.
- B. Explicar el Método de la Lactancia y la Amenorrea (MELA), incluyendo los criterios para su uso, la eficacia del método, instrucciones para su uso efectivo y la introducción oportuna de la planificación familiar complementaria.
- C. Describir los diversos métodos de planificación familiar y su interacción con la lactancia materna.

CONTENIDO BASICO

A. La lactancia materna y el espaciamiento de nacimientos

A.1. Impacto de la lactancia materna en la fertilidad de la población

A.1.a. El espaciamiento de los hijos en el mundo en desarrollo, es el resultado de la lactancia materna más que de todos los otros métodos de planificación familiar combinados

(Kennedy y col., 1989; Thapa, Short y Potts, 1989). En las regiones del mundo en donde priman las prácticas óptimas para amamantar (más adelante en el texto se elaborará sobre cuáles prácticas se consideran "óptimas"), la lactancia materna contribuye a un espaciamiento promedio de nacimientos de dos o más años.

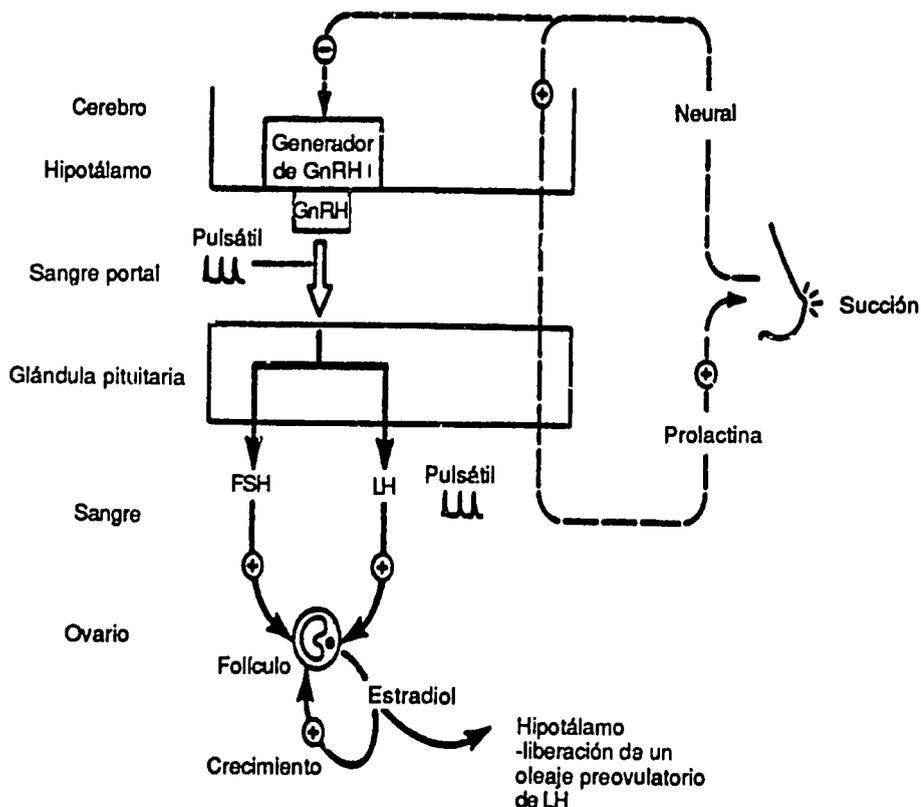
A.1.b. La disminución de las prácticas de lactancia materna ha sido asociada con el regreso más temprano de la menstruación y el aumento de la fertilidad. En un contexto general, la disminución de la lactancia materna puede estar asociada con tasas más elevadas de fecundidad. Si la práctica de la lactancia materna continúa declinando, se necesitarán aumentos considerables en la prevalencia de la contracepción, para poder mantener los niveles actuales de fertilidad (Labbok y Koniz-Booher, 1989; McCann, Liskin, Plotrow, Rinehart y Fox, 1984).

Períodos más extensos de lactancia, especialmente del amamantamiento completo o casi completo, podrían contribuir a una reducción del aumento de la población, según los estándares contemporáneos de planificación familiar, contribuyendo al mismo tiempo a reducir las tasas de mortalidad infantil (Kennedy y col., 1989; McCann y col., 1984; Thapa y col., 1988).

A.2. Fisiología de la infertilidad debida a la lactancia

A.2.a. El efecto de la lactancia materna en la fertilidad es mediado por un complejo mecanismo de retroalimentación entre el hipotálamo, la glándula pituitaria y los ovarios. La regulación por la lactancia de tanto el ciclo menstrual como el de la producción de la leche, comienza con la succión y su efecto en el hipotálamo. Se cree hoy en día que la estimulación del pezón es la que causa los cambios en la producción de

Figura 1.
Diagrama esquemático del control de la secreción de gonadotropina por el hipotálamo.



GnRH es liberada mediante pulsaciones generadas por el hipotálamo e induce la liberación pulsátil de LH por la glándula pituitaria. Se cree que la succión altera la frecuencia del pulso de secreción de LH al afectar el pulso generado por el hipotálamo al liberar GnRH; ya sea por una intervención neurológica directa o por un aumento de secreción de prolactina.

Fuente: McNeilly, A.S., Glasier, A. y Howie, P.G. (1985). *Endocrine control of lactational infertility I*. En J. Dobbing (Ed.), Maternal Nutrition and Lactational Infertility. Nueva York: Raven Press.

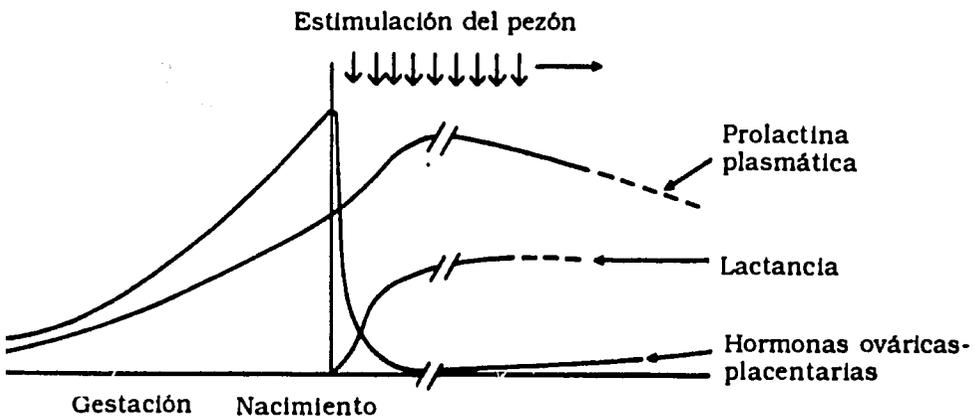
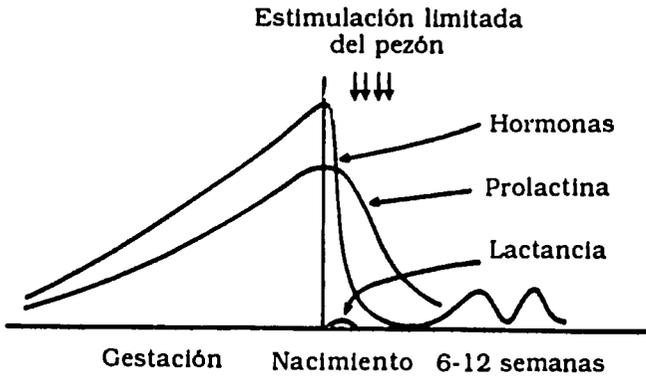
hormonas en el hipotálamo. Esto, a su vez, altera la producción de hormonas por la glándula pituitaria y, como resultado, el ovario no recibe el estímulo pulsátil necesario para el desarrollo y expulsión del óvulo y, por lo tanto, la producción de leche es estimulada (véase la Figura 1). (Deberá hacerse un repaso, si es necesario, de la fisiología de la producción de leche, Unidad V, y del ciclo menstrual. Con este último propósito, véase el Apéndice 2.)

A.2.b.Inmediatamente después del parto, hay una rápida disminución de los niveles de hormonas placentarias circulantes. Cuando no se amamanta, todos los sistemas regresan a las funciones anteriores al embarazo y la ovulación es reiniciada en aproximadamente siete semanas, como promedio (Gray y col., 1990). (Véase la Figura 2.)

A.2.c.La succión suprime, sin embargo, la acción de la hormona que libera la gonadotropina (GnRH) en el hipotálamo. Los patrones de secreción de la hormona luteinizante (LH) y la hormona estimulante del folículo (FSH) dependen de los patrones de GnRH. Los patrones de liberación de LH y FSH son en consecuencia, alterados durante la succión y, por lo tanto, el desarrollo del folículo es irregular y se inhibe la producción de estrógeno. Así, durante la lactancia se desorganiza la estimulación del folículo y se limita la producción de estrógeno, lo que puede prevenir la expulsión de un óvulo maduro (véase la Figura 1).

A.2.d.La liberación de GnRH puede estar influenciada también por la dopamina, los endorfinos Beta y la norepineprina. Los niveles de estos neurotransmisores son al parecer afectados por ciertos cambios en los niveles hormonales y por la succión durante el amamantamiento.

Figura 2.
Presentación esquemática de cambios hormonales a través de un período de tiempo, con y sin estímulo del pezón.



Fuente: Labbok, M. (1985). *Consequences of breastfeeding for mother and child.* Journal of Biosocial Science, 9(Suppl.), 43-54.

A.2.e. Factores que causan una disminución de la succión y pueden reducir la producción de leche y ocasionar el reinicio de la ovulación, pueden incluir el uso de chupetes y biberones, la introducción de otros alimentos o líquidos, largos intervalos entre mamadas, estrés, y enfermedad de la madre o del niño.

A.2.f. Eventualmente, a medida que pasa el período de posparto y a medida que se inician otros alimentos, o se altera el patrón del amamantamiento, la secreción de prolactina disminuye, provocando una disminución en la producción de leche y cambios en la liberación de GnRH, lo que lleva a su vez a la estimulación organizada del desarrollo de los folículos del ovario. Se reinicia a continuación la ovulación, pero puede ocurrir la menstruación en cualquier momento durante este proceso. La Figura 2 es una presentación esquemática de los patrones hormonales, con y sin el estímulo del pezón durante la lactancia.

A.3. Amenorrea durante la lactancia frente a menstruación durante la lactancia

A.3.a. La probabilidad de concebir durante la lactancia es mucho menor en el período de amenorrea que después que se ha reiniciado la menstruación. (La amenorrea por sí sola no es un indicador de infertilidad, ni tampoco un episodio de menstruación indica que se ha llegado al mismo nivel de fertilidad anterior a la lactancia.)

A.3.b. *Durante los primeros seis meses después del parto*, si una mujer que está lactando en forma completa comienza a menstruar, es probable que la menstruación no ha sido precedida por la ovulación. Aun si hubiere existido desarrollo folicular, un embarazo sería poco probable, ya que es raro que tanto un óvulo maduro, como un folículo, tengan actividad luteinizante adecuada. Sin

embargo, una vez que la menstruación ha ocurrido, el siguiente ciclo de menstruación es con frecuencia ovulatorio y la lactancia no podría ser ya considerada como una protección efectiva contra el embarazo.

Existe por lo general una ligera pérdida de sangre durante las primeras 6 a 8 semanas después del parto (56 días). Esto no es considerado como una menstruación regular si la mujer está amamantando en forma completa.

A.3.c. *Después de los primeros seis meses del parto*, hay una mayor probabilidad que la ovulación ocurre antes de la primera menstruación (Gray y col., 1990; Howie, McNeilly, Houston, Cook y Boyle, 1982; Kennedy y col., 1989; Thapa y col., 1988). Por esta razón, es importante que aun una mujer amenorréica que lacta en forma completa o casi completa considere un método complementario de planificación familiar alrededor del sexto mes de vida de su bebé, si desea obtener la máxima protección contra un embarazo no planeado. Los *métodos complementarios de planificación familiar* son definidos como métodos usados para complementar el efecto supresivo de la fertilidad que resulta de la lactancia.

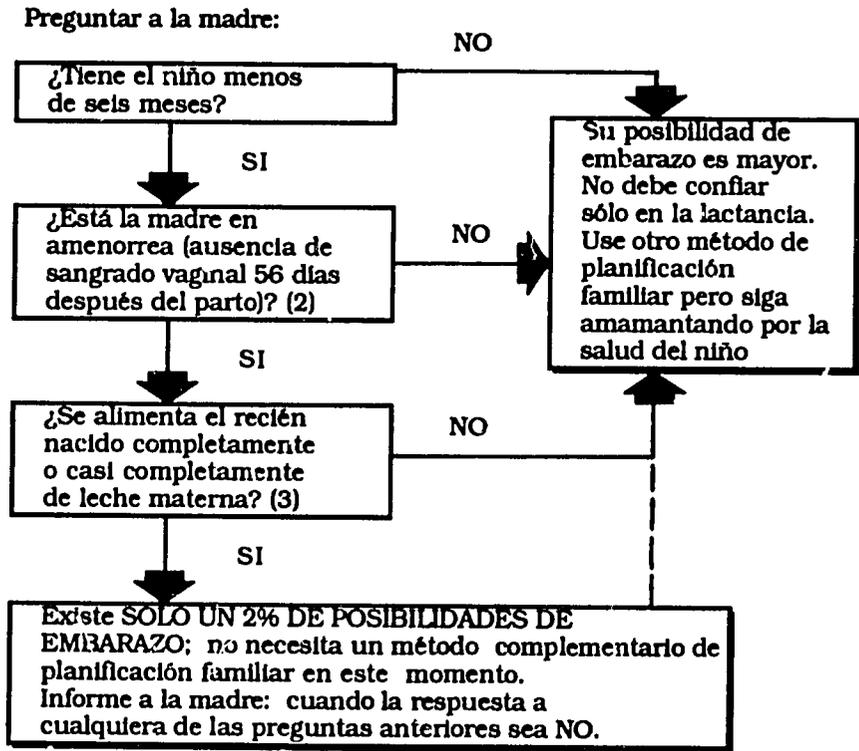
A.3.d. Si la menstruación ha recurrido o si han transcurrido más de seis meses después del parto, puede todavía haber una reducción considerable del riesgo de concebir si la madre continúa amamantando en forma óptima y frecuente.

B. Método de la Lactancia y la Amenorrea (MELA) para el espaciamiento de los hijos

B.1. Criterios para el uso de MELA

Aunque la lactancia materna para el espaciamiento de los hijos no es una "tecnología"

Cuadro 1.
Algoritmo del MELA



(1) Debe destacarse que estas guías son conservadoras. Las mujeres que siguen estas guías después de los 6 meses o que han presentado una menstruación aún pueden tener su fertilidad reducida si se siguen las prácticas óptimas de lactancia (véase Cuadro I). Más aún, en muchas áreas del mundo las mujeres amamantan por 12-24 meses y se mantienen en amenorrea por 12 meses o más. Estas mujeres pueden seguir infértiles por 12 a 15 meses postparto.

(2) El sangramiento que ocurre durante los primeros 56 días no se considera menstruación.

(3) Lactancia "completa" incluye lactancia exclusiva y casi exclusiva (dar a probar en forma ocasional comidas tradicionales o agua), día y noche de acuerdo a las recomendaciones de el Cuadro I. Lactancia "casi completa" significa el aporte ocasional de alimentos distintos de la leche materna.

Fuente: Labbok, M., Koniz-Booher, P., Shelton, J. y Krasovec, K. (1990). Guías para la Lactancia Materna en los Programas de Planificación Familiar y Supervivencia Infantil. Washington, DC: Instituto para Investigaciones Internacionales de Planificación Familiar Natural, Universidad de Georgetown.

nueva, existe hoy en día un número considerable de investigaciones en apoyo de su uso como un método efectivo de planificación familiar de limitada duración, siempre y cuando se sigan ciertas reglas (Kennedy y col., 1989).

B.1.a. Para que funcione el Método de la Lactancia y la Amenorrea, una mujer debe entender cuándo está protegida y cuándo podría no estarlo (véase el Cuadro 1). La mujer tiene un 98% de probabilidades de no quedar embarazada, únicamente si:

Su bebé tiene menos de seis meses,
y
la menstruación no se ha reiniciado,
y
está amamantando de forma completa
o casi completa.

B.1.b. Cuando cualquiera de estas condiciones no se cumplen, las probabilidades de concebir aumentan y será necesario utilizar algún método adicional de planificación familiar para recibir la máxima protección contra un embarazo no planeado (Federación Internacional de Planificación Familiar, 1990).

B.1.c. Aunque estas condiciones se cumplan, y particularmente si el bebé está próximo a cumplir seis meses, la mujer necesita información sobre cuándo y dónde buscar planificación familiar complementaria para obtener la máxima protección.

B.2. Recomendaciones para el uso efectivo del MELA para el espaciamiento de los hijos

B.2.a. El éxito del MELA para retrasar el retorno a la fertilidad depende del patrón de amamantamiento. Los efectos de infertilidad producidos por la lactancia están relacionados muy de cerca con los siguientes aspectos del amamantamiento: intensidad,

Cuadro 2.

Prácticas de lactancia materna recomendadas para una óptima supervivencia infantil y espaciamiento de los nacimientos

Amamantar lo más pronto posible, de preferencia inmediatamente después del parto. El calostro presente en las mamas los primeros días después del parto provee los nutrientes necesarios y la protección que el niño requiere, por lo que debe recibirlo. El estímulo precoz y frecuente de las mamas ayuda a la contracción uterina y también asegura una buena producción de leche, contribuyendo a una lactancia exitosa.

Amamantar en forma exclusiva los primeros 4-6 meses. No se debe dar al niño otros alimentos, líquidos o agua antes de los 4-6 meses. La lactancia completa (exclusiva o casi exclusiva que incluye el probar ciertos alimentos rituales o agua) o casi completa (con ocasionales aportes de alimentos distintos de la leche materna) son patrones comunes, pero es la lactancia exclusiva el patrón que permite una salud óptima durante los primeros 6 meses.

Después de los 4-6 meses, cuando se introducen alimentos suplementarios, la leche materna debe preceder a otros alimentos. Amamantar antes de ofrecer otros alimentos siempre que sea posible para que el niño quede satisfecho primero con la leche materna y luego con otros alimentos. Este patrón asegura que los nutrientes contenidos en la leche materna sean consumidos por el niño y favorece la producción de leche.

Seguir amamantando por lo menos durante dos años. La leche materna sigue siendo una excelente fuente tanto de calorías como de proteínas para el lactante de más edad. La lactancia sigue aportando protección inmunológica, lo que es de especial importancia cuando se introduce alimentación suplementaria en la dieta de los niños. La lactancia frecuente asegura una cantidad adecuada de leche y, dependiendo del patrón de mamadas, puede seguir teniendo algún efecto sobre el espaciamiento de los nacimientos.

Amamantar con frecuencia, siempre que el niño tenga hambre, de día y de noche. Este patrón es llamado "libre demanda." Esto puede ser tan frecuente como cada 1-2 horas (o más) especialmente durante las primeras semanas. No se debe seguir un esquema rígido, con tiempos determinados al pecho o intervalos específicos ni permitir períodos largos (4-6 horas) entre mamadas. A un niño plácido se le debe estimular a mamar seguido. La succión frecuente estimula la producción de leche y tiene efecto sobre el espaciamiento de los nacimientos.

Seguir amamantando aun si la madre o el niño se enferman. Los nutrientes y la protección inmunológica que aporta la leche materna son de especial importancia para el niño cuando él o la madre se enferman. Si el niño succiona mal, se puede requerir de la extracción de leche para mantener la producción. Si se sospecha que la madre es VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) seropositiva debe seguir amamantando. Sin embargo si la madre tiene alguna enfermedad transmisible potencialmente fatal, se debe solicitar el consejo actualizado de los profesionales de la salud locales.

Evitar el uso de biberones y chupetas. El uso de chupetas puede interferir con la capacidad y el deseo de succionar el pecho. Si deben dársele otros alimentos o líquidos, se debe usar cuchara o taza para reducir la posible introducción de contaminantes (debidos a mala higiene) y para disminuir la succión disfuncional (especialmente en los primeros meses).

Comer y beber las cantidades necesarias para satisfacer el apetito de la madre. La madre no requiere de alimentos o dietas especiales para producir la cantidad adecuada de leche. Sin embargo los requerimientos calóricos son elevados durante la lactancia y se debe estimular a las mujeres a consumir alimentos ricos en calorías. No hay alimentos prohibidos.

Fuente: Labbok, M., Koniz-Booher, P., Shelton, J. y Krasovec, K. (1990). Guías para la Lactancia Materna en los Programas de Planificación Familiar y Supervivencia Infantil. Washington, DC: Instituto para Investigaciones Internacionales de Planificación Familiar Natural, Universidad de Georgetown.

duración, frecuencia y el intervalo de tiempo entre mamadas, algunos de los cuales pueden ser influenciados por la madre.

B.2.b. Los patrones de lactancia materna que son más eficaces para prevenir el reinicio temprano de la fertilidad son los mismos patrones que se consideran óptimos para la nutrición del bebé y para la protección de las enfermedades. El Cuadro 2 presenta ocho recomendaciones de prácticas óptimas de amamantamiento, que proporcionarán a la madre un 98% de protección. (Nota: Datos preliminares de un trabajo realizado por el Dr. Alfredo Pérez, Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, reflejan solamente un 1,2% de embarazos por 100 mujeres/años de uso del MELA bajo condiciones de lactancia completa o casi completa [comunicación personal, mayo de 1990].)

B.2.c. Mientras mayor sea la frecuencia con que una mujer amamanta diariamente (y menores los intervalos entre mamadas), más protegida estará contra el retorno de la fertilidad. La frecuencia de las sesiones de amamantamiento multiplicada por la duración promedio de dichas sesiones representa la duración total del período de succión por día, el cual es un factor importante en la prolongación de la amenorrea (McNeilly, Glasier y Howie, 1985). Esta protección disminuye al agregarse otros alimentos y, por lo tanto, el bebé deberá mamar primero cada vez que se le ofrezcan otros alimentos.

Puntos adicionales a ser enfatizados:

B.2.d. Si una mujer es separada de su bebé, es importante extraer la leche por lo menos con la misma frecuencia que si hubiese amamantado. Esto ayuda a retrasar el

reinicio de la fertilidad, así como a mantener la provisión de leche.

B.2.e. Si el bebé duerme toda la noche sin mamar, los intervalos pueden ser demasiado largos y el método puede no resultar efectivo.

B.3. Transición del MELA a un método complementario

B.3.a. El Método de la Lactancia y la Amenorrea no se considera que es eficaz en un 98% cuando:

- el bebé cumple seis meses,
- la madre tiene una menstruación, o
- la madre empieza a dar al bebé alimentos suplementarios con regularidad (más del 20% de toda la alimentación).

La mujer puede también dejar de usar el método en cualquier momento, por cualquier otra razón.

B.3.b. Cuando ocurre alguno de esos eventos, se necesita algún otro método de planificación familiar a fin de contar con una protección eficaz contra el embarazo. La introducción de un método complementario de planificación familiar es una parte esencial del uso del MELA y debería programarse como parte de la orientación sobre MELA. Debe aconsejarse a la mujer que anticipe estas ocurrencias y que programe una consulta sobre planificación familiar o tenga un método anticonceptivo de barrera disponible (por ej. preservativos) cuando suceda alguno de esos eventos.

B.3.c. Después de seis meses de posparto, si la mujer no tiene acceso a otros métodos para el espaciamiento de los hijos y desea continuar dependiendo de la lactancia sea cual fuere la protección que con ella puede adquirir, debería aconsejarse que continúe amamantando a "demanda", día y noche, y que ofrezca el pecho primero antes de cualquier alimento suplementario. Esto es también sumamente importante para mantener la producción de leche. La madre debe entender que la

protección contra el embarazo puede disminuir considerablemente.

B.4. Recomendaciones para el uso efectivo del MELA

El Método de la Lactancia y la Amenorrea es un método sencillo para el espaciamiento de los hijos, que puede ser fácilmente comprendido por la madre. La información más compleja que aquí se da tiene el propósito de proporcionar antecedentes científicos al personal clínico. Es esencial que la madre entienda las tres condiciones para el uso del MELA, las prácticas de amamantamiento recomendadas que se han presentado, y la importancia de una planificación familiar complementaria oportuna. La meta de la orientación de la mujer lactante sobre las opciones que tiene para el espaciamiento de los hijos, es darle la información necesaria para que pueda escoger un método que le proporcione la protección que desea, sin que tenga efectos negativos en la producción de leche o en la salud del niño.

Puntos a considerar al educar a la madre sobre el MELA:

1. **Cómo practicar el amamantamiento óptimo:**
 - Empezar inmediatamente después del parto
 - Amamantar de acuerdo a la demanda, día y noche
 - Amamantar por lo menos cada cuatro horas, con más frecuencia en las primeras semanas
 - Evitar alimentos que no sean la leche materna durante los primeros 4 a 6 meses
 - Extraer la leche si se separa a la madre del bebé
 - Continuar el amamantamiento aun en caso de enfermedad de la madre o del bebé
 - Evitar el uso de chupetes y biberones

- Instar a la madre a comer y beber lo que necesite para satisfacer su hambre y sed.
2. **Cuándo dejar de usar el MELA como el único método de planificación familiar:**
 - El bebé cumple seis meses,
 - Reinicio de la menstruación después del parto, o
 - Introducción de otros alimentos con regularidad.
 3. **Dónde y cuándo se puede obtener un método complementario de planificación familiar.**
- B.4.a. Consideraciones especiales para la orientación (véase la Unidad X): Las mujeres que trabajan fuera del hogar necesitan información especial sobre cómo extraer y almacenar la leche materna. Lo que es todavía más importante, la mujer que trabaja fuera del hogar necesita el apoyo de su familia y que se le dé confianza sobre la buena salud de su bebé (Rodríguez-García, 1989).**

C. La lactancia materna y la planificación familiar

- C.1. **Métodos de planificación familiar y su uso durante la lactancia materna. Ventajas y desventajas:**
 - C.1.a. **Revisión de todos los métodos de planificación familiar, incluyendo sus mecanismos de acción y eficacia.**
 - C.1.b. **No todos los métodos de planificación son totalmente compatibles con la lactancia. Durante este período se prefieren los métodos no hormonales, los cuales están enumerados en el Cuadro 3 como la primera opción. Los métodos que emplean únicamente la progestina constituyen la segunda opción. En vista de que los métodos hormonales que utilizan estrógeno pueden tener efectos**

secundarios en la producción de leche, los métodos combinados (o sea, que contienen tanto estrógeno como progestina) son clasificados como la tercera opción. Todos los métodos son aceptables, siempre y cuando la madre reciba una información completa y haga una elección basada en dicha información.

C.1.c. Los métodos complementarios de planificación familiar deberían iniciarse aproximadamente seis meses después del parto, si la mujer ha estado dependiendo del MELA, o en cualquier momento en que alguno de los criterios para el uso del MELA no puedan aplicarse más a su situación. Los métodos considerados como los más aceptables son los listados como primera opción en el Cuadro 3.

C.1.d. Revisión de los métodos de planificación familiar y discusión de las ventajas y desventajas de cada uno en relación con la lactancia materna (Cuadro 3).

C.2. Puntos adicionales a ser discutidos:

C.2.a. Pérdida de sangre asociada con la inserción de un dispositivo intrauterino (DIU) y su "asentamiento" (por ej. contracción uterina), no debe confundirse con el reinicio de la menstruación.

C.2.b. Las mujeres que prefieren depender de la planificación familiar natural deberán ser aconsejadas sobre la necesidad de una orientación adicional sobre los signos de su fertilidad cuando se reinicie la menstruación. La lactancia altera la frecuencia de las secreciones cervicales dificultando su interpretación (Pérez, 1981, 1988).

C.2.c. Si los métodos hormonales que contienen estrógeno son los únicos de los que puede

Cuadro 3. Opciones de planificación familiar para mujeres que amamantan
Primera opción: Métodos no hormonales

METODO	VENTAJAS	DESVENTAJAS	COMENTARIOS
PRESERVATIVOS	No afectan la lactancia. Pueden ser muy efectivos si se usan correctamente.	Pueden producir irritación vaginal o requerir lubricación adicional.	Ofrece alguna protección contra las ETS. Ningún riesgo para la madre ni para el niño.
DIAFRAGMAS	No afectan la lactancia. Pueden ser muy efectivos si se usan correctamente.	El diafragma debe reevaluarse en el posparto después que el útero ha recuperado su tamaño inicial.	No está disponible fácilmente. La efectividad depende de su uso con un espermicida.
ESPERMICIDAS	No afectan la lactancia. Pueden ser muy efectivos si se usan correctamente.	Puede irritar el área genital masculina.	Pequeñas cantidades se pueden absorber y pasar a la sangre de la madre y de ahí pueden pasar a la leche. No se conoce de ningún efecto sobre el niño.
DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU) (No hormonales)	Ningún efecto sobre la lactancia. Muy efectivo.	Posible riesgo de expulsión y perforación uterina si no se coloca de forma adecuada o si se inserta antes de las 6 semanas posparto.	Puede que se requiera retrasar la inserción hasta después de las 6 semanas posparto para reducir el riesgo de expulsión y de perforación uterina.
PLANIFICACION NATURAL DE LA FAMILIA (Abstinencia periódica)	Ningún efecto sobre la lactancia. Puede ser efectiva si se usa correctamente.	Puede requerir períodos largos de abstinencia. Puede resultar difícil interpretar los signos de fertilidad durante la lactancia.	Se requiere de capacitación adicional de las usuarias para interpretar los signos y síntomas de fertilidad durante la lactancia. El método del calendario no puede usarse durante la amenorrea. La temperatura por sí sola tiene poco valor antes de la primera ovulación.

Cuadro 3: Opciones de planificación familiar para mujeres que amamantan (cont.)

Primera opción: Métodos no hormonales

METODO	VENTAJAS	DESVENTAJAS	COMENTARIOS
VASECTOMIA (Esterilización masculina voluntaria)	No afecta la lactancia. Cerca del 100% de efectividad.	Cirugía menor con riesgo de efectos secundarios para el padre. Es irreversible.	Se recomienda este método si no se quiere tener más hijos. Se necesita aconsejar a la pareja. Ningún riesgo para la madre o el niño.
LIGADURA DE TROMPAS (Esterilización femenina voluntaria)	Ningún efecto directo sobre la lactancia. Cerca del 100% de efectividad	Puede involucrar la separación de la madre y el niño. La anestesia puede pasar a la leche y sedar al niño. Como toda cirugía tiene riesgos. Es irreversible.	Método recomendado si no se quiere tener más hijos. No se recomienda usar anestesia general. Se necesita aconsejar a la pareja.

Segunda opción: Métodos con progestina solamente

METODO	VENTAJAS	DESVENTAJAS	COMENTARIOS
PROGESTINA SOLA (Mini píldora, inyectables, implantes*)	Puede ser muy efectiva. Puede aumentar la leche. La efectividad durante la lactancia es similar a la píldora combinada.	Algunas hormonas pueden pasar a la leche.	No hay evidencias de efectos adversos sobre el niño de la pequeña cantidad de hormona que pasa a la leche.

Cuadro 3: Opciones de planificación familiar para mujeres que amamantan (cont.)
Tercera opción: Métodos que contienen estrógeno

Estos métodos solo deben ser usados cuando no se cuente con los métodos anteriores y se debe evitar su uso antes de que la lactancia esté bien establecida.

METODO	VENTAJAS	DESVENTAJAS	COMENTARIOS
ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS (ESTROGENO Y PROGESTINA*)	Muy efectivos.	Los estrógenos pueden reducir el volumen de leche. Algunas hormonas pueden pasar a la leche	No hay evidencia de efecto directo negativo sobre el niño; sin embargo en algunas mujeres la disminución de la leche produce un cese precoz de la lactancia. Si estos métodos no se pueden evitar, la lactancia debe mantenerse ya que sigue aportando importantes beneficios nutricionales para el niño.

*Algunos anticonceptivos inyectables e implantes pueden contener estrógenos. Estos se deben considerar entre los métodos de "tercera opción".

