Guías

para
la lactancia materna,
la planificación familiar
y el Método de
Lactancia y Amenorrea-MELA

Preparado por:
Miriam Labbok, Kristin Cooney,
y Shirley Coly

con la valiosa contribución de :
Victoria Jennings
Mihira Karra
Kathy Kennedy
Peggy Koniz-Booher
Kathy Krasovec
Virginia Laukaran
Mary Beth Moore
Nancy Powers
John Queenan
Clifford Sanders
James Shelton
Jeff Spieler
Karen Wade
y también más de cuarenta Agencias Cooperantes de USAID y de otras organizaciones de planificación familiar.

Institute for Reproductive Health
Georgetown University
Department of Obstetrics and Gynecology
2115 Wisconsin Avenue, NW, 6th Floor
Washington, DC 20007
Tel. (202) 687-1392
Fax (202) 687-6846

© Institute for Reproductive Health, 1994.

Esta publicación puede ser reproducida libremente sin necesidad de autorización previa, pero se agradecería citar la procedencia, el Instituto para la Salud Reproductiva, y distribuirla gratis.

Indice

1 Introducción

3 MELA: MÉtodo de Lactancia y Amenorrea

4 MELA: Fisiología

5 Esquema para la definición de la lactancia

6 Ocho comportamientos optimos de lactancia

9 Separación de la madre y su hijo

10 Opciones complementarias de planificación familiar para las mujeres lactantes

14 MELA: 20 razones para integrarlo en su programa

15 Etapas para la ejecución del MELA en los programas

18 Referencias

Indice

1 Introducción

3 MELA: MÉtodo de Lactancia y Amenorrea

4 MELA: Fisiología

5 Esquema para la definición de la lactancia

6 Ocho comportamientos optimos de lactancia

9 Separación de la madre y su hijo

10 Opciones complementarias de planificación familiar para las mujeres lactantes

14 MELA: 20 razones para integrarlo en su programa

15 Etapas para la ejecución del MELA en los programas

18 Referencias

El MÉtodo de Lactancia y Amenorrea

El **Método de lactancia y amenorrea** (MELA) se fundamenta en la infecundidad fisiológica experimentada por las mujeres lactantes. Esta infecundidad es ocasionada por la supresión hormonal de la ovulación[1]. Estudio científico reciente está aclarando más los mecanismos fisiológicos subyacentes de la supresión de la fecundidad[5-7]. Tras analizar los datos extensos sobre la amenorrea durante la lactancia, los científicos que asistieron a la Conferencia del Consenso de Bellagio en 1988 convinieron en que una mujer cuenta con una protección de más del 98 por ciento contra el embarazo cuando se halla a menos de seis meses después del parto, es amenorreica y amamanta a su hijo completa o casi completamente[5].

En 1989, los proveedores de servicios de planificación familiar se reunieron en la Universidad de Georgetown para analizar el Consenso y otras publicaciones sobre la materia[8-11]. El resultado de esta reunión fue la formulación y denominación del MELA. El método se presentó como algoritmo; una serie concreta de normas definidas que, si se siguen hasta su fin, conducirán a la formulación de recomendaciones concretas[12]. En este formato simplificado, el método es fácil de enseñar, tanto a los trabajadores de salud como a las clientes, y fácil de recordar. El MELA subraya el hecho de que, cuando cambia cualquiera de las tres condiciones, la mujer necesita utilizar un método complementario de planificación familiar para mantenerse con esta baja tasa de embarazo.

Desde su formulación, el MELA se ha sometido a prueba en numerosos entornos. En Chile, un ensayo clínico de 422 mujeres resultó en una tasa acumulativa de la tabla de vida en seis meses de 99,5 por ciento (una mujer embarazada en el sexto mes)[13]. Un estudio piloto que introdujo el MELA en un marco de servicios de planificación familiar en Ecuador halló que el MELA atraía a nuevas usuarias, que 90 por ciento de las aceptantes utilizaban correctamente el método y comenzaban a emplear oportunamente un método complementario de planificación familiar con sólo una visita de seguimiento, y que había una alta tasa de satisfacción con el método entre las usuarias[14]. El MELA prolongado, uso del MELA por nueve meses, se estudió en Ruanda, donde la duración promedio de la amenorrea durante la lactancia es de más de 12 meses. Se recomendó a las madres que utilizaban el MELA comenzar a destetar a sus hijos a los seis meses, pero amamantar antes de cada alimentación complementaria. En este estudio preliminar no se declararon embarazos[15]. En investigaciones futuras se seguirá evaluando la aceptabilidad y eficacia del MELA en distintos marcos en todo el mundo.

El MELA: MÉtodo de Lactancia y Amenorrea

Pregunte a la madre, o dígale que se pregunte a sí misma, lo siguiente:

1. ¿Ha vuelto su menstruación? — **SI** →

NO ↓

2. ¿Suplementa usted regularmente la lactancia o permite largos períodos de tiempo sin amamantar, bien durante el día o durante la noche? — **SI** →

NO ↓

3. ¿Tiene su bebé más de seis meses de edad? — **SI** →

NO ↓