Fuente: Labbok, M., Koniz-Booner, P., Shelton, J. y Krasovec, K. (1990). Guías para la Lactancia Materna en los Programas de Planificación Familiar y Supervivencia Infantil. Washington, DC: Instituto para Investigaciones Internacionales de Planificación Familiar Natural, Universidad de Georgetown.

disponer la mujer, la lactancia debería estar bien establecida antes de iniciarlos y preferentemente, el bebé no debería depender de la leche materna para sus necesidades nutricionales.

METODOLOGIA DE ENSEÑANZA

Aun cuando una presentación didáctica es apropiada para ciertos componentes de esta unidad, como por ejemplo, la fisiología de la infertilidad de la lactancia y las reglas para el uso efectivo del MELA, es posible identificar actividades participativas que complementan la información dada y ayudan al estudiante a entender tanto los aspectos técnicos como los aspectos sociales del MELA.

Algunas actividades en esta área incluyen:

Discusiones en pequeños grupos para clarificar los valores de los estudiantes enfatizando las siguientes preguntas:

¿Durante cuánto tiempo debe ser amamantado el bebé?

¿Qué opina usted sobre el Método de la Lactancia y la Amenorrea?

¿Cree usted que el MELA funciona?

¿Lo recomendaría usted a una paciente? ¿una amiga o pariente?

¿Dependería usted del MELA si estuviera amamantando?
¿Por qué?, o ¿por qué no?

¿Usaría Ud. otros métodos mientras estuviera amamantando? ¿Por qué? o ¿por qué no?

Esta metodología podría ser empleada al comenzar la unidad, como una ayuda para centrar la enseñanza, y también al finalizar la unidad, como medio para evaluar los cambios en las actitudes y conocimientos del estudiante.

Discusión en grupo de las ventajas y desventajas de usar el Método de la Lactancia y la Amenorrea.

Posibles respuestas:

Ventajas	Desventajas
Gratis	Duración limitada
Eficaz hasta los seis meses	No ofrece protección contra enfermedades de transmisión sexual
Fácil de usar Beneficia a la madre y a hijo	Escepticismos sobre la importancia de la lactancia para madre e hijo
Puede ser considerado como "natural" o tradicional	Puede ser considerado como "cuentos de viejas", muy tradicional
La protección comienza inmediatamente después del nacimiento	Escepticismo sobre su eficacia

Otros ejercicios sugeridos

- Entrevistar a un practicante de medicina tradicional o a una partera acerca de las actitudes y prácticas sobre el uso de la lactancia materna como método para espaciar los hijos.
- Entrevistar a un médico o a una enfermera: ¿Cree usted en la eficacia del MELA? ¿Qué consejos daría usted a una mujer lactante? ¿Cómo difieren sus actitudes y prácticas de las de los practicantes de medicina tradicional y moderna?
- Hacer una encuesta informal de mujeres lactantes sobre la frecuencia y duración del amamantamiento y el reinicio de la menstruación.
- Entrevistar mujeres acerca de sus creencias sobre la lactancia materna y la infertilidad. Explorar sus hábitos de amamantamiento, el reinicio de la menstruación, y embarazos subsiguientes. Discutir las respuestas en clase.

- Discutir con proveedores de planificación familiar recomendaciones específicas de métodos para mujeres lactantes.
- Hacer que las estudiantes presenten diferentes métodos de planificación familiar, incluyendo sus ventajas y desventajas para la lactancia materna.
- Presentar el caso de una mujer que desea usar únicamente anticonceptivos orales combinados. Discutir los pros y contras de tal uso.
- Revisar otros estudios de caso.

MATERIALES AUDIOVISUALES E IMPRESOS

Estos podrían incluir diapositivas, transparencias, carteles o circulares, como sigue:

Cuadro 1. Uso del Método de la Lactancia y la Amenorrea (MELA) para el espaciamiento de los hijos durante los primeros seis meses posparto.

Cuadro 2. Prácticas de lactancia materna recomendadas para obtener los resultados óptimos de supervivencia infantil y espaciamiento de los hijos.

Cuadro 3. Opciones de planificación familiar para mujeres lactantes.

Anexo 1. Definiciones de la lactancia materna.

Anexo 2. El ciclo menstrual.

Diagrama de la fisiología de infertilidad debida a la lactancia.

Diagramas y fotografías de la anatomía de la mama y cambios endocrinológicos del embarazo.

Estudios de casos.

Muestras y un libro de texto sobre métodos de planificación familiar.

Otros recursos pueden incluir docentes de enfermería, proveedores de atención de salud con conocimientos sobre el uso del MELA, practicantes de medicina tradicional, proveedores de servicios de planificación familiar, mujeres lactantes, mujeres de edad fértil, madres con variedad de experiencias, obstetras y ginecólogos, nutricionistas, educadores y líderes de grupos de apoyo.

EVALUACION

Esta información refleja algunos de los conceptos principales del material que aquí se presenta. Se recomienda hacer las siguientes preguntas al concluir la porción didáctica del contenido. Se pueden utilizar en evaluación oral o escrita.

- Describir brevemente la fisiología de la lactancia y cómo se relaciona con la fertilidad.
- ¿Cuáles son los tres criterios para el uso apropiado del Método de la Lactancia y la Amenorrea?
- ¿Cuáles son las prácticas más importantes para la eficacia del MELA como método de espaciamiento de los hijos? ¿Por qué?
- ¿Cuáles son los métodos de planificación familiar considerados como "complementarios" a la lactancia? ¿Cuáles, entre ellos, se consideran de segunda o tercera opción? ¿Por qué? ¿Cuándo debería iniciarse un método complementario?

Apéndice 1: Definiciones de lactancia materna

La lactancia materna es definida como el amamantamiento de un bebé por la madre (Dorland's Pocket Medical Dictionary, 1977). También ha sido definida como el proceso mediante el cual la madre alimenta a su hijo con su propia leche (Rodríguez-García y col., 1988). Aquí hemos usado una definición más amplia, incluyendo tanto a la madre como al hijo como lactantes potenciales.

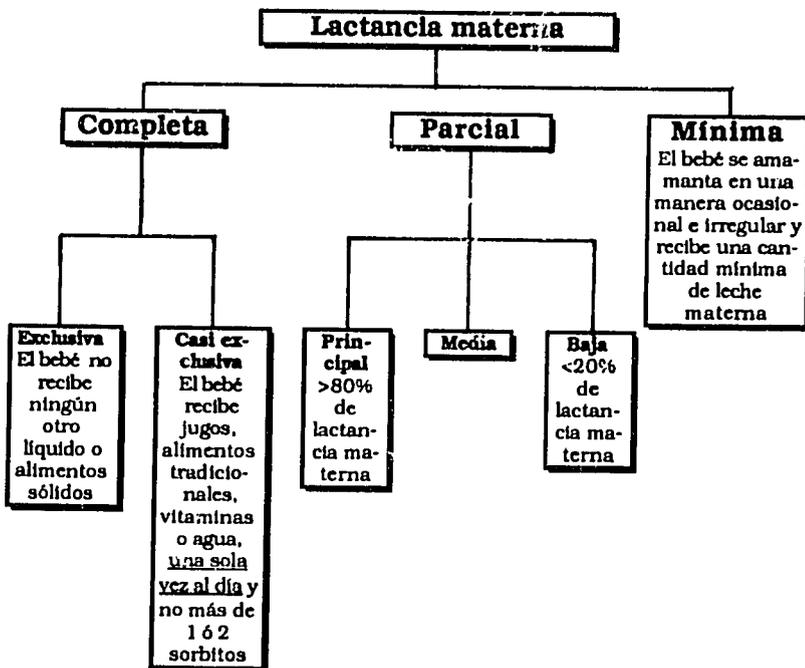
"*Lactancia completa*", incluye el amamantamiento exclusivo o casi exclusivo, e implica que al bebé no se le dan alimentos complementarios de ningún tipo.

"*Lactancia exclusiva*", exclusión de otro alimentos, ya sean sólidos o líquidos.

"*Lactancia casi exclusiva*", el bebé no recibe más de 1 ó 2 sorbos al día, de vitaminas, agua, jugo u otros alimentos sólidos o líquidos.

"*Lactancia casi completa*", abarca algunos aspectos del patrón de la lactancia parcial. Puede incluir algunos alimentos además de la leche materna, pero solamente cuando la lactancia materna constituye más del 80% de la alimentación, puede el MELA considerarse como protección contra el embarazo. Entre mayor sea el porcentaje de leche materna en la alimentación del bebé, mejor será su nutrición, y la eficacia del MELA.

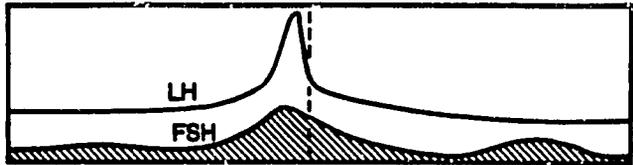
Véase la siguiente gráfica, en la que se presenta un resumen de las definiciones de la lactancia materna. Estas son importantes cuando se aconseja a una madre sobre el uso apropiado y efectivo del MELA:



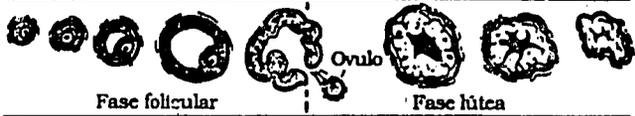
Fuente: Adaptado de Labbok, M. H. y Krasovec, K. (1990). Towards consistency in breastfeeding definitions, *Studies in Family Planning* 21(4), 226-230.

Apéndice 2: El ciclo menstrual

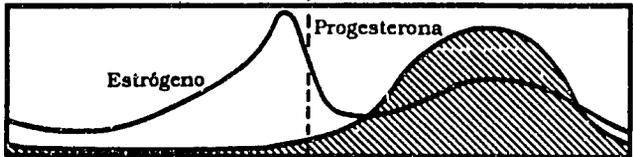
Pituitaria:
Niveles
hormonales-
gonadotropinas



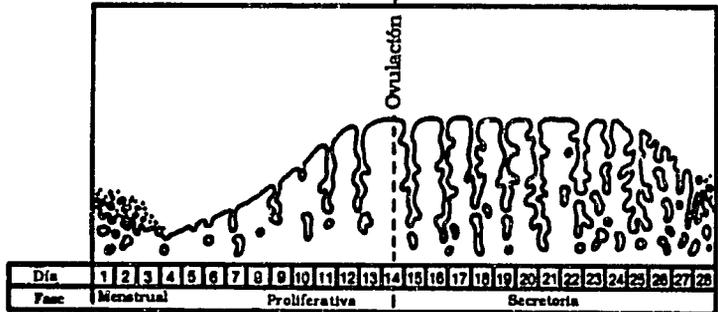
Ovario:
Desarrollo
del
óvulo



Ovario:
Niveles
de hormonas
esteroides



Utero:
Formación
del
endometrio



Fuente: Rodríguez-García, R., Kass-Annese, B., Stevenson, W., Klaus, H. y Spieler, J. (1988). Glosario de Términos Utilizados en la Planificación Familiar Natural. Washington, DC: Instituto para Investigaciones Internacionales de Planificación Familiar Natural, Universidad de Georgetown.

BIBLIOGRAFIA

Dorland's Pocket Medical Dictionary. (1977). Filadelfia, PA: W. B. Saunders Company.

Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) 1990. Nueva declaración de la IPPF sobre lactancia materna, fecundidad y anticoncepción por parto. IPPF Medical Bulletin 24(2), 2-4.

Gray, R. H., Campbell, O. M., Apelo, R., Eslami, S., Zacur, H., Ramos, R., Gehret, J. C. y Labbok, M. H. (1990). Risk of ovulation during lactation. Lancet, 335, 25-29.

Howie, P. G., McNeilly, A. S., Houston, M. J., Cook A. y Boyle, H. (1982). Fertility after childbirth: post-partum ovulation and menstruation in bottle and breastfeeding mothers. Clinical Endocrinology, 17, 323-330.

Kennedy, K. I., Rivera, R. y McNeilly, A. S. (1989). Consensus statement on the use of breastfeeding as a family planning method. Contraception, 39(5), 477-496.

Labbok, M. H. (1983). Breastfeeding and Contraception (Carta al editor). New England Journal of Medicine, 308(1), 61.

Labbok, M. H. (1985). Consequences of breastfeeding for mother and child. Journal of Biosocial Science 9(Suppl.), 43-54.

Labbok, M. H. y Koniz-Booher, P. (Eds). (1990). Lactancia Materna: Como Protejer un Recurso Natural. Washington, DC: Instituto para Investigaciones Internacionales de Planificación Familiar Natural, Universidad de Georgetown/IMPACT.

Labbok, M., Koniz-Booher, P., Shelton, J. y Krasovec, K. (1990). Guías para la Lactancia Materna en los Programas de Planificación Familiar y Supervivencia Infantil. Washington, DC: Instituto para Investigaciones Internacionales de Planificación Familiar Natural, Universidad de Georgetown.

Labbok, M. y Krasovec, K. (1990). Towards consistency in breastfeeding definitions. Studies in Family Planning 21(4), 226-230.

McCann, M. F., Liskin, L. S., Plotrow, P. T., Rinehart, W. y Fox, G. (1981, revisado 1984). La lactancia materna, la fecundidad y la planificación familiar. Population Reports (Serie J, No. 24). Baltimore: Population Information Program.

McNeilly, A. S., Glaster, A. y Howle, P. G. (1985). Endocrine control of lactational infertility I. En J. Dobbing (Ed.), Maternal Nutrition and Lactational Infertility, 1-24. Nueva York: Raven Press.

Pérez, A. (1981). Natural family planning: postpartum period. International Journal of Fertility, 26(3), 219-221.

Pérez, A., Labbok, M., Barker, D. y Gray, R. (1988). Use Effectiveness of the Ovulation Method Initiated During Postpartum Breastfeeding. Contraception, 38(5), 499-508.

Rodríguez-García, R. (1989). Helping the working woman. En N. Baumslag (Ed.), Breastfeeding: The Passport to Life, 86-88. Nueva York: UNICEF.

Rodríguez-García, R., Kass-Annese, B., Stevenson, W., Klaus, H. y Spieler, J. (1988). Glosario de Términos Utilizados en la Planificación Familiar Natural. Washington, DC: Instituto para Investigaciones Internacionales en Planificación Familiar Natural, Universidad de Georgetown.

Thapa, S., Short, R. V. y Potts, M. (1988). Breastfeeding, birth spacing and their effects on child survival. Nature, 335, 679-682.

PARTE II.
INSTRUMENTACION DEL MODULO



Previous Page Blank

Guía para la instrumentación del módulo

Rosalía Rodríguez-García, María Teresa de Vergara y Lois A. Schaefer

El siguiente formulario has sido desarrollado como instrumento para el uso de profesionales de la salud en el monitoreo de la planificación e implantación del módulo. Los objetivos principales de estas guías son:

- Identificar los aspectos académicos o clínicos que han intervenido en la implantación del módulo.
- Identificar los logros, facilidades y dificultades que han intervenido en el proceso de implantación del módulo y cómo se han superado.

I. Datos generales:

1. Nombre de la institución

2. Nombre del Director o Decano

3. Nombre de la persona que dirige el programa o el servicio materno-infantil (SMI)

4. Tipo de institución:

Privada: _____ Estatal: _____

5. Señale el mes del año en el cual se inicia el periodo académico:

6. Duración del año académico: _____ meses

Rosalía Rodríguez-García, María Teresa de Vergara y Lois A. Schaefer

7. Cuántas veces al año organizan cursos de formación continua:

8.Cuál es la duración media de los cursos:_____días

II. Datos académicos:

1. Duración del programa de enfermería/medicina

_____años

2. En el programa de estudios hay curso(s) específicamente en salud maternoinfantil:

Sí _____ No _____

Otros cursos, Título(s)_____

3. Antes de usar el módulo de LM, el curso de maternoinfantil tenía objetivos y contenidos específicos para la enseñanza de la lactancia materna en forma:

Suficiente _____ Insuficiente _____

4. El uso del módulo ha introducido cambios en las siguientes áreas de educación sobre LM:

1. Enfoque en LM: _____

2. Objetivos _____

3. Temas _____

4. Técnicas _____

5. Actitudes _____

6. Número de horas dedicadas a la LM _____

7. Métodos de enseñanza _____

- 8. Material didáctico _____
- 9. Actividades prácticas _____
- 10. Criterios de evaluación _____
- 11. Otros: (especificar) _____

III. Datos acerca de la integración del Módulo de Lactancia Materna:

- 1. El Módulo de Lactancia Materna ha permitido realizar las siguientes actividades:
 - a. Cambios en el proceso de enseñanza y aprendizaje del programa de pregrado _____
 - b. Cambios en el proceso de enseñanza y aprendizaje del programa de posgrado _____
 - c. Realización de eventos de educación continua _____
 - d. Cambios en la organización y provisión de servicios hospitalarios en los cuales se realizan las prácticas de enfermería _____
 - e. Actividades de integración docente y asistencial _____
 - f. Actividades interdisciplinarias:
 - Con médicos _____
 - Con nutricionistas _____
 - Otros _____
 - g. Actividades de educación informal y/o con grupos comunitarios _____

- h. Educación del personal docente y/o de servicio _____
- i. Desarrollo de actividades de investigación
(señale los temas: _____)

2. ¿Cuáles de las siguientes unidades temáticas se han utilizado o integrado en el plan de estudios?

	T=Totalmente	P=Parcialmente	N=Nada
a. Historia de las prácticas de lactancia materna (LM)	T	P	N
b. Factores socioculturales, tecnológicos y políticos que influyen en la LM en el país	T	P	N
c. Situación maternoinfantil actual en el país y factores de riesgo	T	P	N
d. Aspectos biológicos y psicosociales de la LM	T	P	N
e. Anatomía de la mama y fisiología de la lactancia	T	P	N
f. Nutrición de la madre y el niño durante la lactancia	T	P	N
g. Lactancia y sexualidad	T	P	N
h. Lactancia materna y el espaciamiento de los nacimientos: Método de Lactancia y la Amenorrea y otros métodos	T	P	N
i. Técnicas clínicas para el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna	T	P	N

j.	Manejo de la LM: Madres que trabajan fuera del hogar y otras circunstancias especiales	T	P	N
k.	Técnicas de comunicación y enseñanza para los profesionales de la salud y otros	T	P	N
l.	Técnicas de comunicación y de orientación para la educación sobre la LM a nivel familiar	T	P	N
m.	Intervenciones para efectuar cambios en los sistemas de servicios de salud	T	P	N
n.	Promoción de la LM a nivel comunitario y de la sociedad	T	P	N
o.	Evaluación de las actividades para promover la LM.	T	P	N

IV. Proceso para la integración del módulo: Logros, facilidades y dificultades

Pasos	Logros	Facilidades	Dificultades
1.	Presentación del módulo a las autoridades de la institución para su información, motivación y toma de decisiones.		
2.	Estudio del módulo por parte del comité curricular o el de programas, o el departamento de salud materno-infantil de la institución, con el fin de determinar las implicaciones académicas.		
3.	Información, motivación y/o adiestramiento de otros docentes acerca de la filosofía y estructura del módulo.		
4.	Integración total o parcial del módulo en uno o varios programas o asignaturas del plan de estudio.		
5.	Selección, información y/o motivación de otros profesionales (antropólogos, sociólogos, médicos, nutricionistas, psicólogos, otros) para que desarrollen los contenidos del módulo de acuerdo con la filosofía y estructura del mismo.		
6.	Búsqueda y selección de bibliografía apropiada según los requerimientos del módulo.		
7.	Selección y colaboración con los campos de práctica hospitalaria y comunitaria.		

IV. Proceso para la integración del módulo: Logros, facilidades y dificultades (Cont.)

Pasos	Logros	Facilidades	Dificultades
8.	Coordinación con el personal de servicio que tendrá relación con las actividades prácticas derivadas del módulo, dando información, motivación y/o adiestramiento.		
9.	Promoción de actividades interdisciplinarias en los servicios.		
10.	Identificación y/o elaboración de material de enseñanza según los requerimientos del módulo.		
11.	Revisión, selección y/o elaboración del material didáctico que se requiera para cada unidad del módulo.		
12.	Elaboración de guías de observación, entrevistas y/o listas de verificación de las actividades prácticas que se deriven del módulo.		
13.	Elaboración de preguntas y criterios que permitan la evaluación objetiva del aprendizaje de los contenidos del módulo.		
14.	Investigación de la literatura de enfermería y de otras disciplinas sobre lactancia materna que sirvan de documentación y apoyo a los temas de enseñanza.		

IV. Proceso para la integración del módulo: Logros, facilidades y dificultades (Cont.)

Pasos	Logros	Facilidades	Dificultades
15. Recopilación de las conclusiones que se deriven de los trabajos de grupo que aparecen en el módulo.			
16. Investigación y coordinación con instituciones que promuevan la lactancia materna (Liga La Leche, IBFAN y otros).			
17. Elaboración de material educativo para la comunidad.			
18. Determinación de temas para investigación.			

COMENTARIOS:

FIRMA:

FECHA:

Indicaciones de tipo práctico para efectuar el cambio curricular

Judith Melson

Los documentos preparados durante el Seminario Panamericano de Lactancia Materna para Facultades de Enfermería representan la labor de un grupo altamente dedicado de líderes de enfermería en América Latina. Es una gran contribución a la enfermería materno-infantil de todo el mundo y a la educación en lactancia materna de todos los trabajadores de la salud.

El módulo desarrollado durante el Seminario puede ser utilizado para: 1) estudiantes de enfermería y obstetricia; 2) educación continua para docentes de enfermería; 3) educación para los proveedores de servicios de salud (enfermeras, parteras, trabajadores que prestan atención de salud en el hogar, médicos, trabajadores sociales, nutricionistas y dietistas, trabajadores de salud pública, etc.); y 4) con adaptaciones, para estudiantes de otras disciplinas.

INTRODUCIENDO NUEVO MATERIAL EN LOS CURRICULOS

Son muy pocos los individuos a quienes se les recibe con entusiasmo cuando recomiendan cambios de cualquier tipo— particularmente un cambio curricular. Es posible anticipar ciertos desafíos al prepararse a introducir nuevo material en un plan de estudios. En este artículo se examinarán brevemente algunos puntos que son relevantes a este proceso y que pueden facilitar o dificultar el éxito de la integración de este nuevo material, y que son por lo tanto dignos de consideración.

DIFERENCIAR ENTRE LO QUE "ES NECESARIO SABER" Y LO QUE "SERIA INTERESANTE SABER"

Uno de los procesos más difíciles en el desarrollo de un plan de estudios es decidir qué material es necesario incluir y cuál no es esencial, o sea, lo que podríamos llamar "es necesario saber", en contraste con lo que "sería interesante saber". Algunos docentes encontrarán que pueden usar el módulo en su totalidad tal como está, y otros tendrán que editarlo considerablemente, seleccionando el material

esencial. Una manera de iniciar esta tarea es determinar lo que se supone que el estudiante debe aprender. Sería conveniente seleccionar el material por niveles, siendo el primero lo que es esencial para todos los estudiantes de enfermería, el segundo para aquellos estudiantes con un interés especial en la lactancia materna y un nivel más elevado para estudiantes de posgrado en salud maternoinfantil.

POSICION DEL MATERIAL DENTRO DEL CURRICULO

Cada docente deberá decidir dónde quedaría mejor la información dentro del plan de estudios. Es posible que se pueda incluir parte del material sobre lactancia materna en un curso general sobre asuntos relacionados con la salud pública, e incluir el material y el énfasis clínicos en cursos más específicos de enfermería materna.

Un módulo puede constituir el contenido de todo un curso, o bien ser parte del material presentado en el contenido de un área más extensa. Ciertas unidades de un módulo podrían ser utilizadas para todos los estudiantes y otras como material de aprendizaje suplementario. Así, mientras que todos los estudiantes completarán una parte seleccionada de los objetivos, aquellos estudiantes que demuestren un interés particular en la lactancia materna pueden completar todos los objetivos del módulo.

La mayoría de los currículos de enfermería están llenos con la información y la experiencia que los docentes consideran esenciales para la enseñanza de la excelencia en enfermería. Sin embargo, a medida que cambian las prioridades en salud, se agrega nueva información y se elimina otra información no considerada esencial. La clave para determinar cuál es el énfasis apropiado en relación a un determinado tema, depende de la importancia que se le dé a ciertos problemas de salud en un país.

Educar y formar estudiantes para que asuman una profesión, requiere que los profesionales que ahora practican lleguen a un consenso sobre qué es esencial saber para entrar en ese campo. Por ejemplo, para desarrollar un currículo para estudiantes de enfermería y obstetricia, en la Universidad de Georgetown examinamos cada objetivo y nos preguntamos: "¿Estamos de acuerdo en que éste es un

componente esencial?" Pudimos así disminuir la cantidad de material que los estudiantes tenían que aprender sin afectar la calidad. Hacer una lista de las prácticas esenciales relacionadas con la lactancia materna que son requeridas para los diferentes niveles de estudiantes, sería útil para decidir qué incluir en el plan de estudio.

También sería conveniente desarrollar medidas para poder documentar antes y después de los exámenes lo que se ha logrado con el currículo. Esta investigación evaluativa aumentaría las posibilidades de obtener financiamiento para actividades de educación en lactancia materna.

PLANES DE ESTUDIO DE POSGRADO

Los estudiantes de posgrado tienen por lo general una variedad de experiencias en enfermería de posparto y maternoinfantil. El uso de módulos de aprendizaje autodidácticos es especialmente valioso a este nivel, porque permite al estudiante emplear menos tiempo en la información que ya domina y dedicar más tiempo al estudio en profundidad del material que le es menos familiar. El estudio independiente, con el módulo como guía, puede lograrse fuera del aula de clase. Objetivos clínicos claros y detallados permiten también al estudiante experimentado la oportunidad de probarse a sí mismo, seleccionando experiencias clínicas apropiadas y demostrando el dominio de los objetivos clínicos.

EFFECTUANDO EL CAMBIO

Para reconocer los cambios que es necesario hacer hay que identificar todos los obstáculos posibles a la promoción de la lactancia materna. Cambios pueden requerirse dentro de la escuela, en el establecimiento, hospital o departamento de salud, en la ciudad o a nivel nacional. La educación del personal de servicio es un área importante a ser enfatizada al tratar de efectuar cambios en un ambiente clínico.

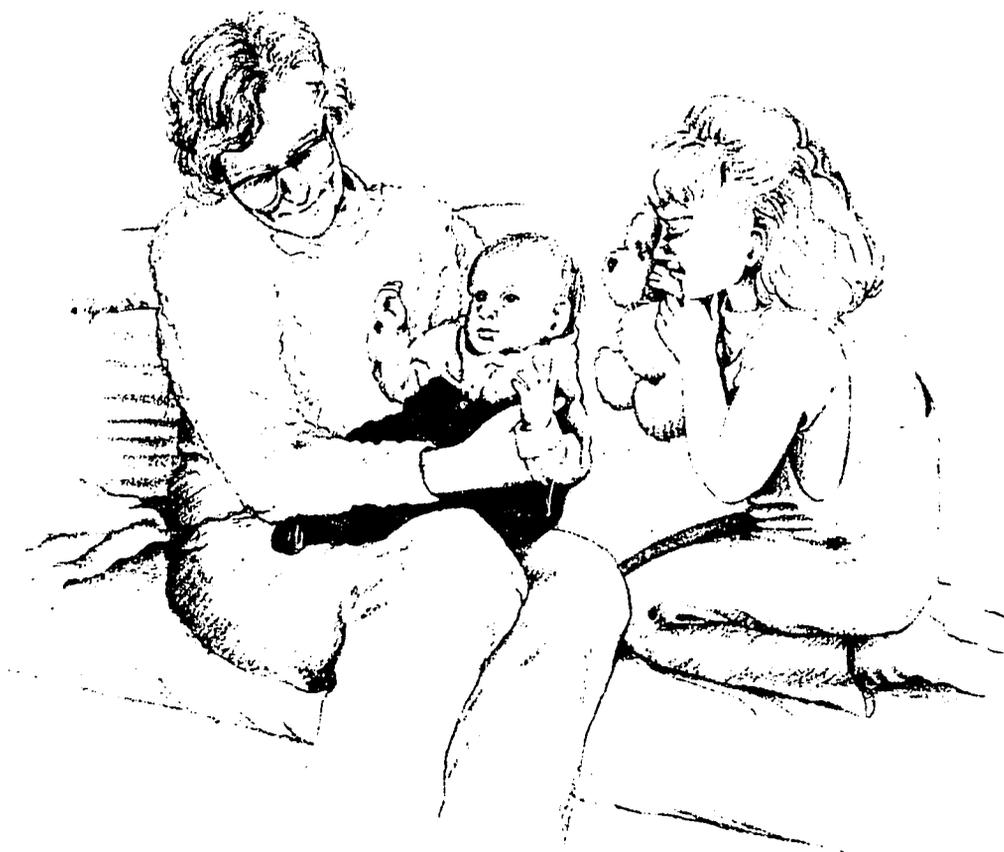
Se recomienda considerar las siguientes actividades y áreas para efectuar cambios en las actitudes y prácticas relacionadas con la lactancia materna:

1. Establecimiento de equipos multidisciplinarios. Es una medida vital para efectuar cambios en las prácticas de

lactancia materna y en el enfoque de los profesionales de la salud, ya que muchos tipos de trabajadores pueden relacionarse con las madres. Es importante incluir en estas actividades a personas ajenas a las profesiones de salud.

2. Énfasis en la importancia de la lactancia materna. Para establecer esta práctica como un asunto de relevancia dentro de la salud pública es necesario hacer hincapié en la conexión entre la lactancia materna, el espaciamiento de los nacimientos y la morbi-mortalidad materna e infantil.
3. Inclusión, si es posible, de estadísticas nacionales y regionales del lugar donde se realice el trabajo, ya que estas cifras tienen más significado para los funcionarios de salud del gobierno local que las estadísticas internacionales.
4. Distribución del material preparado en el Seminario, a docentes y profesionales de la salud, para estimular la discusión e iniciar el proceso de cambio.
5. Identificación entre los funcionarios gubernamentales de aliados para promover la lactancia materna así como entre profesionales e instituciones locales.
6. Formación de grupos interesados constituidos por profesionales, trabajadores y estudiantes.
7. Promoción, utilizando la técnica usada en los EUA de "semana de concientización" (Awareness Week). Debe obtenerse una proclamación de los ministerios de salud o de otras autoridades gubernamentales apoyando una "Semana Nacional de Información sobre la Lactancia Materna". También se puede conseguir tiempo para breves mensajes en radio y televisión, para presentar al público los aspectos de la lactancia materna relacionados con la salud. La inclusión de los estudiantes en estas actividades despierta su interés en la salud pública y sirve como aprendizaje de cómo educar a la población.
8. Comunicación permanente con otros grupos para compartir información sobre las actividades que se están llevando a cabo.

PARTE III.
DOCUMENTOS DE APOYO



PARTE III.
A. ANTECEDENTES

Nuevo interés en la lactancia materna. ¿Por qué ahora?

James Shelton

Aun cuando la historia de la lactancia materna es tan antigua como la historia de la humanidad, descubrimientos recientes en esta área, combinados con las tendencias mundiales actuales en relación con la lactancia, han provocado un renovado interés en esta práctica antigua. Se pueden comprender mejor las razones para este resurgimiento de interés en la lactancia materna si se examinan las siguientes áreas clave:

- nueva evidencia científica que confirma y elabora sobre los beneficios reconocidos de la lactancia materna;
- nueva evidencia que ésta puede ser promovida con éxito en varias poblaciones;
- el éxito que han tenido otras intervenciones para promover la supervivencia infantil, y
- el establecimiento de sistemas internacionales que colaboran en forma voluntaria.

LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Los científicos han documentado los beneficios de la lactancia materna por siglos, pero los avances en la investigación y la tecnología han promovido un entendimiento todavía mayor de las propiedades únicas e invaluable de la leche materna y los beneficios multidimensionales tanto para la madre como para el niño. Una lista completa de dichos beneficios sería demasiado extensa para ser incluida aquí, pero investigaciones en tres áreas proporcionan el principal impulso al resurgimiento actual del interés en la lactancia materna.

En primer lugar, nuevos datos sobre las tasas de mortalidad sugieren una relación aún más fuerte de lo que se suponía, entre la lactancia materna y la supervivencia infantil. Por ejemplo, un estudio realizado en el Brasil en

1989 reveló que un bebé alimentado exclusivamente al pecho tiene:

- un riesgo 14,2 veces menor de morir a causa de enfermedades diarreicas;
- un riesgo 3,6 veces menor de morir a causa de infecciones respiratorias, y
- un riesgo 2,5 veces menor de morir por otras infecciones

que un bebé que no ha sido amamantado (Victoria y col., 1989). Además, estudios llevados a cabo en las Filipinas, India, Malasia, Egipto y Chile demuestran que el riesgo de morir a causa de cualquier enfermedad, es casi el doble entre niños que no han sido alimentados al pecho, que entre aquellos que sí han sido amamantados (USAID, 1990).

En segundo lugar, la leche materna ha probado ser un "elixir mágico", con propiedades que exceden en mucho su valor nutricional, y que no habían sido reconocidas plenamente en el pasado. Por ejemplo, los científicos saben ahora que la leche materna tiene más de 100 constituyentes entre los que se cuentan algunos con propiedades inmunológicas y antiinfecciosas que actúan en forma directa. Un estudio reciente, realizado en Escocia, demostró el importante efecto de protección que ofrece la lactancia materna contra enfermedades gastrointestinales e infecciones respiratorias agudas (IRA), aun en un país desarrollado (Howie y col., 1990). La leche materna tiene la habilidad de adaptarse con el pasar del tiempo, a las necesidades cambiantes del niño. A la fecha, ninguna fórmula duplica exactamente la leche materna y nadie espera que alguien produzca tal substancia en un futuro cercano.

Por último, investigaciones recientes han definido con más precisión el efecto contraceptivo de la lactancia materna. Antes, aunque los científicos y los profesionales de la salud reconocían claramente una relación entre la lactancia materna y un retraso en la concepción, la relación en sí misma no era bien conocida. Ahora ya se sabe que si una mujer está amamantando en forma completa o casi completa, está amenorréica y con menos de seis meses de posparto, recibe una protección de aproximadamente 98% contra un embarazo no planeado. Asimismo, estudios recientes de

World Fertility Surveys indican que por cada mes adicional en la duración promedio de la lactancia materna en una determinada población, el intervalo promedio entre nacimientos aumenta entre 0,25 y 0,5 meses. Estudios han demostrado que mayores intervalos entre nacimientos (cerca de tres años o más), contribuyen a la salud de las madres y de sus hijos. En muchos casos, las metas económicas y poblacionales de un país, en general, se benefician también de las medidas adoptadas para lograr intervalos aceptables entre nacimientos (Labbok y Koritz-Booher (Eds.), 1990).

PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA

El renovado interés en la lactancia materna se debe también, en parte, al éxito de esfuerzos recientes realizados tanto en países desarrollados, como en países en desarrollo. Muchos de estos esfuerzos fueron iniciados sólo después que los investigadores empezaron a documentar la disminución de la práctica y de la duración de la lactancia materna en poblaciones específicas en todo el mundo.

Los profesionales de la salud han establecido en muchos países varios proyectos de educación y promoción, que han sido efectivos para invertir las tendencias antes mencionadas. Proyectos realizados en Honduras, Panamá, Brasil, Indonesia y Tailandia muestran que la promoción de la lactancia materna puede conducir a un incremento de la práctica y la duración de la misma (Huffman y Combest, 1988).

Por ser el programa que se realiza en Honduras el mejor documentado entre aquellos que se mencionan anteriormente, es posible analizarlo más detalladamente. Este programa, conocido como PROALMA (Proyecto de Apoyo a la Lactancia Materna), comenzó en septiembre de 1982, con base en tres hospitales importantes que atienden a la población urbana. Durante el programa, personal de PROALMA adiestró al personal de los hospitales, estableció bancos de leche en esos hospitales, preparó y distribuyó materiales de enseñanza para profesionales de la salud y para el público, y trabajó con funcionarios gubernamentales y administradores hospitalarios para establecer políticas en apoyo de la lactancia materna. Aunque el porcentaje de niños cuyas madres iniciaron la lactancia fue similar antes y después del programa (95% y 96%) la duración promedio del

período de la lactancia materna aumentó significativamente (de 5 meses a más de un año). Además, en 1985 más del 70% de los niños estaban siendo amamantados todavía a los 12 meses después del parto, en comparación con solamente un 35% en 1982 (Madres y Niños, 1987).

Muchos programas de promoción de la lactancia materna incluyen un componente de comunicación. Esta parte del programa puede ser muy efectiva para crear el ambiente de apoyo que es necesario para efectuar cambios de comportamiento relacionados con la lactancia materna. Proporciona información, apoyo y consejos no sólo a las madres lactantes, sino también a sus esposos y familias, a mujeres de todas las edades, al público en general, a los responsables por establecer las políticas, funcionarios del gobierno, y otras personas con influencia que pueden hacer cambios en la política y en la práctica para promover la lactancia materna. Las intervenciones interpersonales son también reforzadas por los esfuerzos de los medios de comunicación.

El mayor éxito en el uso de medios de comunicación ha sido en Brasil, en donde fue un componente importante en un programa nacional de promoción de la lactancia materna. Inicialmente, fue una campaña de radiodifusión, y más tarde fue complementada con cobertura en los diarios de más alta circulación, actividades altamente visibles por parte de las personas que determinan la política, proclamación de un código nacional que regula la venta de sustitutos de la leche materna, y la contratación de un especialista en comunicación profesional. En San Pablo, encuestas realizadas en 1981 y 1987 mostraron un aumento de la lactancia materna a los tres meses del posparto, de 37% a 53% (Marin y de Oliveira, 1988).

Una revisión de los programas en 25 países indicó que las campañas por medios masivos de comunicación que tuvieron más éxito, tenían cinco elementos en común. Primero, todas tenían un plan para asegurar sostenibilidad a largo plazo de los programas de promoción de la lactancia materna. Segundo, todas contaban con una sólida gerencia administrativa y financiera, no sólo del programa de promoción de la lactancia materna en general, sino también del componente de medios de comunicación en particular. Tercero, tenían una estrategia de comunicación general, basada en un análisis a fondo de los

principales impedimentos para lograr la lactancia materna óptima. Además, habían sistemas de apoyo interpersonal, tales como trabajadores de la salud y consejeros. Y, finalmente, se desarrolló un programa de comunicación de masas con mensajes y materiales apropiados para la audiencia a la que se deseaba llegar (Green, 1988).

Las intervenciones personales mismas son componentes de los programas de promoción de la lactancia materna. Estas actividades están dirigidas a informar y prestar apoyo a las nuevas madres y a las mujeres embarazadas, e incluyen: educación y adiestramiento de los trabajadores de la salud; cambios en las prácticas de los hospitales y maternidades, y grupos de apoyo a las madres. Esta última intervención es de particular interés y ha probado ser sumamente efectiva para ayudar a las madres a iniciar y continuar el amamantamiento. Dependiendo de las necesidades y los intereses locales, los grupos de apoyo pueden trabajar estrechamente con el sector de atención a la salud, facilitando el enlace entre las madres y los proveedores de servicios, pueden funcionar independientemente, o pueden combinar éstas y otras estrategias. Su estructura es también muy variable. Varían desde pequeños grupos locales informales, hasta grupos que forman parte de una red internacional, como la Liga de La Leche Internacional. En todos los casos, sin embargo, proporcionan a las madres la información práctica y el apoyo moral necesarios para lograr una experiencia positiva de la lactancia materna.

OTRAS INTERVENCIONES PARA LA SUPERVIVENCIA INFANTIL

Una tercera razón por la cual el personal que presta atención de la salud y otros profesionales están reexaminando la lactancia materna y los programas para promoverla, es el éxito reciente que han tenido otras campañas mundiales en beneficio de la supervivencia infantil y el crecimiento saludable del niño. Por ejemplo, desde mediados de la década de los ochenta, los organismos internacionales han tenido considerable éxito en promover la terapia de rehidratación oral (TRO) y las inmunizaciones. Las estrategias que han probado ser efectivas en estas actividades de promoción pueden ser empleadas también para promover la lactancia materna. Además, la relación natural obvia entre la TRO y la lactancia materna, y entre ésta y las

inmunizaciones puede ser explotada. En los programas de TRO, la lactancia materna puede ser fomentada como una medida preventiva, como parte del tratamiento durante el episodio diarreico, y después para prevenir recurrencias. Los programas de inmunización ofrecen también una oportunidad única de promover la lactancia materna debido al contacto continuo con la madre antes y después del parto. El fomento de la lactancia materna debería ser un elemento integral de cualquier programa comprensivo dirigido a la supervivencia infantil y al logro de metas óptimas de salud, población y nutrición. Muchos funcionarios de salud pública se sienten optimistas de que los programas de promoción de la lactancia materna tendrán considerable éxito.

COLABORACION DE LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES DONANTES

A pesar del éxito de las actividades de promoción en la década pasada, la práctica de la lactancia materna ha continuado declinando. Esto se ha debido en parte, a los limitados recursos y programación en esta área por parte de los donantes más importantes. Hasta hace poco, la promoción de la lactancia materna estaba compuesta, en su mayor parte, por numerosas actividades que recibían escaso apoyo financiero, por lo general de organizaciones privadas voluntarias. Una de las razones principales es la naturaleza difusa de la lactancia materna; se encuentra en donde quiera y se la incluye en muchas otras áreas de intervención, tales como la atención prenatal, la nutrición, la vigilancia del crecimiento y la supervivencia infantil. Como resultado de lo anterior, con mucha frecuencia la lactancia materna se pierde entre las otras actividades y no recibe el nivel de atención que merece. Puede parecer como un área que corresponde a alguna otra intervención, o bien como solamente una parte de un programa más amplio y que, por lo tanto, no merece atención por sí misma. Al mismo tiempo, sin embargo, la contribución crítica de la lactancia materna dentro de los muchos componentes de la salud materno-infantil, hace necesario que todo tipo de organismos en todo el mundo, primordialmente los principales donantes, empleen a trabajar en forma conjunta para promover, apoyar y proteger activamente la lactancia materna.

Un ejemplo de esfuerzo colaborativo como el que se sugiere entre organismos donantes es el Interagency Group for Action

on Breastfeeding (IGAB), cuyos miembros incluyen UNICEF, OMS, USAID y la Swedish International Development Agency (SIDA). El grupo es activo en cinco áreas que abarcan las principales influencias en lactancia materna: información, educación y comunicación; prácticas de atención de la salud; políticas de alimentación y nutrición; y también apoyo directo a las madres y apoyo social a las madres que trabajan fuera del hogar. Se le da especial importancia a llegar al nivel más alto de funcionarios que establecen las políticas, para convencerlos de lo crucial que es la lactancia materna, por el impacto que tiene en sus metas generales y ayudarlos a formular las políticas de apoyo correspondientes.

Mediante esfuerzos colaborativos y coordinados, los donantes podrán conceder a la lactancia materna suficiente identidad e importancia para generar el interés y la experiencia necesaria para mejorar su práctica. Los dirigentes de los organismos donantes en todo el mundo están reconociendo los profundos beneficios de la lactancia materna y sus intereses comunes para promoverla. Esos esfuerzos conjuntos le darán a la lactancia materna la prominencia que amerita en relación con la situación global de salud, y mejorarán el impacto y la continuación de las actividades de promoción de dicha práctica.

BIBLIOGRAFIA

- Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos. (1990). Breastfeeding for Child Survival Strategy. Washington, DC: Autor.
- Asociación Americana de Salud Pública. (1987). El Proyecto de Apoyo a la Lactancia Materna: PROALMA. Madres y Niños, 6(1), 1-4.
- Green, C. (1988). Media promotion of breastfeeding: 10 years of experience. Washington, DC: Academia para el Desarrollo Educativo.
- Howie, P. W., Forsyth, J. S., Ogston, S. A., Clark, A. y Florey, C. V. (1990). Protective effect of breastfeeding against infection. British Medical Journal, 300(6), 11-16.
- Huffman, S. L. y Combest, C. (1988). Promotion of breastfeeding: Yes, it works! Washington, DC: Center to Prevent Childhood Malnutrition.
- Kyenka-Isabirye, M. (1990). The interagency group for action on breastfeeding: Donor to donor cooperation for policy enhancement. In J. T. Queenan, M. H. Labbok, y K. Krasovec (Eds.), Breastfeeding Policy: The role of U.S.-based international organizations (Institute Issues Report #5). Washington, DC: Instituto para Investigaciones Internacionales de Planificación Familiar Natural, Universidad de Georgetown.
- Labbok, M. H. y Koniz-Booher, P. (Eds.). (1990). Lactancia Materna: Como Proteger un Recurso Natural. Washington, DC: Instituto para Investigaciones Internacionales de Planificación Familiar Natural, Universidad de Georgetown/IMPACT.
- Marin, P. y de Oliveira, Y. P. (1988). The breastfeeding programme in Brazil. In D. B. Jelliffe y E. F. Jelliffe (Eds.), Programmes to promote breastfeeding (pp. 153-160). Oxford, Inglaterra. Oxford Medical Publications.
- Victora, C. G., Vaughn, J. P., Lombardi, E., Fuchs, S. M. C., Gigante, L. P., Smith, P. C., Nobre, L. C., Teixeira, A. M. B., Moreira, L. B. y Barros, F. C. (1987). Evidence for protection by breastfeeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. Lancet, 2, 319-321.

**Promoción de la lactancia materna para la supervivencia infantil y el espaciamiento de los nacimientos:
Campo apropiado para la labor y el liderazgo del personal de salud**

Rosalía Rodríguez-García y Lois A. Schaefer

INTRODUCCION

Profesionales e instituciones nacionales e internacionales alrededor del mundo han reconocido la importancia fundamental de la lactancia materna para la nutrición y la supervivencia infantil, así como para aumentar el espaciamiento de los nacimientos. Las altas tasas de fecundidad, la desnutrición y las enfermedades infecciosas, combinadas con la urbanización y el número creciente de mujeres que se incorporan a la población económicamente activa, han hecho que la lactancia materna resurja como elemento clave de los programas de planificación familiar y supervivencia infantil.

La promoción de la lactancia materna requiere la labor coordinada de las autoridades, los administradores, trabajadores sociales, educadores, profesionales de la salud y medios de comunicación. Al mismo tiempo, la educación y los servicios en el campo de la lactancia materna deben estar a cargo de personas debidamente capacitadas y motivadas. Como el éxito de la lactancia materna depende en gran medida de la educación y el apoyo ofrecido a las madres, y requiere cuidar, en vez de curar, es un campo ideal para la intervención de enfermería. El personal de enfermería puede desempeñar una función central en la promoción de la lactancia materna en los hospitales y en la comunidad, brindando información correcta y apoyo adecuado. La labor y el liderazgo del personal de enfermería en el fomento y la promoción de la lactancia materna pueden hacer la diferencia entre resultados a corto plazo y un impacto duradero de los programas de lactancia.

En el marco descrito, esta monografía presenta un panorama de los aspectos de la lactancia materna que atañen a la nutrición infantil y al espaciamiento de los nacimientos,

así como de los factores socioculturales, económicos y de otra índole que influyen en dicha práctica en todo el mundo. Esta monografía incluye la educación sobre lactancia materna en los programas de estudios de las escuelas de enfermería e intenta demostrar su importancia y la función extraordinaria que el personal de enfermería puede desempeñar en las campañas internacionales de promoción. La necesidad de incluir educación sobre la lactancia materna en los programas de estudios de las escuelas de enfermería se enfatiza debido a que, con una mejor preparación como parte de los estudios previos al ejercicio de la profesión y una capacitación adicional, el personal de enfermería podrá asumir una función vital en los programas de lactancia materna.

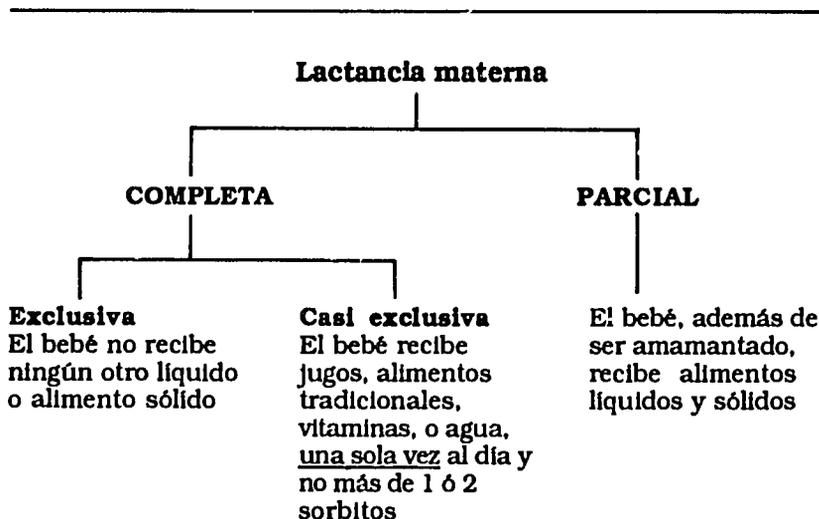
LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA PARA LA NUTRICION Y LA SUPERVIVENCIA INFANTILES

Se estima que con la promoción de la lactancia materna se podría salvar a un millón de niños al año en los países en desarrollo (Grant, 1982). No amamantar, no amamantar óptimamente o interrumpir precozmente la lactancia materna son factores que tienen efectos negativos en la salud del niño y de la familia, y que se deben abordar en los programas de promoción y gestión.

Para obtener efectos óptimos en la supervivencia infantil y el espaciamiento de los nacimientos las madres deberían: comenzar a amamantar inmediatamente después del parto; alimentar al bebé exclusivamente con leche materna hasta los cuatro o seis meses; amamantar al bebé con frecuencia, cada vez que tenga hambre, sea de día o de noche; continuar amamantando aunque la madre o el lactante se enfermen; evitar el uso de biberones, chupetes y tetinas; continuar amamantando cuando comiencen a dar al bebé alimentos suplementarios o semisólidos después de los 4 a 6 meses de edad. Estas prácticas de lactancia materna, empleadas en forma correcta y generalizada, pueden disminuir la fecundidad durante los meses posteriores al parto. Aun si no pudieran obtenerse esas condiciones óptimas que proporcionan los beneficios más completos tanto a la madre como al niño, otras prácticas de lactancia materna también ofrecen muchos beneficios que contribuyen a la nutrición y a la supervivencia infantiles.

Aunque la mayoría de los autores no usan definiciones de lactancia exclusiva y parcial que sean consistentes y claras, en esta monografía, estos términos se han definido de la siguiente manera: *lactancia exclusiva*, cuando el bebé se alimenta exclusivamente con la leche de su madre, sin ningún alimento sólido o líquido complementario; *lactancia parcial* cuando el bebé, además de ser amamantado, recibe alimentos líquidos y sólidos (Rodríguez-García, Kass-Annese, Stevenson, Klaus y Spieler, 1988); *lactancia casi exclusiva* cuando el bebé se alimenta con la leche de la madre pero recibe sorbitos de otros líquidos. Los términos "lactancia exclusiva" y "lactancia casi exclusiva" son considerados como *lactancia materna completa* (Labbok y Krasovec, 1990). (Véase la Figura 1.)

Figura 1
Esquema de definiciones de lactancia



Fuente: adaptado de Labbok y Krasovec. (1990). Towards consistency in breastfeeding definitions. *Studies in Family Planning*, 21(4), 226-230.

La lactancia materna es un método sin igual para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante durante los primeros cuatro a seis meses de vida. Cuando se le comienzan a dar alimentos suplementarios, la leche materna

continúa siendo una importante fuente de proteínas y de otros nutrientes durante varios meses. A diferencia de la leche de vaca y de otros animales y de los sucedáneos de la leche, la leche materna está adaptada específicamente a las necesidades del bebé. Contiene más nutrientes metabolizados y de fácil digestión, como proteína de suero de leche, materia grasa, lactosa y vitaminas K, D, A, C y E, y un equilibrio específico de aminoácidos. Los lactantes absorben en forma más eficiente y completa los minerales de la leche materna, como el calcio y el hierro, que los minerales de otras fuentes. Debido a que contiene una concentración apropiada de proteínas y electrolitos, la leche materna por sí sola satisface las necesidades de hidratación del lactante, aun en climas calurosos y húmedos, tal como demostraron Brown, Kanashiro, Aguila, Romana y Black (1986) en el Perú.

A la leche materna se le atribuye la disminución de los casos de obesidad durante la lactancia y en etapas posteriores del desarrollo infantil (Lawrence, 1985). También reduce el número y la gravedad de alergias tales como eczemas y cólicos (Chandra, 1979), porque el sistema inmunitario del bebé no la percibe como una proteína "extraña"; por el contrario, la lactancia evita que el bebé esté expuesto a proteínas extrañas que están presentes en los sucedáneos de la leche materna (Lawrence, 1985). Se ha determinado asimismo que la lactancia disminuye los casos de diabetes juvenil y linfoma, y que mejora la oclusión de los dientes en etapas posteriores del desarrollo infantil (Labbok, 1989a).

Una ventaja importante de la lactancia materna es la protección inmunológica que confiere al lactante. Tanto el calostro como la leche materna madura contienen sustancias biológicamente activas que protegen al niño contra las infecciones. Entre esas sustancias se encuentran las inmunoglobulinas (principalmente la IgA), los leucocitos, el factor Lífido (que impide el desarrollo de bacterias patógenas al aumentar la acidez intestinal), la lisozima (enzima que destruye ciertos virus bacterianos) y la lactoferrina (que inhibe el crecimiento de bacterias enteropatógenas) (Lawrence, 1985). Estas sustancias están presentes en el calostro, hecho que es necesario destacar porque muchos creen que el calostro es inútil o que es perjudicial y que la lactancia materna no debe comenzar hasta que la madre tenga "leche," propiamente dicha.

Como resultado de esta protección inmunológica el lactante es menos susceptible a contraer diversas infecciones, lo cual disminuye la mortalidad y morbilidad infantiles (la morbilidad se calcula según el número de hospitalizaciones) (Ellestad-Sayad, Coodin, Dilling y Haworth, 1979; Golberg, Rodríguez, Thome, Janowitz y Morris, 1984; Janowitz y col., 1981; Lepage, Munyakazi y Hennart, 1981; Plank y Milanesi, 1973) En muchos otros estudios (Butz, Habicht y DeVanzo, 1984 y Habicht, DeVanzo y Butz, 1986) también se ha demostrado el efecto protector de la alimentación basada exclusivamente o principalmente en la lactancia materna, observándose una disminución de la morbilidad y mortalidad entre los niños alimentados parcialmente con leche materna, y tasas aún más bajas entre los niños alimentados exclusivamente con leche materna (Véase el Cuadro 1.)

Cuadro 1
Mortalidad en el primer año de vida entre bebés
sobreviviendo hasta las 4 semanas, los 3 meses y los 6 meses
de edad, según tipo de leche, en áreas rurales de Chile,
1969-1970

Edad	Tipo de leche	No. de sobrevivientes	Muertes entre edades indicadas y las 50 semanas	
			Nº	Tasa por mil sobrevivientes
4 semanas	lactancia materna exclusiva	1231	36	29.2
	lactancia materna y biberón	125	7	56.0
	exclusivamente biberón	215	13	60.5
3 meses	lactancia materna exclusiva	798	11	13.8
	lactancia materna y biberón	240	9	37.5
	exclusivamente biberón	413	16	38.7
6 meses	lactancia materna exclusiva	398	4	10.0
	lactancia materna y biberón	285	4	14.0
	exclusivamente biberón	604	12	19.9

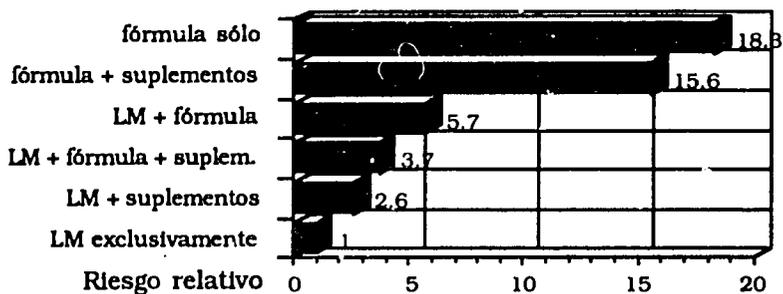
Fuente: Plank, S. J., y Milanesi, M. L. (1973). Infant feeding and infant mortality in rural Chile. Bulletin of the World Health Organization, 48, 203-210.

Existen pruebas de que la lactancia materna confiere protección contra las infecciones respiratorias y la otitis media. Chandra (1979) y Saarinen (1982) encontraron menos casos de otitis media e infecciones respiratorias en los niños alimentados con leche materna, aunque todavía no se conoce con certeza la forma en que la lactancia previene las infecciones del oído.

La lactancia no sólo proporciona al bebé la protección directa que confieren los componentes inmunológicos de la leche materna, sino que también reduce la exposición a los agentes patógenos presentes en alimentos, líquidos y utensilios contaminados, evitando así muchos casos de diarrea. Victora y col., (1987), en un estudio llevado a cabo en Brasil, demostraron que el riesgo de mortalidad por diarrea era 25 veces mayor en los niños menores de dos meses no alimentados con leche materna, observando sistemáticamente un riesgo menor en los lactantes alimentados exclusivamente con leche materna (véase la Figura 2). Se observó también una relación entre dosis y respuesta: cada comida adicional al día que no fuese de leche materna aumentaba el riesgo de mortalidad infantil. En una población marginal del Perú se documentó el efecto de la lactancia materna en la morbilidad por diarrea, obteniéndose resultados similares (Brown y col., 1988). En estudios realizados en hospitales de las Filipinas, Costa Rica e Indonesia se compararon las tasas de diarrea en los pabellones para recién nacidos. Al pasar del biberón a la lactancia, el número de casos de diarrea disminuyó de 18-40 por 1.000 nacidos vivos a 1-5,5 por 1.000 nacidos vivos (Clavano, 1982; Lambert, 1988; Mata y col., 1983). (Véase el Cuadro 2.)

A pesar de la protección inmunológica que recibe de la leche materna, el lactante inevitablemente contraerá enfermedades leves de vez en cuando, al igual que la madre. En la mayoría de los casos, no se recomienda interrumpir la lactancia materna durante la enfermedad de uno u otra. Por el contrario, la leche materna es sumamente beneficiosa para el bebé enfermo. En esos periodos la madre puede necesitar ayuda para continuar amamantando. El lactante enfermo tal vez no chupe con suficiente fuerza, y si es la madre quien está enferma, especialmente si se la separa del bebé, quizá no pueda continuar extrayendo leche.

Figura 2.
Riesgo relativo de mortalidad debido a diarrea, según tipo de alimentación, en Porto Alegre y Pelotas, Brasil (Bebés de edades 0 a 12 meses)



Fuente: Huffman, S. L., y Combest, C. (1988). Breastfeeding: A prevention and treatment necessity for diarrhea. Washington, DC.: Center to Prevent Childhood Malnutrition.

LA LACTANCIA MATERNA Y EL ESPACIAMIENTO DE LOS NACIMIENTOS

La lactancia materna completa y casi completa¹, y si la madre permanece amenorreica, evita el embarazo en el 98% de los casos durante el primer semestre después del parto, lo cual resulta en un intervalo más prolongado entre gestaciones (Kennedy, Rivera y McNeilly, 1989). Por consiguiente, es tan eficaz como la mayoría de los demás métodos anticonceptivos, o aún más eficaz. Se ha calculado que la disminución de la frecuencia de las gestaciones debido a la amenorrea de la lactancia evita más embarazos en los países en desarrollo que todos los demás métodos anticonceptivos reversibles combinados (Kennedy y col., 1989). Los intervalos más prolongados entre gestaciones están relacionados con la disminución de la mortalidad infantil. La probabilidad de

¹ La lactancia materna completa y casi completa se puede definir de la siguiente forma: la leche materna constituye el alimento predominante del lactante; el bebé mama con frecuencia y durante un período prolongado, y los alimentos adicionales no reemplazan la lactancia.

Cuadro 2
Incidencia de y mortalidad debida a diarrea según tipo de alimentación, desde enero de 1973 hasta abril 1977

Tipo de alimentación	Casos de diarrea					
	Morbilidad		Mortalidad			
	No.	%	No.	%	No.	%
	9.622		138		38	
Lactancia materna exclusiva	6.408	66,30	6	4,35	0	0
Lactancia materna y biberón	611	6,35	8	5,80	0	0
Exclusivamente biberón	2.603	27,05	124	89,95	38	100

Fuente: Calvano, N. P. (1982). Mode of infant feeding and its effect on infant mortality and morbidity. Journal of Tropical Pediatrics, 28, 287-293.

muerte de los niños nacidos con un intervalo de menos de dos años es el doble de la de los niños nacidos con intervalos de dos a cuatro años. Si todos los niños nacieran con un intervalo de dos años como mínimo, la mortalidad del recién nacido podría disminuir en un 10%, y la mortalidad en general infantil en un 16% (UNICEF, 1985).

La lactancia materna retrasa el retorno de la fecundidad al demorar la ovulación y la menstruación. Cuando el lactante mama, estimula las terminaciones nerviosas del pezón, lo cual promueve la producción de prolactina en la glándula pituitaria. También dicho estímulo está relacionado con la supresión de las hormonas que estimulan la maduración y liberación de óvulos. Por lo tanto, cuando se produce esta supresión, se inhibe la ovulación y la menstruación. Sin embargo, para suprimir completamente la ovulación se necesita un estímulo constante e intenso, o sea, que el lactante mame frecuentemente, de día y de noche. Toda disminución en la frecuencia o intensidad de la succión — como ocurre cuando al niño se le dan chupetes, biberones o comidas suplementarias, o cuando cambian las prácticas, ya sea porque la leche se extrae manualmente o porque se

modifica el estilo de vida— reduce su eficacia como anticonceptivo (Labbok, 1989b).

El retorno de la menstruación es un buen indicador de fecundidad y, por consiguiente, de la necesidad de usar otro tipo de anticonceptivo. En cambio, la amenorrea no es necesariamente un signo cierto de infecundidad. La frecuencia con la cual la ovulación precede el retorno de la menstruación no es clara ni uniforme. Pérez, Vela, Masnick y Potter (1972) observaron que es más probable que la ovulación preceda a las primeras reglas durante los últimos meses de la lactancia que durante los primeros meses. En ello también influye mucho el que la lactancia sea exclusiva o parcial. Ellos observaron que el retorno de la menstruación estaba precedido por ovulación en menos del 50% de los casos

Cuadro 3
Porcentaje de primeros ciclos ovulatorios según tiempo posparto y tipo de lactancia al momento de la primera menstruación posparto

	Primeros ciclos ovulatorios					
	Lactancia materna exclusiva		Lactancia materna parcial		Lactancia materna suspendida	
Día de primer sangrado vaginal	Nº de pacientes	Ovulatorios (%)	Nº de pacientes	Ovulatorios (%)	Nº de pacientes	Ovulatorios (%)
0-29	—	—	—	—	—	—
30-59	8	0	7	29	18	83
60 ó más	19	58	38	79	80	93
Total	27	41	45	75	98	91

Fuente: Perez, A., Vela, P., Masnick, G. S. y Potter, R. G. (1972). First ovulation after childbirth: the effects of breastfeeding. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 144(8), 1041-1047.

cuando la lactancia era exclusiva, pero cuando ésta era parcial, la ovulación precedía a la menstruación en casi el 75% de los casos (véase el Cuadro 3). El cese de la lactancia dio lugar a que la ovulación ocurriera antes que la menstruación

en el 90% de los casos. Esa relación ha sido confirmada en estudios recientes (Gray y col., 1990; Kennedy y col., 1989).

La duración de la amenorrea de la lactancia y el retorno de la ovulación dependen de varios factores, entre los cuales cabe destacar: la duración del periodo de lactancia; el momento en que se comienzan a administrar alimentos complementarios, y la manera en que se amamanta: cada vez que el bebé lo desea o con un horario fijo.

Estos factores, en su mayoría, son determinados socialmente y en ellos pueden influir elementos externos tales como presiones económicas, campañas de los medios de comunicación y las creencias del personal de servicios de salud. Por consiguiente, es difícil establecer una norma que sea aplicable a todas las situaciones en cuanto al uso de otro método anticonceptivo. La comunidad científica por lo general acepta que si una mujer alimenta a su bebé exclusivamente con leche materna y la menstruación no ha reaparecido, no necesita usar otro método anticonceptivo durante el primer semestre después del parto (Kennedy y col., 1989; Rodríguez-García, 1989). Sin embargo, algunas mujeres prefieren usar un método anticonceptivo complementario para mayor seguridad o protección en caso de que tuviesen que cambiar repentinamente la práctica de la lactancia. Si se agregan comidas suplementarias a la dieta del lactante, la posibilidad de que haya una ovulación antes del retorno de la menstruación aumenta drásticamente (Labbok, 1989b). En consecuencia, se debería usar otro método anticonceptivo que sea compatible con la lactancia, como los métodos naturales de planificación familiar, el preservativo, el dispositivo intrauterino, el diafragma o la píldora de progestina solamente, ya que la píldora con estrógeno puede disminuir la producción de leche. (Los métodos naturales son compatibles pero requieren educación adicional.) Como la lactancia es beneficiosa para el bebé, debería de ser lo más prolongada posible.

BENEFICIOS ADICIONALES DE LA LACTANCIA MATERNA PARA LA MADRE Y EL HIJO

En el periodo del puerperio, la lactancia estimula la contracción e involución uterinas y de esta manera disminuye la posibilidad de hemorragia posparto. También se ha demostrado que la lactancia protege contra el cáncer de

ovario (Schneider, 1987) y el cáncer de mama (Family Health International, 1989).

La unión entre la madre y el bebé se fortalece por el contacto íntimo que entraña el acto de amamantar. Las primeras horas y días después del nacimiento parecen constituir un periodo especialmente delicado que puede tener efectos duraderos en los vínculos de la madre con el hijo/hija. Se ha comprobado que el contacto precoz entre ellos guarda relación con el aumento de la lactancia, la disminución de las infecciones y la mejora del crecimiento y de la regulación de la temperatura corporal del lactante (Klaus y Kennel, 1983; Lawrence, 1985). Otros beneficios importantes relacionados con la conveniencia y comodidad de la lactancia materna sobre el biberón: no se requieren utensilios, preparación, lavado y otras tareas que toman tiempo. La lactancia materna está siempre disponible para la madre y es portátil.

REPERCUSIONES ECONOMICAS DE LA LACTANCIA MATERNA

Las ventajas económicas de la lactancia materna son evidentes tanto a nivel familiar como nacional. A nivel familiar, la lactancia evita los gastos relacionados con la compra de leche en polvo, biberones y utensilios para esterilización. Se estima que el costo de alimentar debidamente a un bebé con fórmula asciende a US\$200-300 durante el primer año, o sea, al 15-140% de los ingresos anuales per cápita de la mayoría de las familias de muchos países (McCann, Liskin, Plotrow, Rinehart y Fox, 1984). Esto no incluye los gastos de atención médica vinculados al aumento de la morbilidad y mortalidad causadas por la alimentación con biberón. Suplementar la dieta de la madre a fin de mejorar su nutrición y garantizar que disponga de leche de buena calidad cuesta mucho menos que alimentar al bebé con biberón. Sin embargo, esto no tiene en cuenta el valor del tiempo dedicado a la lactancia materna, es decir, el costo del tiempo que la madre dedica a la alimentación del niño, en vez de dedicarlo a otra cosa, ya que otra persona que no sea la madre le puede dar el biberón al recién nacido.

A nivel nacional, la disminución de la dependencia en los sucedáneos de la leche importados, que se compran con divisas escasas, tiene un efecto muy positivo en la economía nacional, ya que esos fondos se pueden utilizar para comprar

productos del mercado internacional necesarios para toda la población. Un cambio en las prácticas de los hospitales y de las clínicas para fomentar la lactancia materna liberaría los recursos que se utilizan actualmente para comprar leche en polvo, biberones y otros utensilios y dotar de personal las salas de recién nacidos. Si el bebé se queda en la habitación de la madre, se necesitarían menos enfermeras que si permanece en la sala de recién nacidos, puesto que la misma enfermera puede atender a la madre y al bebé, y así dedicar más tiempo a la educación sobre la lactancia y al fomento de su práctica, en vez de dar biberones.

INCIDENCIA Y DURACION DE LA LACTANCIA MATERNA EN LOS PAISES EN DESARROLLO

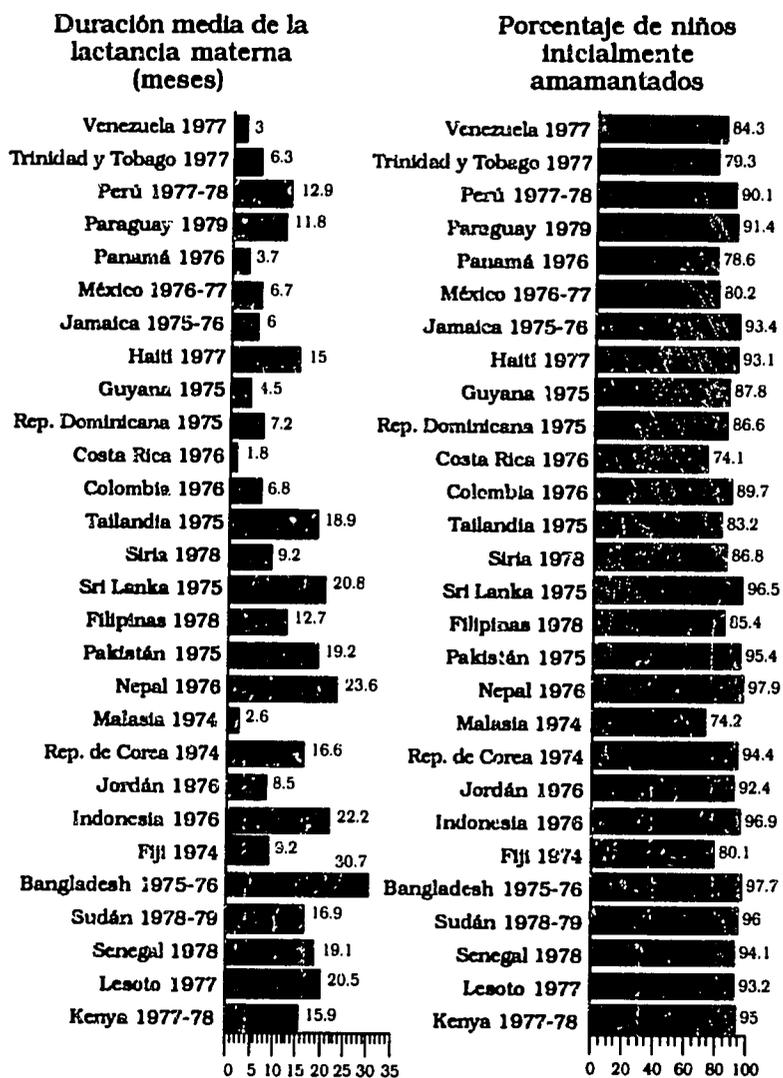
Según Population Reports (McCann y col., 1984), alrededor de 90% de las mujeres de los países en desarrollo amamantan a sus hijos recién nacidos. En África y Asia, el porcentaje es ligeramente más elevado (más de 90%) que en América Latina y el Caribe (85%). La duración de la lactancia materna también es mayor en África y Asia (11 meses en promedio), donde 70% de los niños de seis meses continúan alimentándose con leche materna (véanse las Figuras 3 y 4). En América Latina y el Caribe, en cambio, la duración de la lactancia oscila entre 2 y 15 meses, en promedio, y sólo entre 35% y 60% de los bebés continúan alimentándose con leche materna al cumplir seis meses. Las tendencias indican que a pesar de las múltiples ventajas de la lactancia materna, su incidencia y duración están disminuyendo, especialmente entre las mujeres urbanas mejor educadas y de mayores ingresos. Si bien en cada país o región se observan diferentes tendencias, la cantidad de mujeres que inician la lactancia materna en los países en desarrollo es cada vez menor, y las que amamantan a sus hijos lo hacen por un período más corto, especialmente en América Latina. Aun el aumento de la lactancia materna en algunos países industrializados no compensa esta tendencia mundial. Por ejemplo, menos de 5% de las mujeres de las ciudades de San Pablo, Brasil, Panamá y San Salvador amamantan durante seis meses o más. En el estado de San Pablo, menos del 50% de las mujeres amamanta siquiera por un mes. En un estudio realizado en clínicas para pacientes ambulatorios en el sur de Brasil se comprobó que, en 1940, 98% de los lactantes se alimentaban inicialmente con leche materna; en 1974, esa cifra ascendía a sólo 76%. El porcentaje de mujeres que continuaban amamantando a los

seis meses disminuyó de 60 a 12. Estas tendencias son inquietantes para los profesionales de la salud, ya que la disminución de la lactancia materna tendrá efectos perjudiciales en la salud infantil y en el espaciamiento de las gestaciones.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PRACTICA DE LA LACTANCIA MATERNA

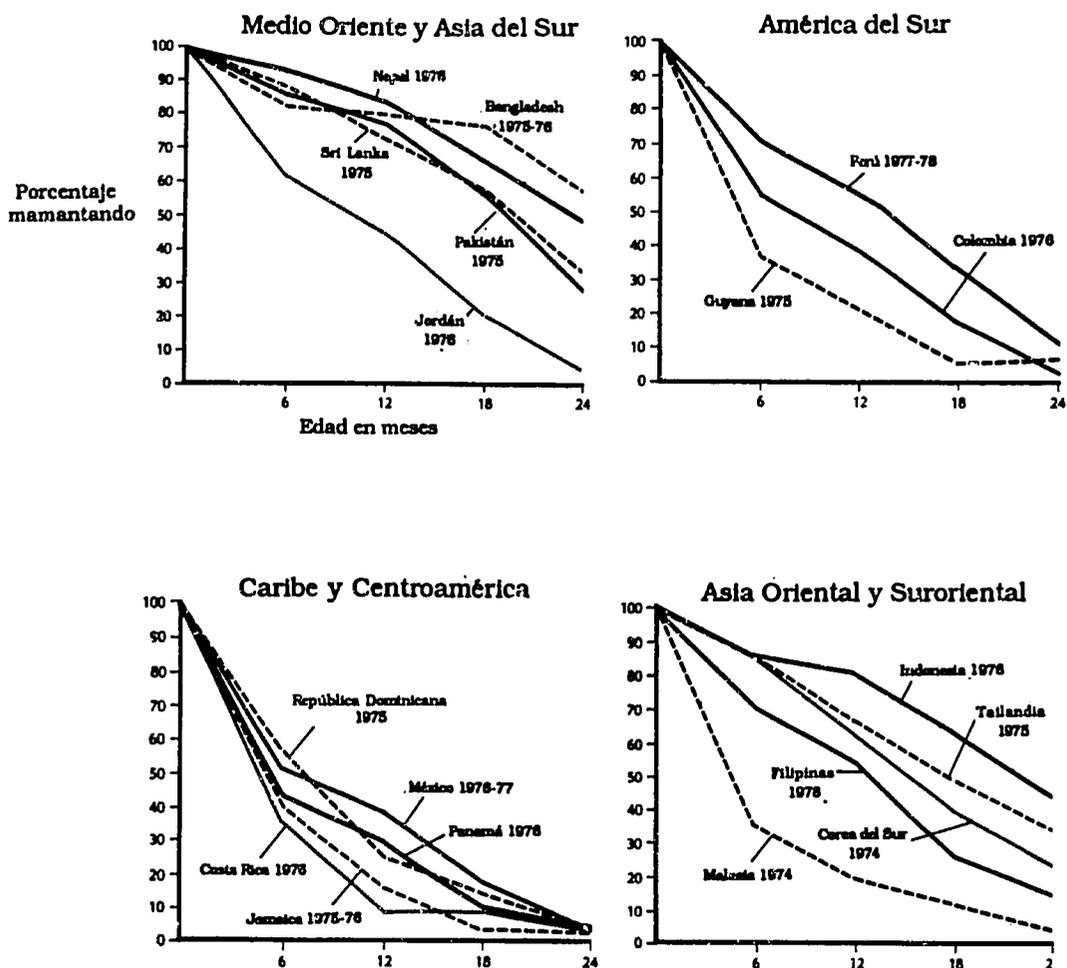
Una variedad de factores socioculturales, demográficos, educacionales y psicosociales contribuyen a la disminución de la lactancia materna. La tecnología moderna y la modificación de las estructuras sociales han ocasionado cambios rápidos en el estilo de vida, que no valoran o fomentan la lactancia natural. Las dificultades económicas existentes en todo el mundo han intensificado la migración de la población rural a las zonas urbanas, y esto, a menudo, ha dado como resultado un aumento de la participación de la mujer en la población económicamente activa y la ruptura de la familia extendida (Rodríguez-García, 1990). La mujer debe trabajar fuera del hogar para garantizar la supervivencia económica de la familia. La separación de la madre y el bebé durante el día dificulta la lactancia, especialmente la lactancia óptima. Sin embargo, estudios han revelado que utilizando un "ritmo inverso", es decir, amamantamiento durante la noche en vez de durante el día, y mediante la extracción manual o con una bomba de leche, el bebé puede continuar alimentándose con leche materna aunque la madre trabaje fuera de la casa (Labbok, comunicación personal, 1989). Al mismo tiempo, a medida que el sistema de la familia extendida se rompe debido a problemas económicos y al desplazamiento de la población, muchas madres se ven privadas del apoyo y los conocimientos de las mujeres que tradicionalmente les habían enseñado las técnicas de la lactancia, ayudado a atender al bebé y a realizar las tareas domésticas. Pocas sociedades han establecido sistemas alternativos de apoyo para esas madres. En algunos países, las promotoras comunitarias están comenzando a desempeñar una función catalizadora y educativa única en su género. Por ejemplo, en México se está llevando a cabo un proyecto que combina la instrucción de las madres, individualmente y en grupos, por promotoras comunitarias. Los datos preliminares revelan la influencia extraordinaria de las promotoras en el aumento del número de madres que alimentan a sus hijos exclusivamente de leche materna hasta

Figura 3.
Porcentaje de niños amamantados inicialmente y duración
de la lactancia materna en 28 países en desarrollo, según
datos de la Encuesta Mundial de Fecundidad



Fuente: McCann, M. F., Liskin, L. S., Plotrow, P. T., Rinehart, W., y Fox, G. (1981, revisado 1984). La lactancia materna, la fecundidad y la planificación familiar. *Population Reports* (Series J, N° 24). Baltimore, MD: Population Information Program

Figura 4.
Porcentaje de mujeres que inician el amamantamiento y que lo continúan, por edad del niño, en los países en desarrollo, datos de la Encuesta Mundial de Fecundidad



Fuente: McCann, M. F., Liskin, L. S., Plotrow, P. T., Rinehart, W., y Fox, G. (1981, revisado 1984). La lactancia materna, la fecundidad y la planificación familiar. *Population Reports* (Series J, N° 24). Baltimore, MD: Population Information Program

los cuatro o seis meses y en la formación de grupos espontáneos de apoyo para las madres (Rodríguez-García, Aumack, Gallegos-Vásquez y Ramos-Chacón, 1988, 1990).

Los sistemas capitalistas también han influido en la disminución de la lactancia materna. Los fabricantes de sucedáneos de la leche materna han difundido avisos publicitarios de sus productos en los países en desarrollo, presentándolos como la forma moderna y deseable de alimentar a los recién nacidos, preferida por las mujeres ricas y educadas. El biberón se ha convertido en un símbolo de posición social. Además, han presentado engañosamente la fórmula como un producto tan bueno o mejor que la leche materna, y naturalmente, cualquier madre que se preocupa por sus hijos tratará de darles lo mejor. Las campañas publicitarias son reforzadas con la distribución de muestras gratuitas, y se ha comprobado que dicha práctica reduce la lactancia materna (Bergevin, Dougherty y Kramer, 1983).

Los profesionales e instituciones que proporcionan servicios de salud muy a menudo fomentan el uso del biberón. Ellos también han recibido información errónea de los fabricantes de fórmula, y a su vez la transmiten a las madres con muestras gratis de fórmula. Además, los profesionales de salud que trabajan en hospitales han adquirido hábitos y prácticas que con frecuencia menoscaban la lactancia materna. Entre ellos cabe destacar la separación de la madre y el bebé, especialmente durante las 24 horas siguientes al parto; el uso de una cantidad considerable de anestesia durante el parto; la alimentación del recién nacido según un horario fijo y el uso habitual de biberones con fórmula suplementaria, glucosa, agua o té; la distribución de muestras gratuitas de fórmula, y la falta de contacto entre la madre y el bebé durante la hospitalización. El personal de servicios de salud frecuentemente suprime la lactancia materna durante los periodos de enfermedad, separando a la madre y al bebé y limitando el contacto entre ambos, o aconsejando a la madre que no amamante, alegando que no es suficiente desde el punto de vista nutricional o que podría ser perjudicial para el bebé enfermo. Además, el personal de salud no utiliza correctamente las gráficas de crecimiento. Muchos consideran el retraso del crecimiento como motivo para administrar alimentos suplementarios, en vez de ayudar a la madre a mejorar las técnicas de amamantar. En muchos hospitales, estos procedimientos se consideran como

servicios eficaces y rara vez se tiene en cuenta sus repercusiones en la lactancia. La implicación de estos procedimientos es doble ya que no sólo promueven el uso del biberón, sino que también impiden el establecimiento de sistemas biológicos necesarios para iniciar y mantener la lactancia, sin los cuales, ni las madres más resueltas tienen éxito. La promoción y la gestión de la lactancia se deberían incorporar en todos los servicios perinatales.

Por último, la connotación sexual y la actitud de la sociedad frente a los senos ha limitado la lactancia en algunos países, ya que no todas las mujeres se sienten cómodas amamantando en público. Además, muchas mujeres tienen la idea equivocada de que amamantar les arruinará la silueta y prefieren dar el biberón. Hasta que todos estos factores se reconozcan y cambien, la lactancia materna continuará disminuyendo.

ELEMENTOS CLAVE PARA LA PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA

La promoción y el alcance de la lactancia materna se puede definir como el conjunto de actividades encaminadas a fomentar su aceptación y práctica a nivel local, regional o internacional (véase el Cuadro 4). El propósito es producir cambios positivos en los conocimientos y actitudes de la población en general, y de las madres en particular, en lo que concierne a la lactancia. Por consiguiente, si bien las mujeres embarazadas, lactantes y en edad de procrear son las principales destinatarias de los programas de promoción, otros segmentos de la población también son importantes porque su actitud y opiniones influyen en las madres. Entre otros grupos de interés cabe señalar a los cónyuges, miembros de la familia, dirigentes comunitarios nacionales y locales, trabajadores comunitarios y profesionales de la salud. Cada grupo requiere un enfoque diferente, y un programa global de promoción de la lactancia debe estar dirigido al mayor número posible de grupos. Algunos de los componentes principales de los programas de promoción son:

- las leyes laborales, los reglamentos hospitalarios y las políticas de salud;
- la capacitación y la educación de los profesionales de la salud;

- la disponibilidad de servicios y de educación sobre lactancia materna;
- los grupos de apoyo para madres, tanto comunitarios como de otro tipo; y
- una estrategia de comunicación basada en una combinación de medios de comunicación masiva y otras actividades de educación y publicidad.

Cuadro 4
Estrategias para promover la lactancia materna

Estas estrategias consisten en combinar las actividades de información, educación, comunicación, capacitación, publicidad e investigación en un programa de acción global encaminado a:

- Aumentar los conocimientos de la comunidad sobre la lactancia materna y los servicios de educación disponibles y facilitar el acceso a dichos servicios;
- Aumentar los puestos de servicios y de educación sobre lactancia;
- Aumentar la proporción de mujeres que alimentan a sus hijos exclusivamente con leche materna;
- Aumentar la proporción de mujeres que inician la lactancia materna y la continúan;
- Establecer una base de conocimientos de las prácticas de lactancia materna y de los factores que influyen en la decisión de amamantar, e
- Influir las directivas políticas nacionales en materia de lactancia materna.

Fuente: Adaptado de: Rodríguez-García, R. (Ed.). (1987). Outreach Strategy for Natural Family Planning. Washington, DC: Instituto para Investigaciones Internacionales de Planificación Familiar Natural, Universidad de Georgetown.

Una falla de muchos programas de promoción de la lactancia materna es que son dirigidos a un grupo femenino homogéneo. Las mujeres no constituyen un grupo homogéneo,

sino que se pueden y deben estratificar según varios criterios, entre ellos su posición socioeconómica y su grado de cultura y educación. Por consiguiente, para que la promoción de la lactancia materna sea eficaz, es necesario formular estrategias de promoción y fomento para cada segmento de la población femenina, basadas en una comprensión de sus creencias y actitudes hacia la lactancia materna, su libertad de elección, su estilo de vida y sus objetivos profesionales. Esta información es especialmente importante para la promoción de la lactancia con las madres que trabajan. Este segmento de la población femenina se puede dividir en distintos grupos: desde las madres que trabajan en su casa o en el campo y que posiblemente tengan más contacto con el bebé durante el día, hasta las madres que trabajan en oficinas y fábricas con un horario fijo. Cada situación presenta necesidades específicas que es necesario abordar a fin de garantizar que las mujeres no perciban la lactancia materna como una carga adicional que les es impuesta (Rodríguez-García, 1990).

ROL DEL PERSONAL DE SALUD EN LA PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA

Los profesionales de la salud, y especialmente el personal de enfermería, constituyen la clave del éxito de la promoción, fomento, apoyo y gestión de la lactancia materna. Se han identificado varios puntos críticos de contacto cuando la información sobre la lactancia y el apoyo adecuado tienen mayor influencia en la decisión de la madre de iniciar y continuar el amamantamiento y su duración. Estos puntos críticos de contacto incluyen:

- Durante la educación sobre reproducción, sexualidad y maternidad;
- Antes del embarazo;
- Durante los exámenes prenatales y los cursos de preparación al parto;
- En la sala de partos;
- Durante la hospitalización posterior al parto;
- Al dar de alta a la madre;

- En los exámenes de posparto y otros exámenes posnatales;
- Cuando reaparece la menstruación;
- Cuando surgen problemas, por ejemplo, si el lactante aumenta muy poco de peso o si los pezones duelen y se agrietan;
- Cuando se usan alimentos suplementarios y anticonceptivos, y
- Cuando se planea volver a trabajar.

En esos momentos, la madre necesita información y, lo que es aún más importante, apoyo; necesita conocimientos y experiencia. Se ha comprobado que si bien la mayoría de las madres experimentan algunas dificultades con la lactancia, las que continúan amamantando a pesar de las dificultades son las que reciben una ayuda adecuada (Pechervis, 1981). Al examinar esos puntos críticos de contacto resulta evidente que el personal de enfermería es el que está más en contacto con las madres en esos momentos. Las enfermeras son la clave del comienzo y del mantenimiento de la lactancia materna. Si carecen de la capacitación y la práctica necesarias para fomentar y manejar la lactancia, es probable que otras actividades de promoción no tengan éxito.

Se ha documentado en ciertos estudios la influencia perjudicial que la ignorancia de los profesionales de salud puede tener en las madres, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. En un estudio realizado por Winikoff, Laukaran, Myers y Stone (1986) en un hospital municipal de los Estados Unidos se observó que los profesionales de la salud transmitían a las madres la suposición tácita de que los lactantes serían alimentados con biberón. Las prácticas del hospital, tales como la separación de la madre y el bebé, la administración habitual de biberones a todos los lactantes y la ignorancia de los profesionales de la salud en lo que concierne a la fisiología y las técnicas de amamantar fortalecían esa actitud. En consecuencia, sólo 16% de las madres trataban de amamantar, y ningún lactante salía del hospital habiéndose alimentado exclusivamente con leche materna (véase el Cuadro 5). En México (Potter, Mojarro y Nuñez, 1987) se compararon las prácticas de alimentación de los lactantes nacidos en hospitales públicos, en hospitales

Cuadro 5
Clinicos dando respuestas correctas a preguntas sobre la lactancia y leche materna*

No se debe dar colostro al bebé. Es mejor esperar hasta que aparezca la leche antes de amamantar al bebé. (Falso)

<u>Médicos</u>		<u>Personal de enfermería</u>	
Pediatras	Obstetras	Pediátricas	Obstétricas
100% (5)	73% (8)	85% (58)	74% (23)

Un bebé con diarrea no debe ser amamantado por un mínimo de 24 horas. (Falso)

<u>Médicos</u>		<u>Personal de enfermería</u>	
Pediatras	Obstetras	Pediátricas	Obstétricas
67% (4)	27% (3)	28% (19)	23% (7)

Se ha encontrado que algunos bebés son alérgicos a la leche materna y deben ser alimentados con biberón. (Falso)

<u>Médicos</u>		<u>Personal de enfermería</u>	
Pediatras	Obstetras	Pediátricas	Obstétricas
50% (3)	36% (4)	56% (38)	39% (12)

En general, es mejor que las madres que amamantan den a sus bebés biberones suplementarios regularmente. (Falso)

<u>Médicos</u>		<u>Personal de enfermería</u>	
Pediatras	Obstetras	Pediátricas	Obstétricas
67% (4)	64% (7)	68% (46)	52% (16)

Un bebé amamantado corre menos riesgo de contraer diarrea que un bebé alimentado con biberón. (Verdad)

<u>Médicos</u>		<u>Personal de enfermería</u>	
Pediatras	Obstetras	Pediátricas	Obstétricas
83% (5)	82% (9)	57% (39)	48% (15)

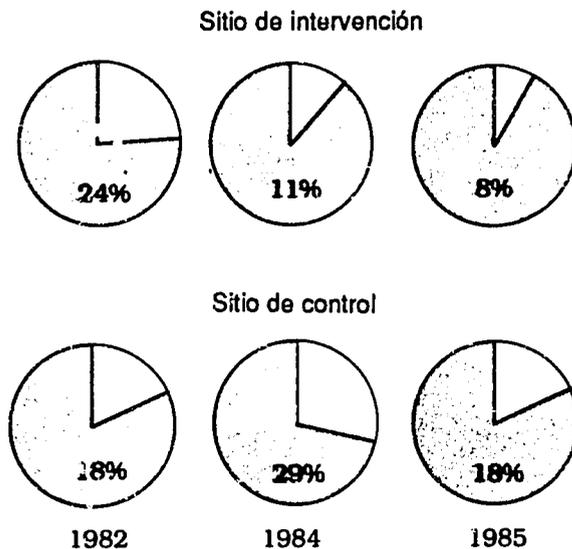
*Las respuestas correctas están dadas en paréntesis. Números en paréntesis son los números de respuestas.

Fuente: Adaptado de Winikoff, B., Laurakran, V. H., Myers, D., y Stone, R. (1986). Dynamics of infant feeding: Mothers, professionals and the institutional context in a large urban hospital. *Pediatrics*, 77(3), 357-365.

privados y con la ayuda de parteras tradicionales, observándose que la lactancia era más frecuente y su duración más prolongada entre las madres atendidas por parteras tradicionales. En los hospitales públicos se observaron menos hábitos y prácticas perjudiciales para la lactancia materna, y el desempeño era mejor que en los hospitales privados. Cabe destacar que todos los profesionales de la salud capacitados reconocían la superioridad de la lactancia materna, pero no la recomendaban durante los episodios de diarrea infantil o por un período prolongado, y tenían muy poca confianza en su eficacia como método anticonceptivo.

En otros estudios sobre el papel del personal de enfermería en el comienzo y la continuación de la lactancia materna se ha comprobado que las mejoras en la educación y

Figura 5.
Porcentaje de amamantamientos suplementados con fórmula



Fuente: Winikoff, B., Myers, D., Laukaran, V. H., y Stone, R. (1987). Overcoming obstacles to breastfeeding in a large municipal hospital and applications of lessons learned. *Pediatrics*, 80(3), 423-433.

capacitación de las enfermeras en ese campo tiene un efecto positivo en las prácticas del amamantamiento.

Cuadro 6
Diez pasos hacia una lactancia natural exitosa

Todos los servicios de maternidad y atención a los recién nacidos deberán:

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esta política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
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. Dar a los recién nacidos sólo leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
7. Facilitar la cohabitación (el alojamiento conjunto) de las madres y los niños durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia natural cada vez que se solicite.
9. No dar a los niños alimentados al pecho chupadores o chupetes artificiales.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos cuando abandonan el hospital o clínica.

Fuente: OMS/UNICEF. (1989). Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Natural: La función especial de los servicios de maternidad. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

Un análisis de proyectos de promoción en todo el mundo reveló que un elemento común de los programas que había dado resultado era la educación y capacitación del personal de enfermería y de otros profesionales de la salud sobre las ventajas de la lactancia materna. Ese elemento condujo con frecuencia a cambios en las prácticas de los hospitales y a ofrecer la instrucción y la ayuda que cada madre necesita para comenzar a amamantar (Huffman y Combest, 1988).

En el seguimiento del estudio realizado en los Estados Unidos y mencionado anteriormente, las enfermeras y otros profesionales de la salud recibieron capacitación sobre lactancia. El resultado del aumento de conocimientos fue un cambio en las directivas y prácticas del hospital, que condujo a un aumento de la incidencia de la lactancia materna y a su uso como alimento exclusivo del bebé (Winikoff, Myers, Laurkaran y Stone, 1987) (véase Figura 5). En otros estudios, como el de México (Rodríguez-García y col., 1988; 1990), se ha comprobado también la función clave de los trabajadores de salud comunitarios en la adopción y el mantenimiento por la comunidad de prácticas óptimas de lactancia materna.

En diciembre de 1988, la OMS y UNICEF presentaron "Diez pasos hacia una lactancia natural exitosa" (véase el Cuadro 6) en la Reunión Interinstitucional sobre Lactancia Materna organizada por el Instituto para Investigaciones Internacionales de Planificación Familiar Natural de la Universidad de Georgetown, que se celebró en Washington, DC, EUA. En esta declaración se abordan las prácticas de los hospitales y los conocimientos básicos que se recomiendan para el personal de servicios de salud.

LA LACTANCIA MATERNA EN LOS PROGRAMAS DE ESTUDIOS DE ENFERMERIA

¿Están los programas de estudio preparando enfermeras para ser educadoras y administradoras eficaces de la lactancia materna? En la mayoría de los casos, no. Muy pocos de los programas básicos de enfermería contienen suficiente información teórica sobre la lactancia, su gestión y promoción. Ni siquiera el componente de salud materno-infantil de los programas de enfermería ofrece

suficientes oportunidades para establecer un buen contacto entre madres e hijos en la clínica. Una capacitación apropiada, que combine conocimientos científicos y práctica clínica, es esencial para que el personal de enfermería desempeñe una función importante en la enseñanza y la gestión de la lactancia materna y contribuya a su promoción en todo el mundo.

La experiencia indica que no es fácil integrar temas nuevos o "redescubiertos" en los programas de estudios de enfermería. La falta de tiempo y la competencia entre prioridades probablemente dificultan la asignación de tiempo a las distintas materias. Por ejemplo, la orientación tradicional de programas de estudios hacia el modelo médico, en lugar del modelo con base en la enfermería que todavía existe en muchos países, tiende a dedicar más tiempo a la preparación de las enfermeras para ayudar a los médicos, que para realizar una labor educativa. En los programas que incluyen la lactancia, el tema es con frecuencia incluido entre las disciplinas consideradas "más científicas", y por lo tanto, los estudiantes no reciben los conocimientos teóricos ni la experiencia práctica necesarios para dirigir y enseñar eficazmente la lactancia materna.

Como la educación y capacitación del personal de enfermería son puntos claves en los programas de promoción de la lactancia sería necesario modificar los programas de estudios a fin de corregir esa omisión. Si bien el tema de la lactancia se puede enseñar de muchas formas, el método preferible debido a que tiene un efecto más permanente es su integración en el programa de estudios de enfermería. De esta manera, todas las enfermeras lo aprenden antes de ejercer la profesión y pueden desempeñar desde el comienzo la función de promotoras, educadoras y administradoras de programas de lactancia. Para ello se recomiendan programas de estudios que aborden los aspectos teóricos y prácticos de la lactancia como método para aumentar la supervivencia infantil y reducir la frecuencia de las gestaciones.

El desarrollo de programas de estudios puede ser un proceso arduo y a menudo es difícil obtener recursos y asistencia en este campo. Combinadas con conocimientos quizás escasos sobre la lactancia, las barreras para el cambio de los programas de estudios pueden ser grandes. Sin embargo, no es imposible modificar los programas y existen

estrategias que el personal docente de los programas de enfermería podrían utilizar para facilitar los cambios. Estos se pueden efectuar en varios niveles, y la identificación de aquellos donde sea posible obtener los mejores o más rápidos resultados es esencial para formular una estrategia de cambio.

Los cambios son más difíciles y llevan más tiempo al nivel administrativo universitario, pero la aprobación y el apoyo oficiales son sumamente importantes para institucionalizar el nuevo programa de estudios y garantizar su mantenimiento. Sin embargo, esta aprobación no es un requisito para actuar a otros niveles. Es esencial que el personal docente reconozca la necesidad de modificar el programa de enfermería y esté dispuesto a llevar los cambios a la práctica. Para alcanzar como mínimo este nivel de aceptación, sería necesario informar primero en forma individual a otros profesores sobre la lactancia y sobre la función del personal de enfermería en su promoción. Además, la mayoría de los profesores tienen cierta libertad para planear y preparar sus temas, y pueden incluir el tema de la lactancia materna en sus clases o como tema de trabajo especial para los alumnos. Por último, es posible promover y enseñar la lactancia materna, tanto a profesores como a estudiantes, fuera del programa de estudios oficiales, en seminarios y mesas redondas, con publicaciones, videos, etc., y también como parte de la educación continua en los lugares de trabajo.

Si bien existen varios enfoques para desarrollar programas de estudios, en la presente monografía se propone el método modular porque es más fácil de adaptar a una amplia gama de necesidades de enseñanza y aprendizaje. El primer paso consiste en organizar el material en unidades temáticas básicas que sigan un orden lógico. Se obtiene así un esquema o marco que se completa con la información necesaria para convertirlo en un instrumento didáctico útil como se ha hecho en este libro (véase el Cuadro 7).

El método modular requiere que por cada unidad se indiquen los objetivos, el contenido principal, la metodología de enseñanza, los recursos y materiales necesarios, y el plan de evaluación. El módulo constituye una guía educativa con el contenido básico sobre la lactancia que se puede utilizar en distintas situaciones. Aunque hay variación entre los

currículos existentes sobre la lactancia materna para profesionales de la salud, todos contienen ciertos contenidos básicos, como la fisiología de la lactancia; las técnicas y manejo de la lactancia; la lactancia materna en situaciones especiales, métodos de planificación familiar para mujeres lactantes, y el Código de la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, OMS-UNICEF.

La ventaja del método modular en el desarrollo de programas de estudios es que facilita el ensayo de cada módulo independientemente y ofrece gran flexibilidad en la utilización del material elaborado. Por consiguiente, la clave para preparar módulos que se pueden aprovechar al máximo y que se adapten a distintos marcos de enseñanza y contextos socioeducativos, consiste en evitar detalles y especificaciones excesivas.

Cuadro 7
Prototipo de un módulo sobre lactancia materna

Objetivos	Contenido básico	Método de enseñanza	Material impreso y audio-visual	Otros Recursos	Plan de evaluación
Al concluir esta sección, el alumno deberá ser capaz de:	1. El efecto de los servicios de atención de la salud modernos en la lactancia materna	-Debates en grupos pequeños -El profesor resume y destaca los puntos principales	-Video presentación -Artículos	-Recursos humanos -Instalaciones -Fondos/acuerdos	Incluir preguntas para la pre y posevaluación

Antes de utilizar el módulo, es muy importante determinar con exactitud a quiénes estará dirigido, conocimientos de los destinatarios, qué necesitan saber y cómo utilizarán los conocimientos adquiridos una vez concluido el módulo. Sobre la base de esta información se puede decidir si se adaptará y/o utilizará el módulo completo o sólo algunas partes, cuánto tiempo llevará enseñar cada

unidad, y cuánto tiempo se destinará a la teoría y cuánto a la práctica. Además, será necesario adaptar los objetivos, el contenido, la metodología de enseñanza y otros elementos previamente mencionados a fin de abordar directamente las necesidades de la audiencia.

Un módulo preparado de esta manera podría ser incorporado plenamente en los programas de estudios de enfermería y utilizado también como módulo independiente, según las necesidades de cada escuela y del profesorado. El módulo se puede usar en talleres intensivos y en seminarios de distinta duración, o dividirlo en unidades y enseñarlo junto con otras materias del programa de enfermería. También podría ser modificado y aplicado en programas de educación continua en los lugares de trabajo, o adaptado para usarlo con instructores, estudiantes y personal de enfermería. Un módulo utilizado en la forma descrita obtendrá mejores resultados a corto plazo, mientras se avanza en su plena integración en el programa oficial de enfermería. Hay que recordar que sólo con la plena integración del módulo en los programas de estudios de enfermería se garantizará la continuidad de la enseñanza en lactancia materna.

CONCLUSION

La lactancia materna es un método insuperable para proporcionar una alimentación completa al lactante, proteger su salud y fomentar así su desarrollo. Puede ser además un método eficaz para espaciar los nacimientos. Sin embargo, en muchos países la incidencia y la duración de la lactancia materna han venido disminuyendo durante las últimas décadas. El personal de enfermería puede y debe desempeñar una función vital en la campaña mundial para detener la disminución de la lactancia. Aprovechando su contacto frecuente con las madres en momentos críticos para el comienzo y el mantenimiento de la lactancia, las enfermeras y otros profesionales pueden fomentar y promover su expansión. Por lo tanto, un conocimiento más profundo de la teoría de la lactancia, las técnicas de amamantar, la práctica con las madres, y la promoción y extensión de la lactancia materna proporcionarán al personal de enfermería la pericia necesaria para prestar servicios de buena calidad y asumir una función de liderazgo en las campañas de promoción de la lactancia.

Las estrategias propuestas en la presente monografía constituyen pautas para aquellos que estén interesados en actualizar o preparar un módulo sobre lactancia materna para escuelas de enfermería y otras. Estamos conscientes de que la modificación de los programas de estudios es un proceso largo que requiere aprobación oficial. Sin embargo, creemos que si se emplean métodos más innovadores en la preparación de programas de estudios y en la enseñanza, tanto en las escuelas como en los lugares de trabajo, el personal de enfermería logrará tener un mayor efecto a corto y largo plazo en su campo de actividades. Con un programa modular de lactancia se podrán abordar simultáneamente las necesidades de formación básica, capacitación en el servicio y educación continua, con una duplicación mínima de esfuerzo. El trabajo que se requerirá será la adaptación del módulo básico a las necesidades de la situación específica de enseñanza, aprovechando al máximo el proceso de enseñanza y aprendizaje. Como resultado de la utilización del módulo los estudiantes de enfermería, medicina y otros estarán mejor preparados para promover la lactancia materna y para proporcionar servicios y educación a las personas que recurran a ellos. Así las madres y los niños de todo el mundo gozarán de una vida más sana y segura.

BIBLIOGRAFIA

- Bergevin, Y., Dougherty, C. y Kramer, M. S. (1983). Do infant formula samples shorten duration of breastfeeding? Lancet, 1, 1148-1151.
- Brown, K. H., Creed de Kanashiro, H., del Agulla, R., López de Romana, G. y Black, R. E. (1986). Milk consumption and hydration status of exclusively breast-fed infants in a warm climate. The Journal of Pediatrics, 108(1), 677-680.
- Brown, K. H., Castañaduy, A. S., Saavedra, J. M., Lembcke, J., Rivas, D., Robertson, A. D., Yolken, R. y Sack, B. R. (1988). Effect of continued oral feeding on clinical and nutritional outcomes of acute diarrhea in children. The Journal of Pediatrics, 112, 191-200.
- Butz, W. P., Habicht, J. P. y DaVanzo, J. (1984). Environmental factors in the relationship between breast-feeding and infant mortality: the role of sanitation and water in Malaysia. American Journal of Epidemiology, 119(4), 516-525.
- Chandra, R. K. (1979). Prospective studies of the effect of breast-feeding on incidence of infection and allergy. Acta Paediatrica Scandinavica, 68, 691-694.
- Clavano, N. P. (1982). Mode of infant feeding and its effect on infant mortality and morbidity. Journal of Tropical Pediatrics, 28, 287-293.
- Ellestad-Sayed, J., Coodin, F. J., Dilling, L. A. y Haworth, J. C. (1979). Breastfeeding protects against infection in Indian infants. Canadian Medical Association Journal, 120, 295-298.
- Family Health International. (1989). La lactancia materna como método de prevención del cáncer mamario. Network, 4(2), 6-8.
- Goldberg, H. I., Rodrigues, W., Thome, A. M. T., Janowitz, B. y Morris, L. (1984). Infant mortality and breastfeeding in north-eastern Brazil. Population Studies, 38, 105-115.

Grant, J. P. (1982). The State of the World's Children 1982-1983. Oxford, Inglaterra: Oxford University Press.

Gray, R. H., Campbell, O. M., Apelo, R., Eslami, S., Zacur, H., Ramos, R., Gehret, J. C. y Labbok, M. H. (1990). Risk of ovulation during lactation. Lancet, **335**, 25-29.

Habicht, J. P., DaVanzo, J. y Butz, W. P. (1986). Does breastfeeding really save lives, or are apparent benefits due to biases? American Journal of Epidemiology, **123**(2), 279-290.

Howie, P. W. (1986). Synopses of research on breastfeeding and fertility. En M. Shivanandan (Ed.), Selected Papers from the Fourth National and International Symposium on Natural Family Planning (pp. 7-22). Bethesda, MD: KM Associates.

Huffman, S. L. y Combest, C. (1988). Breastfeeding: A prevention and treatment necessity for diarrhea. Washington, DC: Center to Prevent Childhood Malnutrition.

Huffman, S. L. y Combest, C. (1988). Promotion of breastfeeding: Yes, it works! Washington, DC: Center to Prevent Childhood Malnutrition.

Janowitz, B., Lewis, J. H., Parnell, A., Hefnawi, F., Younis, M. N. y Serour, G. A. (1981). Breastfeeding and child survival in Egypt. Journal of Biosocial Science, **13**, 287-297.

Kennedy, K., Rivera, R. y McNeilly, A. S. (1989). Consensus statement on the use of breastfeeding as a family planning method. Contraception, **39**(5), 477-496.

Klaus, H. y Kennell, J. (1983). Bonding: The beginnings of parent-infant attachment. St. Louis, MO: The C. V. Mosby Company.

Labbok, M. (1985). Consequences of breastfeeding for mother and child. Journal of Biosocial Science, **9** (Suplemento), 43-54.

- Labbok, M. (1989a). Breastfeeding and family planning programs: A vital complementary. En N. Baumslag (Ed.), Breastfeeding: The Passport to Life, 48-55. Nueva York, NY: NGO Committee on UNICEF.
- Labbok, M. (1989b). La lactancia natural y la fecundidad. Madres y Niños, 8 (Suplemento), 1-3.
- Labbok, M. y Krasovec, K. (1990). Towards consistency in breastfeeding definitions. Studies in Family Planning, 21(4), 226-230.
- Lambert, J. (1988). Pakistán: Actualización sobre la lactancia materna. Madres y Niños, 7(2), 5-6.
- Lawrence, E. (1985). Breastfeeding: A guide for the medical profession, (segunda edición). St. Louis, MO: The C. V. Mosby Company.
- Lepage, P., Munyakazi, C. y Hennart, C. (1981). Breastfeeding and hospital mortality in children in Rwanda. Lancet, 11, 409-411.
- Mata, L., Allen, M. A., Jiménez, P., García, M. E., Vargas, W., Rodríguez, M. E. y Valerín, C. (1983). Promotion of breastfeeding, health, and growth among hospital-born neonates, and among infants of a rural area of Costa Rica. En L. C. Chen y N. S. Scrimshaw (Eds.), Diarrhea and malnutrition: Interactions, mechanics and interventions, 177-202. Nueva York, NY: Plenum Press.
- McCann, M. F., Liskin, L. S., Piotrow, P. T., Rinehart, W. y Fox, G. (1981, revisado 1984). La lactancia materna, la fecundidad y la planificación familiar. Population Reports, (Series J. No. 24). Baltimore, MD: Population Information Program.
- OMS/UNICEF. (1989). Diez pasos hacia una lactancia natural exitosa. Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: La función especial de los servicios de maternidad. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Pechévis, M. (1981). Training health personnel in the area of breastfeeding. Assignment Children, 55/56, 91-105.

Perez, A., Vela, P., Masnick, G. S. y Potter, R. G. (1972). First ovulation after childbirth: the effects of breastfeeding. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 144(8), 1041-1047.

Plank, S. J. y Milanesi, M. L. (1973). Infant feeding and infant mortality in rural Chile. Bulletin of the World Health Organization, 48, 203-210.

Potter, J. E., Mojarro, O. y Nuñez, L. (1987). The influence of maternal health care on the prevalence and duration of breastfeeding in rural México. Studies in Family Planning, 18(6), 309-319.

Rodríguez-García, R. (Ed.). (1987). Outreach strategy for natural family planning. Washington, DC: Instituto para Investigaciones Internacionales de Planificación Familiar Natural, Universidad de Georgetown.

Rodríguez-García, R. (Ed.). (1989). Natural family planning: A good option. Washington, DC: Instituto para Investigaciones Internacionales de Planificación Familiar Natural, Universidad de Georgetown.

Rodríguez-García, R. (1990). Breastfeeding and the working mother: The freedom to choose. The International Journal of Human Lactation, 6(2), 47-48.

Rodríguez-García, R., Aumack, K. J., Gallegos-Vásquez, N. y Ramos-Chacón, R. (1988). México: Promoción de la lactancia natural. Método basado en la comunidad. Madres y Niños, 7(2), 4.

Rodríguez-García, R., Aumack, K. J. y Ramos, A. (1990). A community-based approach to the promotion of breastfeeding. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 19(5), 431-438.

Rodríguez-García, R., Kass-Annese, B., Stevenson, W., Klaus, H. y Spieler, J. (1988). Glosario de términos utilizados en la planificación familiar natural. Washington, DC: Instituto para Investigaciones Internacionales de Planificación Familiar Natural, Universidad de Georgetown.

Saarinen, U. M. (1982). Prolonged breastfeeding as prophylaxis for recurrent otitis media. Acta Paediatrica Scandinavica, 71, 567-571.

Schneider, A. P. (1987). Risk factor for ovarian cancer (Carta al editor). New England Journal of Medicine, 317(8), 508-509.

UNICEF. (1985). State of the World's Children. Nueva York, NY: UNICEF.

Victoria, C. G., Vaughn, J. P., Lombardi, C., Fuchs, S. M. C., Gigante, L. P., Smith, P.C., Nobre, L. C., Teixeira, A. M. B., Moreira, L. B. y Barros, F. C. (1987). Evidence for protection by breastfeeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. Lancet, 2, 319-321.

Winikoff, B., Laukaran, V. H., Myers, D. y Stone, R. (1986). Dynamics of infant feeding: Mothers, professionals, and the institutional context in a large urban hospital. Pediatrics, 77(3), 357-365.

Winikoff, B., Myers, D., Laukaran, V. H. y Stone, R. (1987). Overcoming obstacles to breastfeeding in a large municipal hospital and applications of lessons learned. Pediatrics, 80(3), 423-433.

Actividades para promover la lactancia materna en las Américas

Elbio Néstor Suárez Ojeda

REFLEXIONES SOBRE LA SITUACION DE LA SALUD INFANTIL EN AMERICA LATINA

Las muertes de niños menores de 5 años representan 34% de todas las muertes en América Latina, cifra que se compara favorablemente con la situación en África y Asia, pero que es 11 veces más alta que en los países desarrollados (Figura 1).

La mortalidad infantil varía sensiblemente entre países latinoamericanos. Algunos países, por ejemplo Bolivia, tienen cifras de mortalidad infantil muy superior a 100 por 1.000 nacimientos vivos. Otros, como Costa Rica y Cuba, tienen cifras cercanas a 10 (véase Figura 2). Si todos los países latinoamericanos estuvieran dentro de esta última categoría, se salvarían 500.000 niños cada año.

En los últimos 30 años ha habido una disminución significativa de la mortalidad infantil de alrededor del 50% en todo el mundo. Sin embargo, ninguna de las subregiones de América Latina y el Caribe llegó a descender tanto como Norteamérica, que alcanzó una reducción del 56% en el mismo período (véase Figura 3).

Esa saludable tendencia al descenso de la mortalidad infantil se ha ido reduciendo gradualmente y se advierte en la década de 1980 un estancamiento en las cifras, aún en los países que habían logrado mayores reducciones en los 20 años previos (véase Figura 4). Particularmente a partir de 1985, el impacto de la crisis económica y social ha empezado a notarse en los datos de mortalidad infantil.

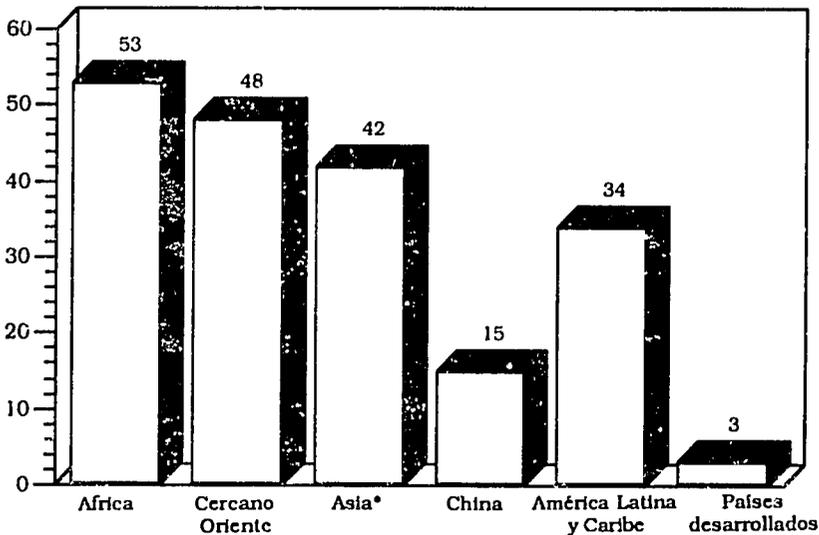
Es clásico dividir la mortalidad infantil en dos componentes: la neonatal, que abarca las defunciones de los menores de 28 días, y la posneonatal, que comprende desde los 28 días hasta el año de edad. La primera está frecuentemente vinculada a factores biológicos y genéticos no solucionables todavía con el nivel actual del conocimiento médico. En tanto, la segunda depende fundamentalmente de factores económico-sociales y es reducible, especialmente con

intervenciones de atención primaria de salud. De ahí que la importancia del componente neonatal sea mayor en los países más desarrollados y con cifras menores (Estados Unidos) en tanto que la posneonatal es proporcionalmente más cuantiosa en países menos desarrollados (Honduras) (véase Figura 5). Es en estos países en los que la mortalidad posneonatal está teniendo mayor peso, donde la lactancia materna debe mantenerse y fortalecerse como una estrategia para reducir la mortalidad infantil.

El análisis de las causas de muerte revela una estructura diferente según el grado de desarrollo y el nivel de servicios de salud alcanzado por los países. Así, por ejemplo, en los Estados

Figura 1.
Mortalidad infantil y número de muertes por región
Muertes de niños menores de cinco años como porcentaje de
todas las muertes en 1985

Porcentaje



*Excluyendo China

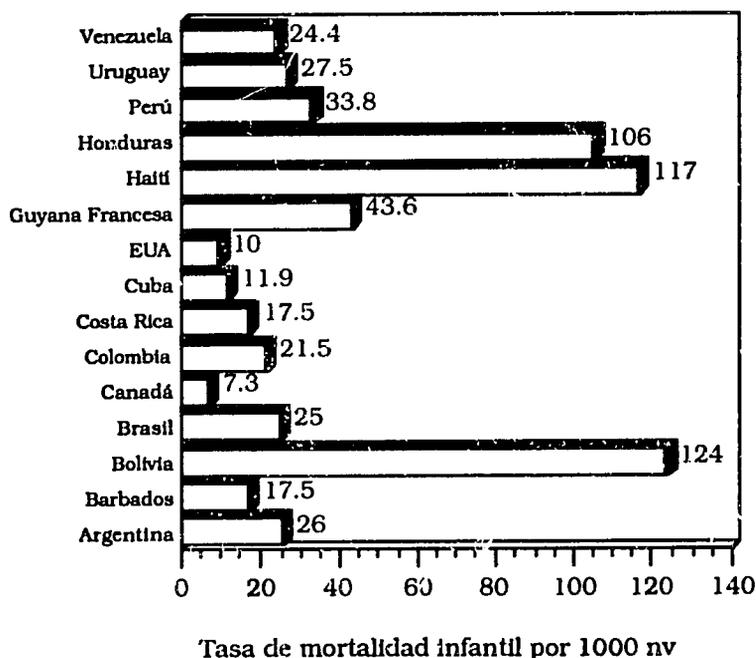
El 11,9 por ciento de la población mundial menor de cinco años contribuyó a casi un tercio de todas las muertes

Fuente: Galway, K., Wolff, B., y Sturgis, R. (1987). Child survival: Risks and the road to health. Columbia, MD: Institute for Resource Development/Westinghouse.

Unidos las causas perinatales y las anomalías congénitas son responsables de más del 80% de las muertes en el primer año de vida. En Argentina, estas causas llegan a explicar el 70% de las muertes, y en Honduras, no alcanzan al 25%. En este país las infecciones intestinales son causa del 34.5% de las muertes infantiles, en tanto que en los Estados Unidos ni siquiera figuran entre las principales (véase Figura 6).

El cambio en la estructura de las causas de la mortalidad infantil está claramente asociado con el descenso de la cifra global, como puede verse en la Figura 7, que establece una

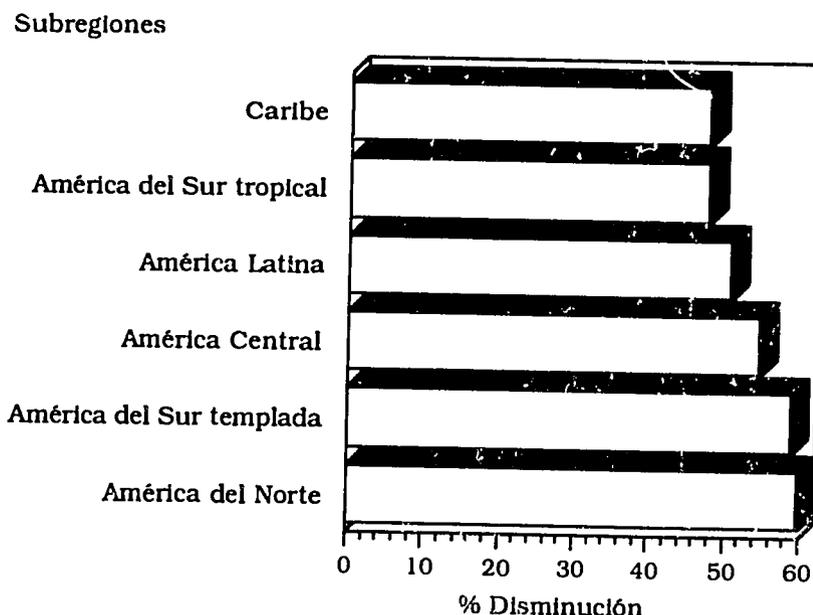
Figura 2.
Región de las Américas
Tasas de mortalidad infantil (circa 1989)



Fuente: Elaborado en base a datos de OPS/HST, junio de 1990 y United Nations. (1988). *Mortality under age 5. World estimates and projections 1950 - 2225. Population Studies, 105.*

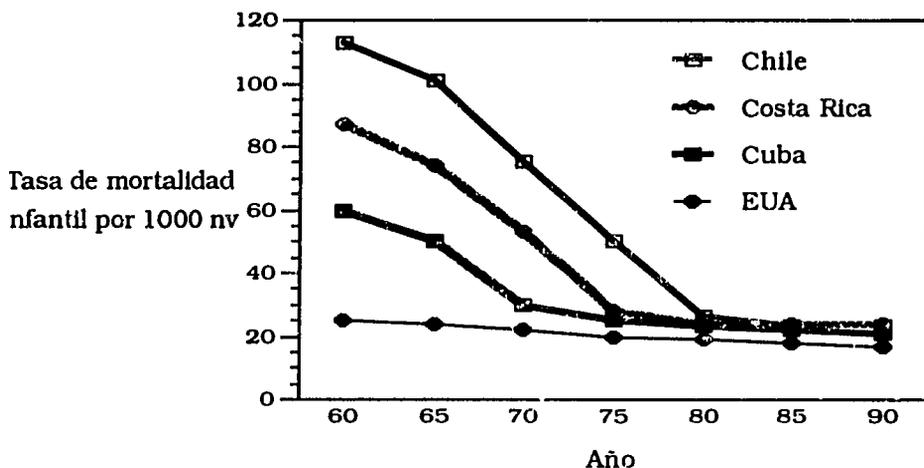
comparación entre las tasas y las causas para Honduras, Costa Rica y los Estados Unidos. En Honduras, se advierte un franco predominio de las infecciones (intestinales y respiratorias) con un alto porcentaje de "otras", por falta de certificación médica de la causa de muerte. En Costa Rica estas causas se reducen y aparecen las congénitas entre las primeras, lo que se hace más notable en Estados Unidos. Cabe señalar, sin embargo, que aun en este país las enfermedades prevenibles por vacunación siguen pesando tanto como en Costa Rica.

Figura 3
Región de las Américas
Evolución de la mortalidad infantil;
Porcentaje de disminución en 30 años (1950-55 vs. 1980-85)



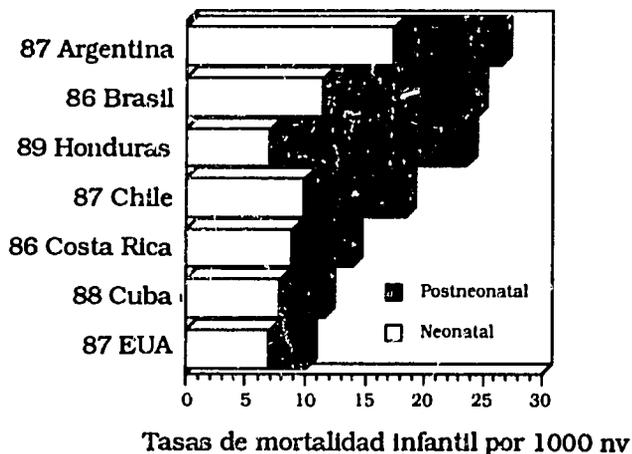
Fuente: Elaborado en base a datos de OPS/HST, junio de 1990 y United Nations. (1988). Mortality under age 5. World estimates and projections 1950 - 2225. Population Studies, 105.

Figura 4.
Región de las Américas
Tasa de disminución en 3 décadas (1960-90)



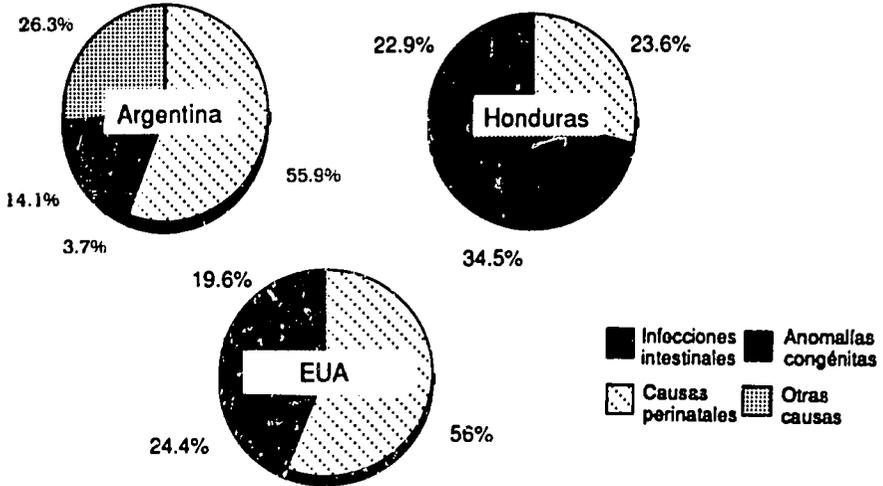
Fuente: Elaborado en base a datos de OPS/HST, junio de 1990 y United Nations. (1988). Mortality under age 5. World estimates and projections 1950 - 2225. Population Studies, 105.

Figura 5.
Región de las Américas
Tasas de mortalidad infantil - circa 1989; Componentes neonatal y posneonatal (países seleccionados)



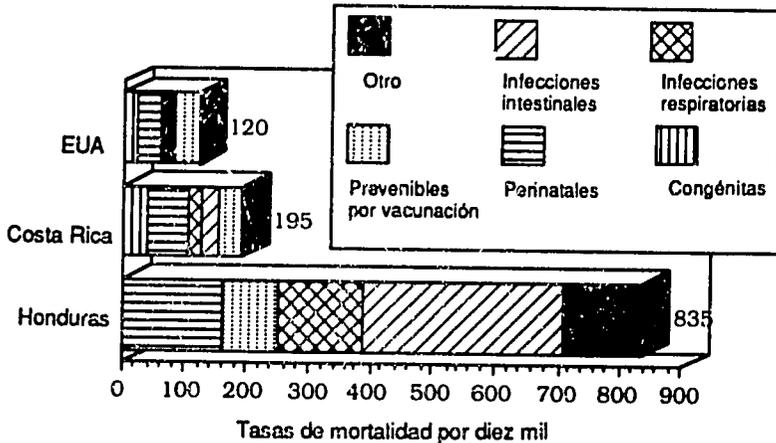
Fuente: Elaborado en base a datos de OPS/HST, junio de 1990.

Figura 6.
Mortalidad infantil
Primeras causas de muerte (países seleccionados)



Fuente: Elaborado con datos más recientes de OPS/HST, junio 1990.

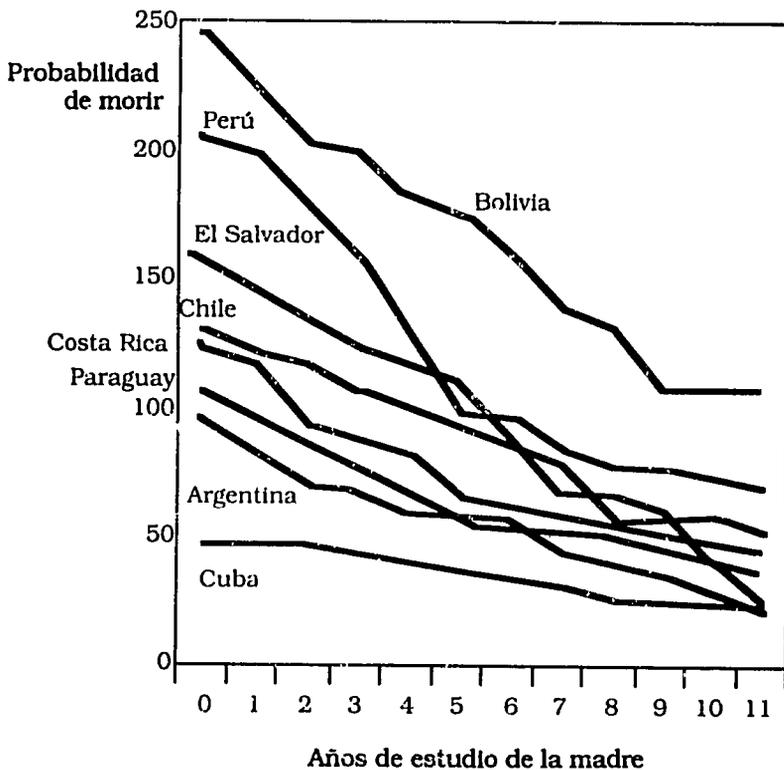
Figura 7.
Región de las Américas
Disminución de la mortalidad infantil y cambios en la estructura por causas (países seleccionados - circa 1980-85)



Fuente: CELADE. (1988). Mortalidad en la niñez en Centroamérica, Panamá y Belice, 1975-85. Costa Rica.

Todos estos datos no permiten caracterizar la enorme heterogeneidad regional en cuanto a la salud de los niños, situación que es en gran medida resultado de las desigualdades en las condiciones socioeconómicas y en el acceso a los servicios de salud. Una manera indirecta de medir el peso de las condicionantes socioeconómicas es a través de los años de educación de la madre. En el ya clásico estudio del Dr. Hugo Behm, del Centro Latinoamericano de Demografía, se detectó que la probabilidad de morir en los

Figura 8.
Países seleccionados de América Latina, probabilidad de morir entre el nacimiento y los dos años de edad según el nivel de instrucción de la madre

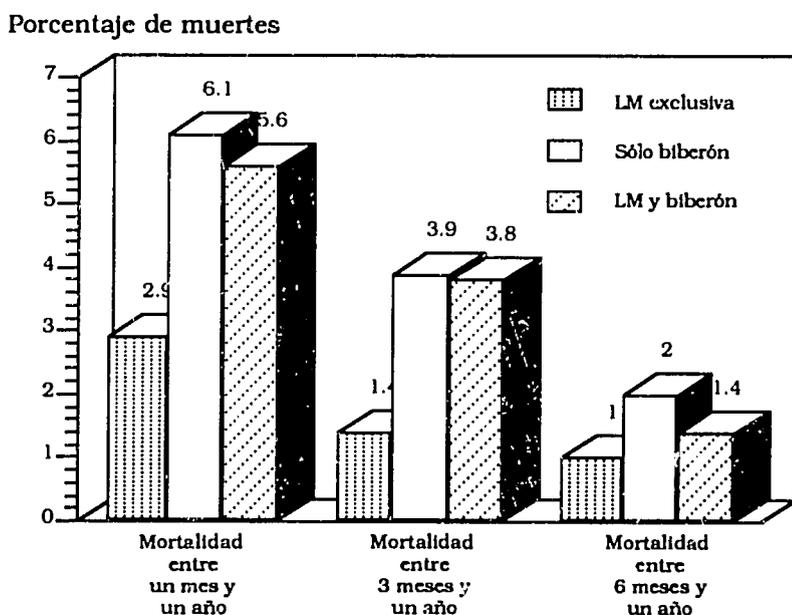


Fuente: Hugo Behm R., CELADE, Chile.

primeros años de vida es fuertemente influenciada por el nivel de instrucción de la madre. En algunos países, como Bolivia y Perú, las diferencias de mortalidad entre los hijos de mujeres analfabetas y madres con más de 10 años de estudios son abismales: de 250 a 120 en Bolivia, y de 210 a 70 en el Perú (véase Figura 8). Particularmente en las clases sociales más bajas y entre las madres de menor nivel educacional es donde la lactancia materna puede tener un mayor efecto.

El estudio realizado por Plank y Milanesi en Chile compara el impacto de la lactancia materna exclusiva, la lactancia mixta y la de biberón en relación con la mortalidad

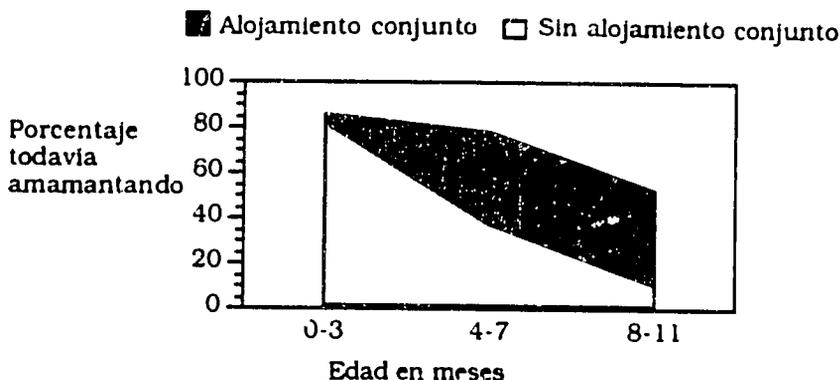
Figura 9.
Mortalidad durante tres diferentes periodos de tiempo durante el primer año de vida según tipo de alimentación en áreas rurales de Chile



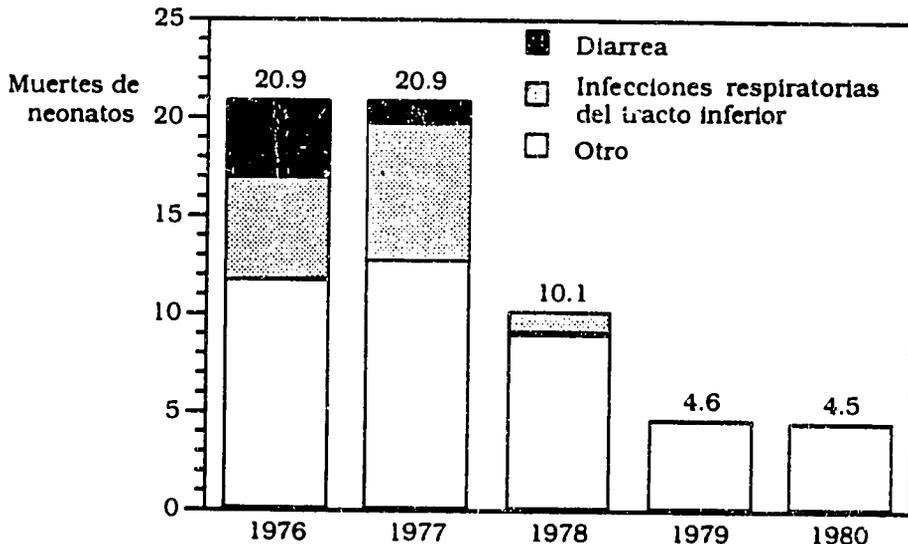
Fuente: Galway, K., Wolff, B., y Sturgis, R. (1987). Child survival: Risks and the road to health. Columbia, MD: Institute for Resource Development/Westinghouse.

Figura 10.
Efecto de la promoción de la lactancia materna
Dos ejemplos de Costa Rica

Efecto del alojamiento conjunto en el nivel y duración del amamantamiento: Dos hospitales rurales en Costa Rica



Efecto de la promoción de la LM en mortalidad neonatal



Fuente: Galway, K., Wolff, B., y Sturgis, R. (1987). Child survival: Risks and the road to health. Columbia, MD: Institute for Resource Development/Westinghouse.

infantil. Se demostró que la lactancia materna exclusiva tenía el mayor impacto, bajando la cifra de mortalidad infantil dramáticamente. La diferencia más notable en la mortalidad era en niños de tres meses a un año de edad (véase Figura 9). Un estudio sobre prácticas hospitalarias en Costa Rica ha revelado que el alojamiento conjunto mejora la iniciación y persistencia de la lactancia materna. Un programa activo de promoción de la lactancia materna provocó en 1977 un descenso drástico de la tasa de mortalidad neonatal. La reducción fue espectacular, disminuyendo a menos de un 25% en el período 1977-1980 y prácticamente eliminando la mortalidad por infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas (véase Figura 10).

ACTIVIDADES DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) EN LACTANCIA MATERNA

La OPS está intentando promover y recuperar la práctica de la lactancia materna y evitar la influencia negativa que tiene la occidentalización en los estilos de crianza en las Américas. Para lograr esto, la tarea es mantener las tradiciones de lactancia materna donde ya existen y establecerlas donde se han abandonado o no existían previamente.

El Programa Regional de Salud Materno-infantil de la OPS está integrado por un conjunto de unidades:

- Crecimiento, Desarrollo y Reproducción Humana.
- Control de Enfermedades Diarreicas.
- Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).
- Control de Enfermedades Respiratorias Agudas.
- Perinatología.

El tema de la lactancia materna está incluido en las actividades de crecimiento y desarrollo, control de enfermedades diarreicas y perinatología, en colaboración con el Programa de Alimentación y Nutrición de la OPS.

ESTRATEGIA DE LA OPS EN RELACION A LA PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA

La estrategia de la OPS en este campo comprende tres puntos:

1. Actuar con la comunidad, utilizando todos los medios masivos de comunicación para estimular a la población a mantener y acrecentar la lactancia materna. En este punto se colabora estrechamente con la Oficina de Información y Asuntos Públicos de la OPS, produciendo material audiovisual destinado especialmente a la educación de las madres sobre lactancia materna.
2. Trabajar en las instituciones formadoras de recursos humanos y con los recursos humanos mismos. La función que cumple el personal de enfermería en esta área es esencial por su contacto directo con las madres y los niños. En relación a este punto, en colaboración con el Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud de la OPS, se han elaborado manuales y se está produciendo un módulo de instrucción para el personal de salud y que será aplicado así mismo en las escuelas de medicina, enfermería y nutrición.
3. Trabajar en las maternidades, hospitales y clínicas. Casi un 70% de los nacimientos ocurridos en América Latina se producen en establecimientos hospitalarios y la tendencia al parto institucional es notoria en todos los países. Sin embargo en muchos establecimientos no se promueve la lactancia materna y frecuentemente los profesionales de la salud tienen actitudes negativas hacia ella y hacia el alojamiento conjunto, práctica tan importante para el establecimiento de una correcta relación afectiva entre madre e hijo. Por lo tanto, para cambiar las prácticas hospitalarias y las actitudes de los profesionales de salud, es necesario educar a todo el personal de salud sobre la importancia de la lactancia materna y la necesidad de promoverla. En relación al último punto, la OPS está promoviendo la realización de seminarios en los servicios de maternidad, donde se trabaja especialmente con las actitudes de los profesionales en relación a la lactancia materna.

Las madres que se benefician de las enseñanzas en los hospitales y maternidades podrán ejercer un efecto positivo sobre sus vecinas, generando interés en la lactancia materna y contribuyendo a generalizar la práctica de la misma, como una manera de reducir la mortalidad infantil y cooperar en el logro de una de las más importantes metas de "Salud para Todos en el Año 2000".

BIBLIOGRAFIA

Galway, K., Wolf, B. y Sturgis, R. (1987). Child survival: Risks and the road to health. Columbia, MD: Institute for Resource Development/Westinghouse.

Lattes, A., Farren, M. y MacDonald, Y. (Eds.). (1989). Salud, enfermedad y muerte de los niños en América Latina. Buenos Aires: IDCR-CLACSO.

Moreno, E. M., Suárez Ojeda, E. N. y Anderson, C. F. (Eds.). (1980). Evaluación de servicios de salud materno-infantil. Buenos Aires, Argentina: Organización Panamericana de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud. (1979). Condiciones de salud del niño en las Américas (Publicación Científica No. 381). Washington, DC.

Organización Panamericana de la Salud. (1990). Las condiciones de salud en las Américas 1985-1989 (Publicación Científica No. 524). Washington, DC.

Vargas González, W., Argueda Soto, J. y Loria Cortés, R. (Eds.). (1980). Lactancia materna. Un problema médico-social. San José, Costa Rica: Caja Costarricense del Seguro Social.

PARTE III.

B. ASPECTOS TECNICOS DEL MANEJO DE LA LACTANCIA MATERNA

Colocación del bebé al pecho durante el amamantamiento: Evaluación y técnicas esenciales de lactancia que el personal de enfermería y los especialistas clínicos deben conocer

Karen Beck Wade

INTRODUCCION

Es generalmente aceptado que el éxito de la lactancia depende de diversos factores: amamantar lo más pronto posible después del parto y con tanta frecuencia como el bebé lo desee —facilitando la proximidad del bebé y la madre, en vez de separarlos— y conocer los problemas comunes que pueden surgir durante la lactancia. Un elemento esencial para un buen amamantamiento es el método empleado por la madre para colocar el bebé al pecho y ajustar su boca alrededor de la aréola y el pezón. Esta técnica puede llamarse "cómo amamantar". El objetivo de este artículo es describir claramente al estudiante de enfermería o clínicos que se inician en la lactancia, la colocación del bebé en los brazos de su madre y la correcta adhesión de la boca a las estructuras apropiadas del pecho. También se describe cómo evaluar la succión del bebé y las medidas básicas que deben ser adoptadas para corregir una técnica inadecuada.

NECESIDAD DE ENFERMERAS CAPACITADAS EN LA TECNICA DE LA LACTANCIA

La duración de la estadía de la madre y el bebé en el hospital después del parto varía de país a país y de región a región. En muchos casos se les da de alta unas pocas horas después del parto, en otros casos después de varios días. Sin embargo, en la mayoría de los casos la madre y el bebé abandonan el hospital antes de que se haya establecido el flujo de leche de la madre y antes de que ambos se sientan cómodos con el proceso de la lactancia. Por lo tanto, un papel primordial de la enfermera del hospital en las horas o días disponibles antes que se les dé de alta, es asegurarse que la madre está suficientemente familiarizada con la técnica de la lactancia y que comprende los elementos básicos para que tenga éxito. Las enfermeras de las clínicas pediátricas o de los

centros hospitalarios de la comunidad deben también conocer ampliamente las técnicas y la educación de la lactancia para saber identificar tempranamente los problemas que surjan e intervenir según corresponda.

LA IMPORTANCIA DE LA POSICION DEL BEBE

Frantz (1980), una enfermera pediatra norteamericana, después de observar y trabajar durante muchos años con madres y bebés durante la época de la lactancia, llegó a la conclusión que la forma de colocar el bebé al pecho puede beneficiar o perjudicar el proceso fisiológico de la lactancia. Más aún, descubrió que la posición anatómica correcta en el pecho reducía considerablemente o evitaba los problemas comunes del periodo inmediato al parto, que con frecuencia lleva a la pronta interrupción de la lactancia: el trauma del pezón y la congestión de los pechos.

Si la madre experimenta dolor en el pezón o en el pecho durante o después de amamantar, es señal de que las estructuras orales del bebé no están yuxtapuestas correctamente contra las estructuras de transferencia de la leche debajo del pezón y de la aréola. El dolor indica que la técnica de amamantar se debe de modificar para que la dinámica fisisquímica y psiconeurohormonal de producción y expulsión de leche se lleve a cabo sin dificultad. Una posición y adhesión al pecho incorrectas conducen al fracaso de la lactancia ya sea porque el dolor impide a la madre continuar amamantando o porque la supresión del estímulo neurohormonal de la glándula pituitaria impide continuar la producción y expulsión de la leche (Lawrence, 1987, 1985; Neifert y Seacat, 1987; Woolridge, 1986).

Después de Frantz, muchos han escrito sobre sus propios experimentos de observación de la correcta adhesión de la boca del bebé a la aréola (Fisher, 1983; Minchin, 1985; Wade, 1983; Woolridge, 1986). Un reciente intercambio de artículos entre Minchin (1989a; 1989b) y Walker (1989) sugiere que aunque los especialistas en lactancia están de acuerdo en que la posición correcta es esencial para el buen resultado de la lactancia, hay diferencias de opinión sobre cómo lograr la adhesión más perfecta.

El propósito de la siguiente descripción técnica es ofrecer una guía preliminar general sobre la técnica de la lactancia al

estudiante de enfermería materno-infantil o al clínico que se inicia en lactancia. Hay una variedad infinita de las técnicas aquí descritas, que pueden aplicarse igualmente a una variedad infinita del binomio madre-hijo y a varias condiciones culturales.

LA TÉCNICA: Cinco pasos para amamantar con buenos resultados a un recién nacido a término y sano

Noten que las partes del cuerpo materno que se han designado "A", se refieren al costado del cuerpo correspondiente al pecho que se ofrece al bebé. Las partes del cuerpo designadas "B", son las del lado opuesto. Al principio es preferible alternar pechos en cada sesión, de modo que si el pecho "A" se ofreció primero, en la próxima sesión debe ofrecerse primero el pecho "B". Estas técnicas presuponen un recién nacido despierto, alerta e interesado en el pecho. Una sección subsiguiente describe las técnicas para ayudar al recién nacido soñoliento, que no exige ni demuestra interés.

PRIMER PASO: Colocación del bebé en los brazos de la madre (Tres posturas)

Objetivo: Colocar al bebé a la altura del pecho de la madre y alinear su cuerpo de modo que la boca pueda abrirse con facilidad para adherirse, succionar y tragar. La cara y la boca del bebé estarán frente al pecho, lo suficientemente cerca para que pueda adherirse al pezón sin volver la cabeza.

Primera postura. La madre sentada. Posición del bebé tipo cuna

- Con la cabeza apoyada en la curva del brazo "A", todo el cuerpo del bebé debe de estar de costado, frente al cuerpo de la madre. Madre e hijo deben de estar frente a frente, con la cara del bebé a nivel del pecho.
- La madre puede usar la mano "A" para sostenerlo de la cadera o de la nalga de la pierna más elevada, de modo que las caderas del bebé estén flexionadas y a la misma altura de la cabeza.
- El codo "A" de la madre mantiene el brazo inferior del bebé alrededor de la cintura.

- Se pueden colocar almohadas, toallas o mantas dobladas sobre el regazo de la madre y/o bajo sus brazos para ayudarla a subir el bebé a nivel del pecho (véase Figura 1).

Figura 1.



©Kaiser Permanente

Segunda postura. La madre sentada. Posición del bebé tipo "pelota, o "sandía."

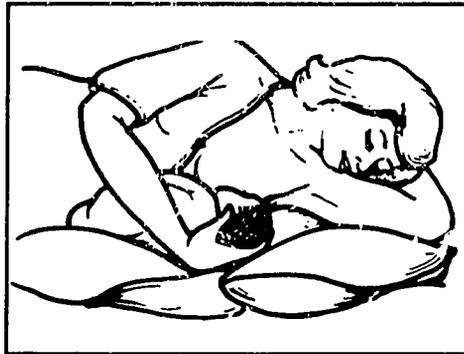
- La espalda de la madre se apoya firmemente en el respaldo de la silla, sofá, o en las almohadas si está sentada en la cama.
- El torso del bebé se apoya en el antebrazo "A" de la madre, con la cabeza sostenida por la mano "A", para que la boca esté directamente frente al pezón. Las nalgas del bebé quedan contra el respaldo de la silla, con las piernas curvadas hacia arriba.

Tercera postura. La madre recostada de costado

- La madre, recostada en la cama, apoya la cabeza sobre el brazo "A". Se coloca al bebé de costado, frente a ella, con la boca a nivel del pecho. La madre acerca el bebé hacia su cuerpo con la mano "B", con la que también puede sostenerlo o acariciarlo.

- Algunas mujeres pueden necesitar una almohada debajo del bebé, para elevarlo al nivel del pecho. O, en el evento de sensibilidad abdominal debido a una cesárea, el uso de una pequeña almohada para proteger el abdomen sería útil (véase Figura 2).

Figura 2.



©Kaiser Permanente

SEGUNDO PASO: Adhesión del bebé al pecho

Objetivo: Hacer que al mamar, el bebé lleve el pezón y la aréola hasta el fondo de la cavidad bucal, formando una tetilla. El pezón queda entonces dentro de la garganta y las mandíbulas comprimen los senos lactíferos de la aréola, detrás del pezón.

- Con la curva del brazo "A" (y la boca del bebé) paralela al pecho "A", la madre levanta y sostiene el pecho "A" deslizando los cuatro dedos de la mano "B" debajo del pecho "A". El pulgar "B" se coloca encima del pecho, detrás de la aréola.
- La madre estimula al bebé para que abra la boca moviendo el pecho "A" (con la mano "B") para que el pezón roce suavemente o haga cosquillas en los labios del bebé, especialmente el labio inferior.
- En unos segundos el bebé abrirá ligeramente la boca (en forma parecida a la posición que se adopta para pronunciar la letra "U") (véase Figura 3).

Figura 3.



©Kaiser Permanente

- La madre continúa estimulando con un suave cosquilleo en el labio hasta que el bebé abra bien la boca (como para decir "A"). A esta altura su lengua estará ahuecada en el fondo de la boca con los bordes contra las encías (véase Figura 4).

Figura 4.



©Kaiser Permanente

- Con el pezón centrado frente a la boca, la madre acerca rápidamente al bebé contra el pecho, mientras la boca está abierta. Si está prendido correctamente, ambos labios estarán doblados hacia afuera, con el mentón haciendo presión sobre el pecho.
- El cuerpo del bebé se acerca hasta que las rodillas toquen el abdomen de la madre. La boca habrá cubierto gran parte de la aréola, aunque no es necesario que una aréola grande entre completamente en la boca del bebé (véase Figura 5).

Figura 5.



©Kaiser Permanente

- Con las primeras chupadas, la lengua y las mandíbulas comprimen la aréola y el pezón, penetrando entonces más profundamente en la cavidad bucal (véase Figura 6).
- Durante las dos primeras semanas es conveniente que la madre dé apoyo con la mano "B" durante todo el tiempo. A medida que la madre y el bebé se acostumbren, esto no será necesario.
- Aunque parezca "antinatural" para la madre inexperta, para evitar el dolor de cuello y espalda, es mejor que la madre se apoye contra el respaldo de una silla si está sentada en vez de inclinarse sobre el bebé.

Figura 6.



©Kaiser Permanente

TERCER PASO: Observar y comprender la dinámica de un episodio efectivo de lactancia.

Objetivo: Comprender el mecanismo de una lactancia efectiva para aplicar los principios de succión y amamantamiento y ayudar así a la madre y al bebé. Ambos estarán visiblemente relajados y satisfechos, y a la madre no le dolerán los pezones durante o después de amamantar.

- Una vez que el bebé está prendido al pecho, empezará a mamar con un movimiento rítmico ondulante de la lengua (Weber, Woolridge y Baum, 1986). El amamantamiento efectivo parece ser un movimiento suave de succión de la mandíbula inferior que sube y baja, y no un movimiento de morder o masticar. Si se aparta el labio inferior del bebé del pecho, se podrá ver la lengua moviéndose rítmicamente desde atrás hacia adelante contra la parte inferior del pecho, extendiéndose más allá del borde de las encías. Minchin (1989a) cita a Gunther: "La leche es exprimida rítmicamente del pecho-aréola y pezón por la compresión de los senos lactíferos y las ondulaciones regulares de la lengua succionando la leche".
- Durante los primeros 2 ó 3 días después del parto, cuando el calostro está más espeso, puede ser que el bebé tenga que

succionar varias veces antes de deglutir (Weber, Woolridge y Baum, 1986).

- Una vez que se inicia la producción de leche, el primer reflejo de expulsión o sensación de que "baja" la leche ocurre unos 2 ó 2-1/2 minutos después que el bebé ha estado mamando (Woolridge, Baum y Drewett, 1980). La mayoría de las madres, experimentan una sensación física de aumento de presión mientras baja la leche, que describen como presión, cosquilleo, hinchazón y a veces dolor.
- Durante esta fase de descenso, la leche empieza a fluir dentro de la boca del bebé con mucha mayor intensidad, y éste tiene que ajustar la velocidad de la succión al incremento del flujo. La proporción entre succionar y deglutir es más o menos de 1:1 (Weber, Woolridge y Baum, 1986), atragantándose, deglutiendo con dificultad o ahogándose ocasionalmente. Al estabilizarse el flujo de la leche, el bebé puede ajustar el ritmo a 2 ó 3 succiones por deglución y después él mismo cesa gradual y espontáneamente de mamar.
- Idealmente, se debe permitir al bebé "terminar" el primer pecho antes de ofrecerle el segundo (Woolridge y Fisher, 1988). Sin embargo, al comienzo de la lactancia, cambiar al bebé al otro pecho después de 10 ó 15 minutos de succión activa ayuda a asegurar el estímulo de ambos pechos durante el periodo de aprendizaje.
- Se podrá notar que la habilidad del bebé para coordinar y organizar el ritmo de succionar-deglutir-respirar mejorará notablemente durante la primera semana.
- La alimentación tiene éxito cuando: a) el bebé ha succionado activamente y se queda dormido plácidamente al estar satisfecho (esto ocurre generalmente después de la succión de ambos pechos, aunque a veces uno es suficiente, si la madre tiene mucha leche o si la leche baja rápidamente); b) la madre siente un alivio en los pechos colmados, y c) no siente dolor o ardor en los pezones.

CUARTO PASO. Cómo separar al bebé del pecho

Objetivo: Evitar lesión en el pecho y en el tejido del pezón al interrumpir suavemente la succión del bebé alrededor del pezón y la aréola.

- La madre coloca un dedo de la mano "B" en la comisura de la boca del bebé y lo introduce suavemente entre sus encías. Se interrumpe así la succión y se puede entonces apartar al bebé del pecho sin peligro.

QUINTO PASO. Evaluación de la lactancia e intervenciones

Objetivo: Evaluar a la madre y al bebé y ofrecer las soluciones e instrucción adecuadas cuando sea necesario, para lograr una técnica de lactancia óptima.

Evaluación del bebé

- ¿Es el movimiento de succión rítmico y coordinado con la deglución y la respiración?

Intervención:

Si el pecho parece obstruir la respiración del bebé, la madre puede hacer lo siguiente: acercar el bebé hacia ella, levantar un poco el pecho, y/o bajar ligeramente el codo "A".

- ¿Hay un movimiento de la mandíbula de arriba hacia abajo, o parece que el bebé está mordiendo o mascando el pezón? ¿Se está moviendo rítmicamente la lengua del bebé por la parte inferior del pecho, extendiéndose sobre las encías, o está la lengua empujando el pecho hacia afuera?

Intervención:

Si parece que el bebé tiene dificultad para establecer un ritmo de succión o está moviendo las mandíbulas de arriba a abajo como si estuviera mordiendo o mascando, o empuja el pecho fuera de la boca, es necesario desprenderlo del pecho y volver a colocarlo cuidadosamente. Hay que prestar cuidadosa atención a que abra la boca ampliamente. Asimismo, una lengua

mal colocada puede actuar como barrera física e impedir que el pecho entre en la boca. Vale la pena esperar unos segundos más hasta que la lengua esté en el fondo de la boca y esté al borde de las encías.

- ¿Parece que el bebé se adapta a las variaciones en el flujo de la leche mientras se alimenta?

Intervención

Si la madre tiene reflejos de expulsión muy fuertes o la leche baja con mucha rapidez, el bebé puede tener dificultad de ajuste, lo que demuestra con ahogo constante y tos, o tratando de retirarse del pecho. Una vez que la madre siente el reflejo de la leche que baja o nota que el bebé experimenta molestias, puede apartar brevemente al bebé del pecho para exprimir la leche en una toalla o envase hasta que disminuya la intensidad del flujo. Luego puede volver a colocar al bebé para que mame tranquilamente. Contrariamente a lo que se cree, los bebés que se alimentan al pecho también tragan aire mientras están mamando y es necesario hacerlos eructar. Esto se aplica especialmente si la madre tiene una expulsión de leche muy fuerte.

Evaluación de las percepciones de la madre

- ¿Se queja la madre de dolor o molestias al principio, durante o después de la lactancia? Se puede describir esta molestia como ardor, picazón, palpitación o dolor. La madre a la que el bebé muerde el pezón tendrá una reacción inmediata de dolor agudo. Si el trauma continúa, el pezón se verá hinchado, enrojecido, escoriado, amoratado, agrietado y/o rajado. Es necesario revisar los pezones regularmente durante los primeros días.

Intervención:

No es raro encontrar una cierta sensibilidad en los pezones durante los cuatro primeros días del posparto, ya que los tejidos del pecho se tienen que adaptar a las succiones del bebé y a la plenitud de la leche en los senos. La colocación correcta y una técnica de adhesión adecuada pueden reducir este fenómeno y eliminar las formas más graves de lesión: pezones amoratados, agrietados y/o

sangrantes. Cuando la madre se queja de molestias en los pezones, se debe evaluar cuidadosamente su técnica de adhesión, especialmente en cuanto al estímulo para que el bebé abra ampliamente la boca. Cuanto más grande la abra, mayor será la posibilidad de que el pezón sea succionado en el fondo de la garganta, evitando así que las mandíbulas compriman el pezón y estimulando una comprensión efectiva de los senos lactíferos.

Algunos bebés aprenden a abrir ampliamente la boca solamente después de cierta instrucción y práctica. Para acostumbrarlo a hacerlo así, y a mantener la boca abierta, la enfermera puede enseñar a la madre a usar el pulgar y el índice "B" para agrandar la abertura natural de la boca inmediatamente antes de poner el bebé al pecho. Esto debe causar un gran alivio a la madre con pezones doloridos. Si es necesario, se puede mantener un dedo ejerciendo presión suave sobre el mentón del bebé mientras se le amamanta, lo que ayudará a que aprenda a tener la boca abierta, disminuyendo así la sensación de dolor de la madre.

- Si la madre no se queja de molestia alguna, ¿se la ve incómoda o afligida? ¿La postura del cuerpo es relajada o ha adoptado una postura que le dará dolor de cuello, de espalda o de brazo?

Intervención

Algunas mujeres vacilan antes de quejarse de molestias relacionadas con la lactancia. La expresión facial y cualquier señal de tensión corporal pueden indicar a la enfermera que la madre está incómoda. Así cuando se les pregunta directa y específicamente si están experimentando algún dolor, las madres estarán más dispuestas a describir lo que les pasa. Asimismo, durante el proceso de aprendizaje no es raro que una mujer se esté concentrando intensamente en aprender cómo debe poner el bebé al pecho y mientras tanto adopta una postura que le producirá tensión en el cuello, los hombros o la espalda. Si esto ocurre, la madre puede probar una postura o una silla más cómoda, sugiriéndole que se apoye en el respaldo de la silla, o que utilice el apoyo adicional de almohadas, así se la ayudará a encontrar una forma más conveniente de sostener a su bebé y sentirse ella más cómoda.

- ¿Qué siente la madre cuando succiona el bebé? Permítale que lo describa. Debería describirlo como un movimiento que tira suavemente en lugar de uno que muerde, masca o chupa exageradamente, etc. Cuando se siente "bien", las madres dicen en seguida, por lo general, algo como "así está bien", o "eso es mucho mejor".

Intervención:

Hacer hincapié en que la lactancia requiere aprendizaje de la madre y del bebé, especialmente durante la primera semana. Ayude a la madre a evaluar su progreso pidiéndole que describa lo que ella y el bebé han aprendido hasta ese momento y lo que están todavía aprendiendo.

COMO AYUDAR AL BEBE SOÑOLIENTO O QUE NO MUESTRA INTERES EN LA LACTANCIA

- Para estimularlo suavemente a que se despierte y esté alerta: masajearlo, cambiarle los pañales, bañarlo. Evitar envolverlo con ropa muy ajustada o abrigarlo demasiado porque el calor adicional estimula el sueño. Evitar sonidos o movimientos arrulladores. Evitar también ruidos fuertes o movimientos súbitos que puedan sobresaltar o asustar al bebé.
- La madre se masajea y bombea sus pechos para que baje la leche y continúa haciendo esto hasta que el pezón y la aréola estén blandos. Como una aréola y pecho congestionados harán más difícil que el bebé se prenda, debe comenzarse con el pecho menos congestionado.
- Si el bebé sigue soñoliento mientras es amamantado, conviene hacerlo erupar con frecuencia o alternar el pecho para mantenerlo despierto.
- Lo anterior debe hacerse cada 2 ó 3 horas hasta que el bebé pueda pedir su alimento por sí mismo.

CONCLUSION

La técnica de la lactancia es una conducta aprendida por madres e hijos. En las culturas donde la lactancia materna es común, este "arte" se pasa de mujer a mujer, de una generación a otra. En zonas donde la lactancia natural está en declive o en vías de desaparecer, el personal de enfermería desempeña un papel muy importante en la promoción y preservación de la lactancia. El desarrollo de las habilidades clínicas/técnicas para ayudar a la madre lactante debería ser un componente esencial de la formación y preparación de los estudiantes de enfermería. El clínico que está iniciándose en la lactancia mejorará su técnica e incrementará su seguridad solamente a través de observación cuidadosa y práctica constante con madres y bebés lactantes de verdad. Al igual que con las madres y los bebés, solo la práctica conducirá a la eficacia y al éxito.

RECONOCIMIENTOS

Las técnicas de lactancia descritas en este artículo son productos de años de colaboración y diálogo entre los especialistas en lactancia. Es muy difícil definir claramente dónde se originaron ciertas ideas o prácticas, puesto que muchos especialistas ejercen y enseñan pero no han publicado. La autora expresa su más profunda gratitud a su esposo, Christopher L. Wade, M.D., M.P.H., por su apoyo en la preparación de este artículo, así como su generosidad a través de los años en compartir sus conocimientos sobre la lactancia con la autora y con muchísimos otros.

BIBLIOGRAFIA

Fisher, C. (1983). Positions of success. New Generation, 3, 21.

Frantz, K. (1980). Techniques for successfully managing nipple problems and the reluctant nurser in the early postpartum period. En S. Frier and A. I. Eldelman (Eds.). Human Milk: Its Biological and Social Value (pp. 314-317). Amsterdam: Excerpt Medical.

Kaiser Permanente (1989). A Guide to Successful Breastfeeding. Obtenible de [Kaiser Permanente Medical Care Program, Member Health Education Department, Walnut Center, Pasadena, CA 91188].

Lawrence, R. A. (1987). The management of lactation as a physiologic process. Clinics in Perinatology, 14(1), 1-10.

Lawrence, R. A. (1985). Breastfeeding: a Guide for the Medical Profession. (segunda edición). St. Louis: C. V. Mosby.

Minchin, M. (1985). Breastfeeding Matters. Sydney: Allen y Unwin.

Minchin, M. (1989a). Positioning for breastfeeding. Birth, 16(2), 67-74.

Minchin, M. (1989b). Author's response. Birth, 16(2), 76-80.

Neifert, M. R. y Seacat, J. M. (1986). Medical management of successful breastfeeding. Pediatric Clinics of North America, 33(4), 743-762.

Wade, C. L. (1983). Every mother can breastfeed her baby. Journal of Health and Healing, 8(4), 8-10.

Walker, M. (1989). Commentary: another look at positioning for breastfeeding. Birth, 16(2), 74-76.

Weber, F., Woolridge, M., y Baum, J. D. (1986). An ultrasonographic study of the organization of sucking and swallowing by newborn infants. Developmental Medicine and Child Neurology, 28, 19-240.

Woolridge, M. W. (1986). The aetiology of sore nipples. Midwifery, 2, 172-176.

Woolridge, M. W., Baum, J. D. y Drewett, R. F. (1980). Does a change in the composition of human milk affect sucking patterns and milk intake? Lancet, 2, 1982.

Woolridge, M. y Fisher, C. (1988). Colic, "overfeeding," and symptoms of lactose malabsorption in the breast-fed baby: a possible artifact of feed management? Lancet, 28, 382-384.

La lactancia materna y la fecundidad¹

Miriam H. Labbok

Es un hecho bien conocido que la lactancia materna tiene un efecto anticonceptivo y los estudios científicos recientes comienzan a explicar los mecanismos y la eficacia de esa práctica para la regulación de la fecundidad. Si la lactancia se emplea con ese fin, es preciso responder dos preguntas: 1) ¿se puede emplear la lactancia materna como método eficaz de planificación familiar? y 2) ¿pueden modificarse los patrones de conducta respecto a esa práctica para lograr efectos máximos generales en la fecundidad?

Con el fin de emplear la lactancia materna como método de planificación familiar, hay que entender primero su fisiología. El estímulo del seno y del pezón por parte del niño al mamar impide la producción de las hormonas necesarias para la ovulación y para el mantenimiento del embarazo. Durante el período posparto, si la madre no amamanta a su hijo, la concentración de prolactina se reduce rápidamente. El ciclo normal de producción de hormonas ováricas se reanuda entre las 6 y las 12 semanas del posparto, con lo que aumenta la posibilidad de embarazo. Si la madre alimenta al bebé exclusivamente con su leche, sigue produciendo en forma continua una concentración elevada de prolactina. Mientras continúe la lactancia intensiva, se suprimirá la producción de estas hormonas y la menstruación estará postergada. El embarazo no puede ocurrir sin ovulación ni apoyo hormonal adecuado. Como método natural de espaciar los hijos, la lactancia es muy eficaz en los primeros meses del posparto.

Las prácticas de lactancia materna necesarias para mantener la amenorrea, también conocida como la amenorrea de lactancia, consisten en amamantar con frecuencia al niño sin intervalos prolongados y sin darle otros alimentos ni chupones. Un motivo de gran preocupación respecto al empleo de la lactancia materna como medida de control de la fecundidad es el de pronosticar la reanudación de esta última. Las investigaciones realizadas indican que la reanudación de la menstruación está

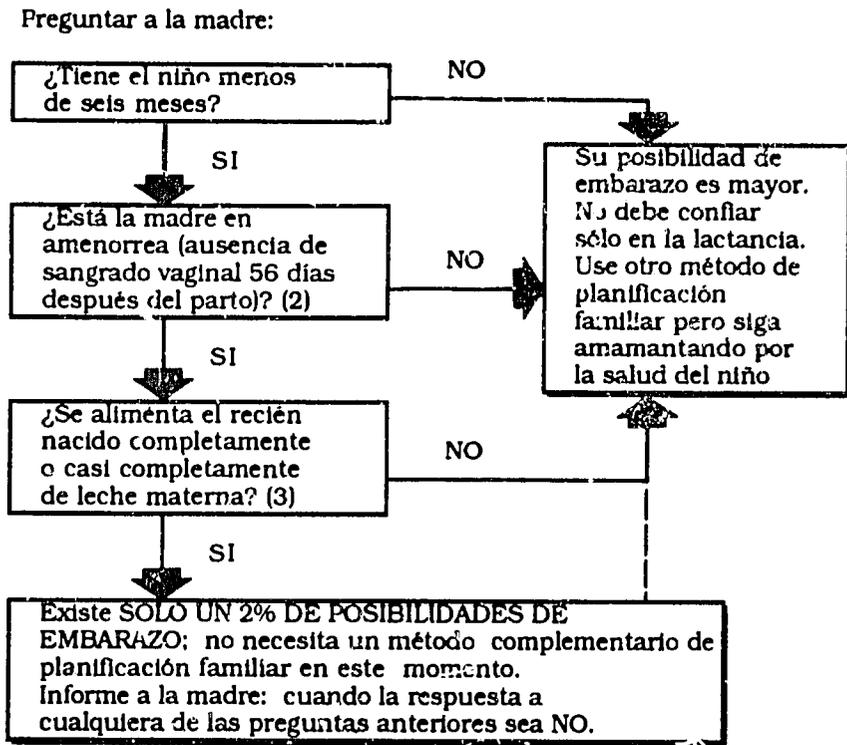
¹Publicado originalmente en Madres y Niños, 8 (Suplemento), 1-3. American Public Health Association, Washington, DC, 1989.

relacionada con la de la fecundidad. Sin embargo, los mismos investigadores han observado que a menudo la ovulación puede ocurrir antes de cualquier hemorragia vaginal. En los primeros meses de posparto, la menstruación puede ser un buen pronóstico de la reanudación de la fecundidad de las mujeres que amamantan por completo a sus hijos, pero después de transcurrido ese lapso, no es tan buen indicador. Eso puede deberse al cambio de los patrones de lactancia materna a medida que el bebé crece y a la introducción de alimentos complementarios a su dieta.

Los demógrafos han observado que sólo 2 a 12% de las mujeres que alimentan a sus hijos exclusivamente con leche materna quedan embarazadas antes de que se reanude la menstruación. El periodo en que se debe usar otro método para espaciar los nacimientos varía de una mujer a otra. En la Figura 1 se presenta una guía para determinar si la lactancia materna sigue siendo un indicador seguro en casos particulares. Para poder establecer guías para toda una comunidad sobre cuándo deben recurrir las mujeres lactantes a otros métodos de planificación familiar, se deben conocer bien los patrones seguidos en la práctica de la lactancia materna y las tasas de fecundidad en la comunidad. Esa información se puede emplear para determinar cuándo debe la mayoría de las mujeres comenzar a usar otro método de planificación familiar.

En el Cuadro 1 se indican los patrones óptimos de lactancia materna. Si ésta se practica como es debido, reducirá la fecundidad en los meses de posparto al mismo tiempo que provee nutrición adecuada, etc. Cualquier reducción de la incidencia y duración de la lactancia materna causará un aumento importante de las tasas de fecundidad. En muchos países como Bangladesh y Nepal, la lactancia materna es un factor de importancia para reducir la fecundidad. Los análisis de datos de varios países revelan que una reducción de la práctica de la lactancia materna de 25% aumenta la fecundidad de 2 a 16%. El aumento del uso de anticonceptivos necesario para neutralizar esa cifra puede ser equivalente hasta 700 veces la tasa actual de empleo de anticonceptivos. La alta tasa de fecundidad tiene repercusiones de salud y económicas y el incremento del uso de anticonceptivos en esa proporción puede ser costoso y prácticamente imposible.

Figura 1
Uso de la lactancia y la amenorrea como método para
espaciar los nacimientos durante los 6 primeros meses
posparto (1)



(1) Debe destacarse que estas guías son conservadoras. Las mujeres que siguen estas guías después de los 6 meses o que han presentado una menstruación aún pueden tener su fertilidad reducida si se siguen las prácticas óptimas de lactancia (véase Cuadro I). Más aún, en muchas áreas del mundo las mujeres amamantan por 12-24 meses y se mantienen en amenorrea por 12 meses o más. Estas mujeres pueden seguir infértiles por 12 a 15 meses posparto.

(2) El sangramiento que ocurre durante los primeros 56 días no se considera menstruación.

(3) Lactancia "completa" incluye lactancia exclusiva y casi exclusiva (dar a probar en forma ocasional comidas tradicionales o agua), día y noche de acuerdo a las recomendaciones de el Cuadro I. Lactancia "casi completa" significa el aporte ocasional de alimentos distintos de la leche materna.

Cuadro 1.
**Prácticas de lactancia materna recomendadas para una
óptima supervivencia infantil y espaciamiento de los
nacimientos.**

-
- Amamantar lo más pronto posible después del parto, de preferencia inmediatamente después del parto.
 - Amamantar en forma exclusiva los primeros 4-6 meses.
 - Después de los 4-6 meses, cuando se introducen alimentos suplementarios, la leche materna debe preceder a estos alimentos.
 - Seguir amamantando por lo menos durante 2 años.
 - Amamantar con frecuencia, siempre que el niño tenga hambre, de día y de noche.
 - Seguir amamantando aun si la madre o el niño se enferman.
 - Evitar el uso de biberones y chupetes.
 - Comer y beber las cantidades necesarias para satisfacer el apetito y la sed de la madre.
-

La lactancia materna por razones de regulación de la fecundidad es aún más importante cuando se considera dentro del panorama mundial. Cerca del 90% de los niños que nacen en el mundo hoy en día son amamantados por algún tiempo. En los primeros meses de vida, es común la introducción de otros alimentos y, en los países industrializados, el destete se realiza por completo en los primeros 3 a 6 meses de vida. En los países en desarrollo se alimenta con leche materna a un mayor porcentaje de niños, por periodos más prolongados. Sin embargo, el fomento de la lactancia materna es indispensable para mantener la elevada prevalencia de la práctica de la lactancia exclusiva donde se realiza ampliamente y para incrementarla cuando se reduce. Esto se ha logrado en varios países en desarrollo.

No se pueden pasar por alto los demás beneficios de la lactancia materna. Es probable que el beneficio más conocido es la reducción en la morbilidad y la mortalidad por diarrea

de los niños amamantados. También se ha comprobado que la lactancia materna confiere protección contra las infecciones respiratorias, la otitis media y otros agentes infecciosos. Un estudio recientemente realizado en Brasil comprobó que el peligro de muerte por diarrea entre niños amamantados era de 1/16 de los bebés alimentados con leche en polvo y de 1/4,5 de los bebés alimentados con fórmula.

Además, la lactancia materna protege al bebé contra ciertas clases de linfoma, diabetes, algunas alergias, y problemas de crecimiento y desarrollo. Otros estudios indican que la lactancia materna protege contra enfermedades del corazón, el cáncer y la obesidad en la edad adulta. También protege a la madre contra el cáncer endométrico, ovárico, y de mama. Los efectos positivos de la lactancia materna en la nutrición son bien conocidos.

La reducción de la práctica de la lactancia materna acarrea graves consecuencias económicas para la familia y el país. En estudios recientes en África, se ha demostrado que el aumento de la práctica de la lactancia materna ahorraría fácilmente a los países centenares de millones de dólares gastados en divisas. El costo de alimentar a un bebé con fórmula va desde alrededor de U\$S0,50 a varios dólares norteamericanos diariamente. En algunas comunidades esta cantidad representa una porción significativa del presupuesto familiar total. El ahorro relacionado con atención de la salud va de US\$2,50 a US\$143,00 por episodio de diarrea.

Es vital para la supervivencia infantil y ayuda a la recuperación materna en el puerperio. Deben seguirse haciendo investigaciones para perfeccionar nuestras pautas y conocimientos, pero existen suficientes pruebas de que la alimentación exclusiva del bebé con la leche materna reduce la fecundidad, salva vidas y debe fomentarse con fines de planificación familiar y de conservación de la salud.

BIBLIOGRAFIA

Buck, C. y Simpson, H. (1982). Infant diarrhea and subsequent mortality from heart disease and cancer. Journal of Epidemiology and Community Health, 36, 27-30.

Davis, M., Savits, D. A. y Graubard, B. I. (1988). Infant feeding and childhood cancer. Lancet, 2, 365-366.

Gray, R., Eslami, S., Labbok, M., Zacur, H. y Campbell, O. (1986). Prediction of ovulation return in breastfeeding mothers: report of an ongoing study. Fertility Determinants Research Notes. Nueva York, NY: The Population Council.

Ho, M. (1988). Diarrheal deaths in American children: are they preventable? Journal of the American Medical Association, 260(22), 3281-3285.

Huffman, S. y Combest, C. (1988). Promotion of breastfeeding: Yes, it works. Washington, DC: Center to Prevent Childhood Malnutrition.

Kovar, M., Serdula, M. K., Marks, J. S. y Fraser, D. W. (1984). Review of epidemiological evidence for an association between infant feeding and infant health. Pediatrics, 74(4), 615-638.

Labbok, M. (1982). Interactions of contraception and lactation. En J. Sciarra (Ed.), Gynecology and Obstetrics, Volumen 6 (Capítulo 36). Filadelfia, PA: Lippincott.

Labbok, M. (1985). Consequences of breastfeeding for mother and child. Journal of Biosocial Science, 9 (Supl.), 43-54.

McNeilly, A. S., Glaser, A. F., Howie, P., Houston, M. J., Cook, A. y Boyle, H. (1988). Fertility after childbirth: pregnancy associated with breastfeeding. Clinical Endocrinology, 18, 167-173.

Phillips, J. y Feachem, R. (1987). Options for diarrhea control: the cost and cost-effectiveness of selected interventions. Londres, Inglaterra: Evaluation and Planning Centre, London School of Hygiene.

Thapa, S., Short, R. y Potts, M. (1988). Breastfeeding, birth spacing and effects on child survival. Nature, 335(6192), 679-682.

Victoria, C. y Smith P. (1988, Noviembre). Case-control studies of the influence of breastfeeding on child morbidity and mortality: methodological issues. Resumen y presentación, Cuarto Taller Internacional sobre Lactancia Humana.

Destete

Miguel Guerl

En octubre de 1979 se llevó a cabo una reunión conjunta OPS/UNICEF sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño. Las resoluciones formuladas en dicha reunión siguen siendo válidas hoy, 12 años más tarde. La resolución N° 7 es de particular interés y se lee así: "La lactancia forma parte integrante del proceso reproductivo, es la forma natural e ideal de alimentar al lactante y constituye una base biológica y psicológica única para el desarrollo del niño" (OMS/UNICEF, 1979).

El período de lactancia constituye el nexo entre la alimentación intrauterina a través de la placenta y la alimentación del adulto. Durante este período el sistema digestivo del niño, inmaduro al nacer, madura gradualmente hasta poder digerir y absorber los alimentos de la vida adulta. El nexo de la lactancia no se interrumpe abruptamente sino que de forma paulatina; la leche materna, que es la fuente única de nutrientes en los primeros meses, va siendo substituida por otras fuentes: los alimentos sólidos. A este período de transición durante el cual el niño se convierte de lactante en omnívoro se le conoce con el nombre de DESTETE, y representa uno de los eventos dietéticos cruciales en la vida del niño (Whitehead, 1985).

El destete es un proceso gradual que abarca la segunda mitad del primer año de la vida del niño y durante el cual se rompen algunos de los lazos afectivos entre madre e hijo, lazos que se forjaron incluso antes del nacimiento y se reforzaron durante el amamantamiento. Pero simultáneamente el niño crea nuevas relaciones afectivas con otros seres del mundo que lo rodean. Deja de ser el "feto exógeno" como se le ha llamado, unido a la madre por el pecho de ésta y dependiendo totalmente de éste para sobrevivir, y comienza a intentar saciar la curiosidad y el deseo innato de independencia. Los horizontes del pequeño se amplian, gatea y empieza a explorar un mundo nuevo en el cual aprende a conocer, reconocer, apreciar y habituarse a los alimentos sólidos.

Previous Page Blank

Durante los primeros meses de la vida, mientras todos los nutrientes son proporcionados por la leche materna, se van produciendo los cambios fisiológicos necesarios para poder utilizar los alimentos sólidos del adulto. Por ejemplo, para la degradación de los polisacáridos tales como el almidón —cuya digestión se produce fundamentalmente en la parte proximal del intestino delgado— se necesita la amilasa pancreática, la cual se haya presente en muy pequeñas cantidades o está totalmente ausente antes de los seis meses de edad. Los azúcares de la leche, sin embargo, no representan ningún problema para ser digeridos desde el momento del nacimiento, puesto que las disacaridasas que digieren la maltosa y lactosa se hallan presentes desde ese momento (Akre, 1989).

La capacidad de digerir proteínas está bien desarrollada al nacer, pero debe evitarse que el niño las consuma en grandes cantidades dado que la excesiva concentración de solutos renales a que daría lugar puede producir un imbalance ácido básico y acidosis metabólica (Akre, 1989).

Para la digestión de las grasas se necesita la lipasa pancreática y las sales biliares, pero durante los primeros meses de vida la concentración de éstas es baja debido a la inmadurez de los sistemas hepático y pancreático. Sin embargo, la digestión de las grasas presentes en la leche materna no representa ningún problema, dado que la misma leche de la madre contiene lipasa, además de la lipasa lingual que produce el niño (Akre, 1989).

A la vez que se va desarrollando la capacidad de utilizar carbohidratos, proteínas y grasas distintas a las proporcionadas por la leche humana, se va produciendo la maduración del sistema renal y hacia los seis meses de edad el lactante se halla en condiciones de enfrentarse a la carga de solutos resultantes del metabolismo de los nuevos alimentos que se comienzan a introducir en esta edad.

La naturaleza ha provisto al niño con un mecanismo para evitar que trague aquellos alimentos que no puede digerir. Se trata del reflejo de extrusión, mediante el cual se rechazan los alimentos sólidos o semisólidos, y es sólo entre los cuatro y seis meses de edad que este reflejo va desapareciendo y los alimentos pueden llevarse a la parte posterior de la boca y deglutirse. Hacia los siete y nueve meses comienzan a

aparecer movimientos rítmicos de masticación, a la vez que surgen los primeros dientes. Así pues, el periodo de seis a nueve meses es el periodo de transición entre la alimentación fetal en el útero, la lactancia y la dieta sólida del adulto.

Se ha considerado tradicionalmente entre los cuatro y seis meses como la edad apropiada para iniciar el destete. Fisiológicamente, a los seis meses el niño está completamente desarrollado para hacer uso biológico de alimentos complementarios a la leche humana. Antes de los cuatro meses es en general totalmente injustificado administrar otros alimentos que la leche materna, tanto desde el punto de vista fisiológico como psicológico y emocional. La mujer, aun en condiciones de privación nutricional, es capaz de producir leche en suficiente cantidad y de adecuada calidad para las necesidades del niño, incluso drenando de sus propias reservas nutricionales en condiciones extremas. Por mucho tiempo las cantidades de energía y proteína que requiere el lactante han sido sobreestimadas. Actualmente se considera que a los tres meses el niño requiere 100 kcal, y 1,85 gr. de proteína por cada kilogramo de peso corporal y por día (OMS, 1985, 1990). El incremento satisfactorio de peso y talla en relación a las curvas referenciales de crecimiento (OMS, 1978; Whitehead y Paul, 1981) es el mejor indicador de que la leche materna está proporcionando los nutrientes en las cantidades necesarias.

Desde el punto de vista de las necesidades nutricionales, maduración fisiológica y salud inmunológica, el dar alimentos diferentes a la leche humana tempranamente, no solamente es innecesario, sino puede hasta ser peligroso para la salud del niño (Akre, 1989), puesto que se interrumpe el patrón alimentario que ha desarrollado la madre, se reduce la producción de leche, aumenta el riesgo de infecciones y alergias y para la madre aumenta el riesgo de un nuevo embarazo (Labbok, 1989a, 1989b). El mecanismo de regulación natural de la fertilidad que produce la lactancia pierde su efectividad cuando la lactancia se interrumpe por largos periodos de tiempo o es incompleta debido a la administración de sucedáneos de la leche materna tales como las fórmulas lácteas. Por los mismos motivos está difícilmente justificado administrar otras leches que la humana. Es mucho más práctico, fisiológico, saludable e incluso económico dar un suplemento alimentario a la madre nodriza que introducir al niño demasiado temprano a otros

alimentos, incluyendo leches otras que la humana (Guerl, 1980).

No podemos decir en qué momento dado, a qué edad exacta, va a comenzar el destete; ni tampoco es posible identificar un punto en el tiempo cuando categóricamente podemos establecer que termina la lactancia (Whitehead, 1985). La edad del niño no es el único factor determinante en la introducción de alimentos sólidos o semisólidos; además de que no todos los niños se desarrollan a la misma velocidad, hay una serie de factores que deben tomarse en cuenta. Si bien hacia los seis meses de edad el niño está en condiciones de pasar a una dieta semisólida, las características del ámbito que lo rodean, las facilidades para preparar los alimentos, la disponibilidad de los mismos y las condiciones sanitarias son algunos de los factores más importantes a considerar.

Frecuentemente el inicio del destete da lugar al ciclo desnutrición-enfermedad diarreica-infección. Con la introducción de nuevos alimentos se facilita la invasión del aparato gastrointestinal infantil por microorganismos patógenos. Estos microorganismos no solamente pueden hallarse presentes en los alimentos sino en las manos de la persona que alimenta al niño o en los utensilios. Según Underwood "Es durante este periodo de transición de la alimentación al pecho a la dieta familiar que la exposición a los patógenos ambientales es más intensa, la probabilidad de ingesta nutricional inadecuada es más grande y el trauma emocional debido al contacto menos íntimo entre la madre y el niño más estresante. La combinación de todo esto puede desbordar la capacidad fisiológica y psicológica de adaptación del lactante" (Underwood, 1985). Los problemas ocasionados por los malos hábitos de destete son debidos generalmente a que los alimentos semisólidos son introducidos en la dieta abruptamente, o demasiado temprano en la vida del niño, antes de que esté preparado fisiológicamente para utilizarlos o, menos frecuentemente, demasiado tarde cuando ya la leche materna ha sido insuficiente para proporcionar los nutrientes en cantidades suficientes para cubrir las necesidades del niño. Otros problemas potenciales asociados con la práctica del destete están relacionados con baja concentración de energía y otros nutrientes en los alimentos utilizados, la frecuencia con que los mismos son

administrados y su cantidad y calidad en términos nutritivos y de higiene (Ashworth y Feacham, 1985).

La alimentación del niño durante el destete consume tiempo y requiere paciencia. Cuando las madres tienen que dedicar gran parte de su tiempo al trabajo en el hogar o fuera del mismo, o cuando la responsabilidad de alimentar al pequeño se delega a otras personas, hay más probabilidades que no se le alimente correctamente. Existen varias alternativas para enfrentarse a este problema: la educación es la estrategia fundamental para conseguir que el destete se lleve a cabo con éxito, educación que debe iniciarse mucho antes que comience el destete. La mujer debe concebir el embarazo, parto, lactancia y destete como un proceso, no como una serie de episodios independientes entre sí. Por tanto, la información y educación debe tratar sobre todo el proceso y debe iniciarse lo antes posible durante el embarazo, preferiblemente de manera individual, reforzada por mensajes utilizando los medios masivos de comunicación. Estos tienen la ventaja que pueden afectar y modificar favorablemente los conocimientos y actitudes de otros miembros de la familia y otras mujeres jóvenes antes de que sean madres.

Los alimentos sólidos y semisólidos progresivamente substituyen a la leche materna como fuente de nutrientes y la dieta del niño puede ser tan variada como lo permita la dieta familiar, dependiendo de la disponibilidad de alimentos, su costo y la tolerancia del niño a los mismos. Los cereales y las legumbres son generalmente accesibles a la mayoría de la población, sin embargo tienen baja densidad energética y el contenido en fibra indigerible de los segundos es relativamente alto, pudiendo ocasionar flatulencia. Hay que considerar aquellas combinaciones de alimentos que proporcionen un contenido de proteína adecuado, en términos de cantidad y calidad. Un alimento basado en cereales y legumbres puede ser mejorado considerablemente cuando a la mezcla de ambos se añaden, por ejemplo, pequeñas cantidades de granos cereales y leche (O'Donnell, 1988). El azúcar o el aceite aumenta la densidad energética del alimento.

La introducción de semisólidos puede iniciarse, por ejemplo, con una papilla preparada usando el alimento básico de la familia, el cual varía de acuerdo a las costumbres

y según las comunidades, pero que generalmente consiste en un cereal y un tubérculo. El primero proporciona considerablemente más cantidad de energía y proteína por unidad de peso que el segundo. Es importante que la papilla tenga una consistencia adecuada. Generalmente se hace más densa al enfriarse pero si se añade una pequeña cantidad de aceite, mantequilla o margarina se mantiene la consistencia suave y aumenta el contenido de energía sin aumentar el volumen. A una base de cereal o tubérculo puede añadirse legumbres o vegetales, o bien alimentos de origen animal adecuadamente cocinados. Los alimentos deben estar lo suficientemente blandos como para que puedan pasarse a través de un colador. Los vegetales deben cocinarse con poca agua con el fin de que retengan las vitaminas y un poco del agua de la cocción puede usarse además, para ablandar el alimento o en vez del jugo de la carne o del pescado (OMS, 1990).

Conforme el niño va creciendo y aproximándose al primer año de vida, tanto la frecuencia como el volumen de los alimentos de destete van aumentando y reemplazando las sesiones de amamantamiento y la consistencia del alimento puede ir haciéndose más sólida: por ejemplo, el pescado y el huevo pueden aplastarse con un tenedor y la carne desmenuzarse meticulosamente (Caribbean Food and Nutrition Institute, 1986).

En resumen, la dieta de destete del niño debe basarse en una mezcla de alimentos de diferentes grupos tales como combinaciones de dos (por ej. papilla de arroz + leche), de tres (por ej. patata + calabaza + harina de garbanzo), o de cuatro (por ej. maíz + arvejas + calabaza + carne) (Caribbean Food and Nutrition Institute, 1986; OMS, 1988; Jelliffe y Jelliffe, 1989). Estos alimentos deben, en general, ser los mismos que la madre prepara para toda la familia, sin adición de especias o condimentos fuertes.

En ciertas circunstancias, cuando las condiciones previenen que la madre prepare el alimento del niño en la forma recomendada arriba, o cuando las condiciones higiénicas no son satisfactorias, se puede considerar el uso de mezclas ya preparadas bien comercialmente o semicomercialmente, producidas en proyectos comunitarios utilizando tecnología apropiada de pequeña escala. Las primeras son considerablemente más caras.

Hacia el primer año de vida el niño ha desarrollado habilidades para alimentarse con una dieta progresivamente más sólida (movimientos de masticación, movimientos voluntarios de llevar alimentos a la boca, posición corporal apropiada, intentos de utilizar una cuchara [Pridham, 1990]), una dieta muy similar a la de la familia (aunque con una frecuencia mayor, alrededor de seis veces al día) y que proporciona todos los nutrientes que necesita, en términos de cantidad y calidad... La leche materna ya no es estrictamente necesaria.

BIBLIOGRAFIA

Akre, J. (Ed.). (1989). Infant feeding. The physiological basis. Bulletin of the World Health Organization, 67(Suppl.).

Ashworth, A., y Feacham, R. G. (1985). Interventions for the control of diarrhoeal diseases among young children: weaning education. Bulletin of the World Health Organization, 63, 1115-1127.

Caribbean Food and Nutrition Institute. (1986). Improving Weaning Practices in the Caribbean. Kingston, Jamaica: Caribbean Food and Nutrition Institute.

Gueri, M. (1980). Some economic implications of breastfeeding. Canajus, 13, 85-94.

Jelliffe, D. B., y Jelliffe, E. F. P. (1989). Dietary Management of Young Children with Acute Diarrhoea. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Labbok, M. H. (1989a). Breastfeeding and family planning programs: a vital complementarity. En N. Baumslag (Ed.), Breastfeeding: The Passport to Life (pp. 48-55). Nueva York, NY: NGO Committee on UNICEF.

Labbok, M. H. (1989b). La lactancia natural y la fecundidad. Madres y Niños, 8(Supl.), 1-3.

O'Donnell, A. (1988). Alimentación del niño en América Latina. Archivos Latino Americanos de Nutrición, 38, 685-704.

Organización Mundial de la Salud. (1978). Acciones de Salud Maternoinfantil. Cartilla Internacional de Crecimiento. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (1979). Reunión Conjunta (OMS/UNICEF) sobre la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (1985). Necesidades de Energía y Proteínas (Series de Informes Técnicos N° 724). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (1988). Weaning: From Breastmilk to Family Food. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (1990). Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases (Technical Report Series N° 797). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (1990). Unidades Didácticas de Nutrición (Publicación Científica N° 528). Washington, DC.

Pridham, K. F. (1990). Feeding behavior of 6 to 12 month old infants: assessments and sources of presented information. Journal of Pediatrics, 117, 5174-5180.

Underwood, D. A. (1985). Weaning practices in deprived environments: the weaning dilemma. Pediatrics, 75(Suppl.), 194-198.

Whitehead, R. G. (1985). The human weaning process. Pediatrics, 75(Suppl.), 189-193.

Whitehead, R. G., y Paul, A. A. (1981). Infant growth and human milk requirements. Lancet, 2, 161-163.

PARTE III.

**C. EDUCACION DE LOS PROFESIONALES
DE LA SALUD**

El rol de los médicos en la promoción de la lactancia materna

John T. Queenan

Históricamente, los médicos han demostrado un interés limitado en la lactancia materna. Antes de este siglo, la evidencia de las ventajas de la lactancia materna sobre el biberón desde el punto de vista de la salud y nutrición del bebé era solamente empírica. Los médicos reconocían que la lactancia materna era la forma apropiada para alimentar al bebé, pero tenían poco que ofrecer a las madres que experimentaban dificultades o que buscaban alternativas.

En el siglo XX, los avances de la ciencia y la tecnología han cambiado la situación drásticamente. Las fórmulas de leche desarrolladas científicamente para que se asemejen a la leche humana y aseguren el crecimiento y nutrición del bebé, presentaron a los médicos alternativas que podían recomendar. En el campo de la nutrición, estas fórmulas fueron populares porque era fácil medir las y cuantificarlas.

También estaban ocurriendo cambios en la escena social. La creciente urbanización de la sociedad estaba desuniendo a la familia extendida, siendo por tanto más difícil para la mujer contar con modelos de comportamiento y sistemas de apoyo para llevar a cabo el amamantamiento con éxito. Al mismo tiempo, aumentaba el número de mujeres que trabajaba fuera del hogar y tenía que separarse de sus hijos por largos períodos de tiempo. ¡Sencillamente, se hizo más fácil no amamantar! Con las nuevas fórmulas de leche, la alimentación del bebé con biberón llegó a ser considerada como equivalente, o aún mejor, que la lactancia materna.

Hoy en día, la actitud está cambiando radicalmente. Los médicos están recobrando el interés en la lactancia materna. La misma ciencia que produjo las fórmulas de leche infantiles ha demostrado ahora que éstas, por buenas que sean, no son comparables a la leche humana. La leche artificial no puede proporcionar la protección inmunológica y otras ventajas que son propiedad única de la leche humana.

Muchos médicos están apoyando cada vez más la práctica de la lactancia materna entre sus pacientes. Los científicos

están encontrando que la lactancia materna no es un comportamiento predominantemente instintivo como antes se suponía. Se están realizando investigaciones sobre todos los aspectos de la lactancia materna, para enseñarles a las madres a amamantar mejor. Las mujeres mismas están interesándose en la lactancia materna y están buscando a médicos que puedan ayudarlas, creando así una demanda de médicos que estén adiestrados en el manejo de la lactancia, y por lo tanto, esta práctica va en aumento en los Estados Unidos, aún entre las madres que trabajan fuera del hogar.

Los médicos no están todavía convencidos ni dispuestos a promover la lactancia materna entre sus pacientes. El primer paso para hacer que esta práctica les sea más aceptable es enfatizar por qué es tan importante. En los Estados Unidos y otros países desarrollados, debe hacerse hincapié en las propiedades nutricionales que tiene únicamente la leche materna y la protección inmunológica que ésta confiere. Estos factores, además del aumento evidente de la lactancia materna, son un claro indicio de que el promoverla se ha convertido en una parte de la buena práctica de la medicina.

En países menos desarrollados, la importancia de la lactancia materna para la supervivencia del niño y el espaciamiento de los nacimientos es crucial. Se debería estimular a los médicos —quienes con frecuencia se capacitan siguiendo modelos occidentalizados que no enfatizan la lactancia materna— a considerar no solamente los factores nutricionales e inmunológicos, sino también otros beneficios que son relevantes a la situación de sus países, entre ellos:

- el menor costo de la lactancia materna en comparación con el uso del biberón;
- una reducción de la morbilidad y mortalidad infantil, como resultado de una menor exposición a elementos patógenos en alimentos, agua y utensilios contaminados, y
- el hecho que el amamantamiento retrasa el retorno de la fecundidad de la mujer, lo que conduce a mayores intervalos entre los nacimientos de los hijos y a tasas de mortalidad infantil más bajas.

Deberá enfatizarse que estos beneficios afectan no sólo a los lactantes y a sus familias, sino también a la sociedad y al país.

La actitud y las recomendaciones de los médicos ejercen gran influencia en la decisión de la madre de amamantar o no, ya sea promoviendo directamente la lactancia materna, o presentando solamente un punto de vista equilibrado sobre la alimentación del bebé al pecho o con biberón. Muchos médicos relegan esta responsabilidad en panfletos, impresos, clases de preparación para el embarazo y otros materiales educativos para dar la información necesaria. Aún aquellos médicos que no favorecen la lactancia materna deberían tener una información adecuada disponible para sus pacientes. Es necesario, por lo tanto, que esos materiales se preparen con mucho cuidado, para asegurar que son correctos, completos y apropiados para el público al que van dirigidos. Naturalmente, esos materiales de alta calidad deben estar a la disposición de todos para facilitar a los médicos la promoción de la lactancia materna.

La clave para involucrar a los médicos en la promoción de la lactancia materna es la educación. El primer paso es propagar las ventajas de la lactancia materna. Esto puede lograrse de varias maneras, incluyendo: seminarios y conferencias sobre asuntos relativos a la salud materno-infantil; talleres a nivel nacional y regional dedicados exclusivamente a la lactancia; educación en los servicios; artículos en revistas científicas y otras publicaciones, así como declaraciones de política por parte de las organizaciones médicas. Esta estrategia es la más apropiada para llegar a los médicos que ya practican. Por lo que toca a los futuros practicantes, la respuesta parece ser un mayor hincapié sobre la lactancia materna en los planes de estudio de las escuelas de medicina.

Aunque los conocimientos que el estudiante de medicina necesita aprender aumentan cada año, información correcta y al día sobre la lactancia materna está a la disposición del estudiante pero no se enfatiza. La información que ya está incluida en el currículo debe ser revisada y puesta al día periódicamente; la lactancia materna deberá recibir la misma atención que se le da a los métodos de alimentación artificiales. También podrían diseñarse cursos electivos destinados a aquellos estudiantes que demuestran un interés

especial en la lactancia materna. Se podría otorgar también créditos de educación continua por trabajo más avanzado y desarrollar cursos de adiestramiento especializados para el manejo de la lactancia. El currículo en este volumen puede servir de punto de partida.

Lo que aquí se ha dicho sobre la educación de los médicos es igualmente aplicable a la educación del personal de enfermería. Para que ambos tipos de profesionales lleguen a formar un equipo de gran eficacia en la promoción de la lactancia materna, en primer lugar, ellos mismos deben estar convencidos de la importancia que la lactancia representa para la salud y la nutrición del niño y en segundo lugar, ambos deben poseer los conocimientos y la capacidad necesarios para que la lactancia materna se inicie y se lleve a cabo con éxito.

La lactancia materna en el proceso de educación en enfermería

Maricel Manfredi

Ante la proximidad del siglo XXI, la pobreza y el creciente endeudamiento de los países incide directamente en la posibilidad de acercarse a la meta de salud para todos en el año 2000. Aunque los países han hecho grandes esfuerzos por reformular las políticas de salud y extender la cobertura de los servicios a la población a través de la estrategia de atención primaria, no pueden sobreponer estos obstáculos. En Latinoamérica encontramos, cada vez más, crecientes sectores de la población que están sometidos al ciclo de pobreza y enfermedad que repercute en todos los aspectos de la vida y afecta con mayor gravedad a las madres y a los niños que son el grupo más grande y vulnerable. En este contexto, las acciones que se realizan en favor de la madre y del niño, así como aquellas que deben ejecutarse en el lapso que resta hasta el año 2000, cobran especial relevancia. Para lograr el mejor estado de salud, estas actividades deben alentarse e integrarse activamente dentro del desarrollo económico y social (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 1979).

Tanto en las zonas urbanas como en las rurales, la falta de regulación de la fecundidad, las complicaciones del embarazo y del parto, la desnutrición, así como las enfermedades transmisibles y de la primera infancia causan gran número de defunciones y dejan una cantidad de inválidos con limitada capacidad de producción. Frente a esta encrucijada, la meta de salud para todos adquiere aún más relevancia en la medida que es necesario formular políticas y establecer estrategias de atención adecuadas, así como formular planes de acción dentro de una máxima utilización de los recursos financieros y humanos (OPS, 1982).

El tema de la lactancia materna, como una de las estrategias económicas viables para mejorar la supervivencia infantil, la nutrición y el espaciamiento de los nacimientos, adquiere por lo expuesto anteriormente, gran relevancia. El personal de enfermería, por ser la categoría más representada dentro del personal de salud, presta servicios a todos los niveles de atención, está en contacto más directo con la población y permite la intercomunicación entre el individuo

y el sistema de salud (Mahler, 1989), es quizás el personal más adecuado para promover y apoyar más ampliamente la lactancia materna, y educar, comunicar e informar al respecto. Algunos estudios efectuados en América Latina (Pomo y Olivares, 1983) muestran, sin embargo, que pocos son los países que están preparando al personal de enfermería para ejercer un papel más activo y más eficiente en cuanto a lactancia materna se refiere.

EDUCACION EN ENFERMERIA

La educación en enfermería en América Latina ha sufrido grandes transformaciones en estos últimos 20 años, tratando de ajustarse a las necesidades de salud de la población y a las nuevas formas de abordar la prestación de servicios de salud, mediante la estrategia de atención primaria. Muchos de estos ajustes han ido mucho más allá de los cambios en la prestación de servicios de enfermería, presentándose a veces grandes contradicciones entre lo que se enseña y lo que se practica. Uno de los grandes retos para la educación en enfermería en América Latina en el futuro, será cerrar esa brecha entre docencia y servicio, a fin de que se produzcan verdaderas transformaciones en la práctica.

Algunas de las posibles estrategias de cambio apuntan al fortalecimiento de los programas de educación continua dentro de un concepto de educación permanente, la integración docente-asistencial, el fortalecimiento de la especialización y las maestrías y, no por ser la última la menos importante, la disminución de la proporción del personal auxiliar frente al profesional de enfermería. Latinoamérica aún cuenta con una proporción de dos auxiliares por enfermera y en muchos países el 60% de la atención de enfermería sigue estando a cargo de personal empírico. Por tanto, cualquier consideración que se haga sobre la introducción del tema sobre lactancia materna en el programa de estudios de la enfermera, debe constituir un primer paso para la promoción de la lactancia materna. Asimismo, deben considerarse otras instancias, como son la formación de las auxiliares y la capacitación del personal que trabaja a nivel de los servicios y de la comunidad.

LA INTEGRACION DE LA LACTANCIA MATERNA DENTRO DEL PLAN DE ESTUDIOS

En la mayoría de las escuelas y facultades de enfermería, los programas de estudio sobre la lactancia materna son un tema dentro del curso de salud maternoinfantil y planificación familiar, dedicándose poco tiempo a puntualizar sus beneficios y a tener las suficientes experiencias prácticas que permitan al estudiante adquirir la competencia necesaria para enseñarlo. Muchas veces esto se debe a la falta de información y conocimiento que sobre la materia tiene el profesor, así como a creencias y prejuicios, tanto del profesor como del estudiante. Por eso se afirma que son varias las fuentes que impiden la lactancia materna: la sociedad, los profesionales de la salud y la familia. Los problemas económicos y las barreras culturales también inhiben la lactancia materna en mujeres de bajo ingreso (Arango, 1984).

La propuesta que aquí se presenta es abordar el tema, no sólo dentro del programa maternoinfantil, sino a través de toda la formación del personal de salud. Más aún si se tiene en cuenta la importancia de nuevos enfoques curriculares orientados hacia la salud de la comunidad más que a la salud individual. Debe tomarse una base poblacional amplia, donde se utilicen todos los niveles de atención para las experiencias de aprendizaje y se construyan los contenidos de los cursos alrededor de los problemas de salud y de las necesidades más frecuentes de la comunidad. Deben integrarse, además, las acciones preventivas y promocionales a lo largo de todo el currículo (Manfredi, 1988).

Es importante que, comenzando con las ciencias básicas, se discuta el tema de la lactancia materna cuando se hable, por ejemplo, de la fisiología de la reproducción, de los patrones culturales y creencias, de los aspectos psicológicos y valores de la misma, y se enfatice el inigualable valor de la lactancia materna para consolidar los vínculos afectivos entre madre e hijo; o se presenten los aspectos educativos relacionados con la mujer en edad fértil, se promuevan los beneficios de la lactancia materna, y también cuando en el curso de administración se hable de la legislación del trabajo.

En el curso materno-infantil se podrían entonces reforzar estos aspectos y enfatizar otros. Durante la atención prenatal, se pueden evaluar las capacidades físicas y predisposición emocional y motivación para la lactancia de la madre, incluyendo el rol potencial del padre y de otros miembros importantes de la familia, llegando así al desarrollo de un plan educacional. Este plan comprendería los beneficios de la lactancia materna para el espaciamiento de los hijos, la nutrición, la supervivencia infantil y la relación afectiva madre-niño. La importancia del apoyo emocional y técnico durante el comienzo de la lactancia, así como las formas de asistencia a la madre en el posparto y después de haber llegado a su hogar, deben ser elementos fundamentales en el aprendizaje de la futura enfermera (U.S. Department of Health and Human Services, 1984).

Un aspecto muy importante de la integración de la lactancia materna en los currículos de enfermería, es poder ofrecer a los estudiantes lugares apropiados para la práctica, en instituciones donde se le ofrezca a la madre un ambiente que favorezca la lactancia materna y provea el apoyo necesario en el inicio de la misma.

Uno de los aspectos más importantes en la preparación del profesional será su capacitación para educar, que va más allá de transmitir una información científica y requiere asumir una posición consciente en relación a la lactancia materna. Esta posición debe evidenciarse no sólo en lo que enseñan, sino en sus actitudes como educadores. Las técnicas educacionales de intervención sugeridas por diversos autores y que promueven la lactancia materna, deben ser conocidas y practicadas por los estudiantes (Marin, 1980).

La experiencia en enfermería y educación debe aplicarse al desarrollo de un módulo para la enseñanza de la lactancia materna al futuro profesional de salud. La forma como se integren los conocimientos y actividades prácticas de aprendizaje podrá variar de acuerdo a diferentes orientaciones curriculares en cada escuela. Lo importante será que los profesionales actúen en el futuro como generadores de cambios en sus países y en las escuelas, y que

profesores y estudiantes comprendan y analicen la importancia de promover la lactancia materna como un medio para contribuir al estado de salud física y mental de la madre y el niño y disminuir los riesgos de morbi-mortalidad maternoinfantil.

RECONOCIMIENTOS

La autora agradece la colaboración prestada en la revisión bibliográfica por la enfermera Macarena Florenzano, candidata a la Maestría en Salud Pública de la Universidad de Carolina del Norte.

BIBLIOGRAFIA

Arango, J. D. (1984). Promoting Breast Feeding: A National Perspective. Public Health Report 99(6).

Mahler, H. Why Leadership for Health for All. (1989). Presentación, Conferencia sobre Leadership in Nursing for Health for All. Tokio, Japón.

Manfredi, M. (1988). La formación para el liderazgo de enfermería. (Presentación). El Cursillo de Enfermería. Valladolid, España.

Marín, B. V. (1980). Promoción de la lactancia materna mediante una acción educativa dirigida a mujeres embarazadas. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 104(1), 14-22.

Organización Panamericana de la Salud (1979). The State of Children's Health in the Americas (Publicación Científica No. 381). Washington, DC.

Organización Panamericana de la Salud (1982). Salud para todos en el Año 2000. Plan de Acción para la Implantación de Estrategias Regionales (Documento Oficial No. 179). Washington, DC.

Pomo, M. E. y Olivares, S. (1983). Enseñanza de la nutrición en la formación de los profesionales de la salud de la Universidad de Chile. Revista Chilena de Nutrición, II(1).

U.S. Department of Health and Human Services (1984). Report of the Surgeon General's Workshop on Breastfeeding and Human Lactation (DHHS Publication No. HRS-D-MC 84-2). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Educación en lactancia materna para estudiantes de pregrado de enfermería

Eileen Fishbein

Las nuevas madres no identifican a los profesionales de la salud como una influencia importante en su decisión de amamantar. Esto puede resultar de la falta de información existente sobre la enseñanza de la lactancia materna al personal de enfermería y a otros proveedores de servicios de salud, a pesar del apoyo que se presta a este concepto en libros de texto y en organizaciones de la salud. Además de la falta de apoyo de la sociedad, las madres que están considerando la lactancia materna como método para alimentar a sus bebés, pueden carecer de una asistencia profesional óptima.

Una búsqueda exhaustiva de publicaciones no descubrió casi ninguna sobre enseñanza de la lactancia materna a los estudiantes de enfermería. Lo que se desprendía de las publicaciones era la idea terminante de que las madres, por lo general, deciden antes del embarazo o al comenzar el curso prenatal de qué manera alimentarán a su bebé, y que si bien los libros y folletos influyen en las decisiones sobre la alimentación del recién nacido, el apoyo social de la familia y las amigas es igualmente importante. Además, en ciertas encuestas se ha comprobado que generalmente los profesionales de la salud no influyen mucho en esa decisión², y que a menudo los conocimientos del personal de salud son escasos (Aberman y Kirchhoff, 1985; Coreil y Murphy, 1988; Helsing, 1976; Kowalski, 1983). La impresión de que los profesionales de la salud influyen muy poco en la decisión de amamantar tiene repercusiones importantes para los educadores.

Una revisión de los libros de texto actuales que se usan comúnmente en los programas de pregrado en enfermería indica que estos fundan respaldo claro a la postura de la Academia Estadounidense de Pediatría, la Organización Mundial de la Salud y otras instituciones que fomentan la lactancia materna debido a sus ventajas fisiológicas, nutricionales, inmunológicas y psicológicas (Holmes y

²Nota editorial: Otros estudios, incluyendo algunos mencionados en este volumen, indican el opuesto.

Magiera, 1987; Jensen y Bobak, 1985; Neeson y May, 1986; Olds, London y Ladewig, 1988). Si bien se reconoce el hecho de que algunas madres prefieren no amamantar —y para muchas esa es la decisión adecuada— el fomento de la lactancia materna es la inclinación aparente.

Asimismo, sabemos por experiencia que los estudiantes de enfermería dedican más tiempo a la labor clínica cuando trabajan con madres que amamantan que con aquellas que dan el biberón. Eso se debe en parte a que, a fin de tener una experiencia satisfactoria, las madres que amamantan necesitan más educación y ayuda durante el comienzo del periodo de posparto, que las madres que dan el biberón. Además, en nuestro caso, una enfermera especializada ofrece regularmente clases de lactancia materna y da consultas individuales a las pacientes enviadas por el personal de enfermería. Se les recomienda a los estudiantes que asistan y participen en estas clases.

En el aula tratamos de presentar de forma equilibrada las ventajas y desventajas de la lactancia materna en comparación con el biberón, considerando que más de la mitad de las madres en los Estados Unidos continúan dando el biberón, a pesar del porcentaje creciente de mujeres bien educadas que prefiere amamantar.

El material para los estudiantes se incorpora en el contenido didáctico sobre atención prenatal, de posparto y del recién nacido, en un marco centrado en la familia. Por ejemplo, se incluyen temas sobre educación prenatal y adopción de decisiones relacionadas con la alimentación del bebé y la atención infantil durante el principio del posparto, periodo en el cual se abordan las técnicas de alimentación y los mecanismos para facilitar el establecimiento de vínculos. En la clase sobre posparto se trata el tema de la nutrición, tanto de la madre como del lactante, y en ese marco se compara la leche materna con la fórmula.

Helsing (1976) señala que en el caso de las sociedades rurales que conservan intacta la tradición de la lactancia materna y las jóvenes madres aprenden a resolver los problemas de la lactancia con la ayuda de familiares y amigas, la mejor política que pueden seguir los profesionales de la salud es la de no intervención. Sin embargo, en las sociedades que han perdido las tradiciones y la costumbre de

ayudar a las madres, como ocurre a menudo en las sociedades urbanas y de transición, la incidencia de la lactancia materna disminuye a menos que haya educación sobre esta práctica.

Esto es especialmente importante para las escuelas de enfermería porque, como ya se dijo, las madres a menudo deciden durante los primeros meses del embarazo de qué manera alimentarán al bebé. Por lo tanto, para influir en la decisión que ellas tomen, los estudiantes deben tener mayor contacto con las pacientes antes del parto, en un marco comunitario propicio para que la educación surta efecto. Los estudiantes pueden realizar eficazmente prácticas clínicas de asesoramiento y enseñanza en centros comunitarios de salud, en consultorios de médicos y parteras, en visitas a domicilio y en clases sobre educación prenatal para parejas.

Aunque la lactancia materna sigue siendo uno de los temas importantes de nuestro tiempo, sus raíces se remontan a mucho antes del siglo XX, ya que se afirma que los utensilios para suministrar alimentos distintos de la leche materna aparecieron poco después que los seres humanos comenzaron a dedicarse al pastoreo y a la agricultura. Se cree que en esa época la leche humana fue reemplazada con leche de origen animal y con granos (Kowalski, 1983).

Teniendo en cuenta los datos precedentes y otros documentos históricos, es evidente que la controversia en torno a los métodos de alimentación del lactante es muy antigua. A lo largo de la historia se repite el ciclo de predominio de la lactancia artificial y retorno a la lactancia materna. Ello refuerza la opinión de Helsing (1976) de que "en lo que concierne a la madre humana, la lactancia materna es difícilmente un acto instintivo". Lo que se necesita es personal de servicios de salud que haya sido preparado para proporcionar información adecuada a las madres que amamantan, comprender y tratar problemas comunes basándose en su experiencia y conocimientos, y brindar el apoyo psicológico que tantas veces falta en la sociedad contemporánea.

BIBLIOGRAFIA

Aberman, S. y Kirchhoff, K. T. (1985). Infant feeding practices: Mothers' decision making. Journal of Obstetrical, Gynecological and Neonatal Nursing, 14(5), 394-398.

Coreil, J. y Murphy, J. (1988). Maternal commitment, lactation practices, and breastfeeding duration. Journal of Obstetrical, Gynecological and Neonatal Nursing, 17(4), 273-278.

Helsing, E. (1976). Lactation education: The learning of the obvious. CIBA Foundation Symposium, 45, 215-230.

Holmes, J. y Magiera, L. (1987). Maternity Nursing. Nueva York: Macmillan.

Jensen, M. y Bobak, I. (1985). Maternity and Gynecologic Care (tercera edición). St. Louis: C. V. Mosby.

Kowalski, K. (1983). Infant nutrition. En L. Sonstegard, K. Kowalski y B. Jennings (Eds.). Women's Health, Vol. II, Childbearing. Nueva York: Grune y Stratton.

Neeson, J. y May, K. (1986). Comprehensive Maternity Nursing. Filadelfia: J.B. Lippincott.

Olds, S., London, M. y Ladewig, P. (1988). Maternal Newborn Nursing (tercera edición) Menlo Park: Addison Wesley.

PARTE IV.
SEMINARIO PANAMERICANO SOBRE
LACTANCIA MATERNA



Vista panorámica

Lois A. Schaefer

El Seminario Panamericano de Lactancia Materna para Facultades de Enfermería, organizado y patrocinado por el Instituto para Investigaciones Internacionales de Planificación Familiar Natural, Universidad de Georgetown, tuvo lugar del 26 al 30 de junio de 1980 en Washington, DC. La Organización Panamericana de la Salud colaboró en su desarrollo y ejecución, y fue financiado con fondos proporcionados por la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos de América.

En reconocimiento de la importancia que tiene la lactancia materna en la nutrición infantil, la sobrevivencia del niño y el espaciamiento de los nacimientos, así como la influencia que las enfermeras puedan ejercer en la promoción de la lactancia materna si poseen los conocimientos y la destreza apropiados, el objetivo del Seminario fue desarrollar un módulo curricular sobre lactancia materna que pueda ser integrado en las escuelas de enfermería de América Latina. Esta es la primera fase de un proyecto de más envergadura, que gestionará la puesta en práctica del módulo en las escuelas de enfermería y evaluará su impacto en las prácticas de la lactancia materna.

Con el propósito de desarrollar el módulo, la Universidad de Georgetown invitó a veinticinco docentes y personal de servicios de enfermería provenientes de once países latinoamericanos: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, Guatemala, Honduras, México y Perú.

La combinación de docentes y personal de servicios de salud garantizó que el grupo contara durante el desarrollo del módulo, con la experiencia necesaria en preparación de programas de estudio, en las bases científicas de la lactancia materna, y en los aspectos técnicos y prácticos.

Después de llegar a un consenso sobre las unidades temáticas del módulo, los participantes emplearon la mayor parte de su tiempo en pequeños grupos de trabajo, delineando los objetivos, el contenido básico, las metodologías de

Previous Page Blank

enseñanza, los recursos requeridos y los criterios de evaluación para cada unidad. Se llegó a un consenso general sobre el marco de referencia antes de dar clausura al Seminario. El borrador inicial del módulo fue preparado por el Instituto y circulado entre los participantes y el personal de la OPS y del Instituto para su revisión. El segundo borrador, que resultó de este ejercicio, fue sometido a la consideración de revisores externos con experiencia en lactancia materna y educación en enfermería. Fue muy bien recibido y el producto final se presenta en esta publicación.

Teniendo a nuestra disposición el módulo y los documentos que lo acompañan, podemos ahora avanzar a la segunda fase del proyecto —la fase de prueba. Muchos participantes ya están usando el módulo en sus instituciones, por lo menos en parte, y han programado integrarlo en los planes de estudio básicos o en programas de capacitación en los servicios. Planeamos también establecer sitios de prueba en los Estados Unidos y en Europa.

Creemos que este módulo de lactancia materna es una contribución importante no solamente a la educación en enfermería sino también a la de todos los profesionales de la salud. Equipados con los conocimientos y las habilidades que en él se imparten, estarán mejor preparados para promover la lactancia materna y proporcionar la educación y los servicios necesarios a sus clientes.

LISTA DE PARTICIPANTES

ARGENTINA

Susana Lamboglia

Asesora Pedagógica
Programa Educación a Distancia
Formación Recursos Humanos para
Investigación
Universidad de Buenos Aires
Buenos Aires, Argentina

BOLIVIA

Teresa Figueroa

Escuela de Enfermería
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Mayor de San Andrés
La Paz, Bolivia

Norma Guispe Pentocorreo

Directora Nacional Maternoinfantil
Ministerio de Previsión Social y Salud Pública
La Paz, Bolivia

BRASIL

Vera Vinha

Escuela de Enfermería de Riberão Preto
Universidad de San Pablo
Riberão Preto, San Pablo, Brasil

CHILE

Marisol Cantwell

Escuela de Enfermería
Pontificia Universidad Católica de Chile
Santiago, Chile

María Cartagena

Jefe
Departamento de Salud Materna y
Ginecología
Escuela de Enfermería
Pontificia Universidad Católica de Chile
Santiago, Chile

Lilia Vidal

Jefe
Departamento de Enfermería Pediátrica
Profesora Adjunta
Escuela de Enfermería
Pontificia Universidad Católica de Chile
Santiago, Chile

COLOMBIA

Marlene Montes de Triana

Profesora Asociada
Programa de Salud Materno-infantil
Departamento de Enfermería
Universidad del Valle
Cali, Colombia

Edy Salazar

Facultad de Enfermería
Pontificia Universidad Javeriana
Bogotá, Colombia

María Teresa de Vergara

Decana
Facultad de Enfermería
Pontificia Universidad Javeriana
Bogotá, Colombia

COSTA RICA

Ana Cecilia Carvajal Jimenez

Sub-jefe
Sección Nacional de Enfermería
Caja Costarricense del Seguro Social
San José, Costa Rica

Marlene Calvo Solano
Escuela de Enfermería
Universidad de Costa Rica
San Pedro, Costa Rica

ECUADOR

Nelly Gallardo
Ministerio de Salud Pública
División Nacional de Enfermería
Quito, Ecuador

Nila Vallejo
Sub-Decana
Facultad de Enfermería
Pontificia Universidad Católica de Ecuador
Quito, Ecuador

ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

Gloria Mejía
Adjunta a la Unidad de Entrenamiento
IISNFP/Consejo Regional de Planificación Familiar
de Los Angeles
Los Angeles, California, EUA

Lois A. Schaefer
Adjunta a la División de Información,
Educación, y Comunicación
Instituto para Investigaciones Internacionales
de Planificación Familiar Natural
Universidad de Georgetown
Escuela de Medicina
Departamento de Obstetricia y Ginecología
Washington, DC, EUA

Karen Wade
Adjunta a la Unidad de Entrenamiento
IISNFP/Consejo Regional de Planificación Familiar
de Los Angeles
Los Angeles, California, EUA

GUATEMALA

Etelbina Montenegro

Supervisora de Programas de Educación
a Personal de Enfermería
Departamento Materno-infantil
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Guatemala, Guatemala

Marina Ramírez Izquierdo

Supervisora
Departamento de Maternidad
Hospital Roosevelt
Guatemala, Guatemala

Belinda Rosales de Vásquez

Encargada de Programa Madre Canguro
Sub-jefe de Servicio de Mínimo Riesgo
Hospital Roosevelt
Guatemala, Guatemala

HONDURAS

Noblida Almendares de Murillo

Instructora
Hospital Escuela
Tegucigalpa, Honduras

Felicita Benitez de Velásquez

Enfermera Profesional
Instituto Hondureño de Seguro Social
San Pedro Sula, Honduras

Judy Canahuati

Asesora Técnica en Lactancia Materna
PROALMA
San Pedro Sula, Honduras

Esther Ríos de Viera

Escuela de Enfermería
Universidad Autónoma de Honduras
Tegucigalpa, Honduras

MEXICO

Guadalupe Martínez Campos

Unidad de Ginecología y Obstetricia
Hospital General de México
México, DF, México

Amparo Pérez

Coordinadora de Programas de Atención
Primaria y Maternoinfantil
Facultad de Enfermería
Universidad Autónoma de Nuevo León
Monterrey, Nuevo León, México

PERU

María Elizabeth Ahumada de Meneses

Jefa de Curso: Salud y Desarrollo de la Mujer
Escuela Nacional de Enfermería
Universidad Peruana Cayetano Heredia
Lima, Perú

Rosa Saona de Flores

Coordinadora de Lactancia Materna del
Hospital de Apoyo María Auxiliadora
Lima, Perú

MODERADORES Y PANELISTAS

Sesión de Apertura, el 26 de junio de 1989

Moderadora:

Dra. Victoria Jennings
Directora, Planificación Familiar Natural
Instituto para Investigaciones Internacionales de
Planificación Familiar Natural
Universidad de Georgetown
Washington, DC, EUA

Panelistas:

Dr. John F. Griffith
Vice Presidente y Director Ejecutivo del
Centro Médico Universitario
Universidad de Georgetown
Washington, DC, EUA

Dr. Elbio Néstor Suárez Ojeda
Representante del Programa de Salud Materno-infantil
Organización Panamericana de la Salud
Washington, DC, EUA

Dr. James Shelton
Jefe, División de Investigación
Oficina de Población
Agencia para el Desarrollo Internacional de los
Estados Unidos de América
Washington, DC, EUA

Lic. Rosalía Rodríguez-García
Directora, Educación y Comunicación
Instituto para Investigaciones Internacionales de
Planificación Familiar Natural
Universidad de Georgetown
Washington, DC, EUA

Sesión Plenaria, el 26 de junio de 1989

Moderadora:

Dra. Alma Woolley
Decana, Escuela de Enfermería
Universidad de Georgetown
Washington, DC, EUA

Panelistas:

Lic. Maricel Manfredi
Asesora Regional de Educación en Enfermería
Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en
Salud
Organización Panamericana de la Salud
Washington, DC, EUA

Dra. Audrey Naylor
Co-Directora, Wellstart
San Diego, California, EUA

Dra. Miriam Labbok
Directora, Lactancia Materna y Salud
Maternoinfantil
Instituto para Investigaciones Internacionales de
Planificación Familiar Natural
Universidad de Georgetown
Washington, DC, EUA

Lic. Judy Canahuatl
Asesora Técnica en Lactancia Materna
PROALMA
San Pedro Sula, Honduras

Sesión de Clausura, el 30 de junio de 1989

Moderadora:

Lic. Carol Dabbs
Monitora del Programa de Planificación Familiar
Natural
Oficina de Población
Agencia para el Desarrollo Internacional de los
Estados Unidos de América
Washington, DC, EUA

Panellistas:

Dra. Judith Melson
Directora, Programa de Posgrado de Enfermería y
Obstetricia
Escuela de Enfermería
Universidad de Georgetown
Washington, DC, EUA

Dr. John T. Queenan
Director, Departamento de Obstetricia y Ginecología
Profesor, Escuela de Medicina
Investigador Principal
Instituto para Investigaciones Internacionales de
Planificación Familiar Natural
Universidad de Georgetown
Washington, DC, EUA

Lic. Nelly Farfán
Asesora Regional
Programa de Salud Maternoinfantil
Organización Panamericana de la Salud
Caracas, Venezuela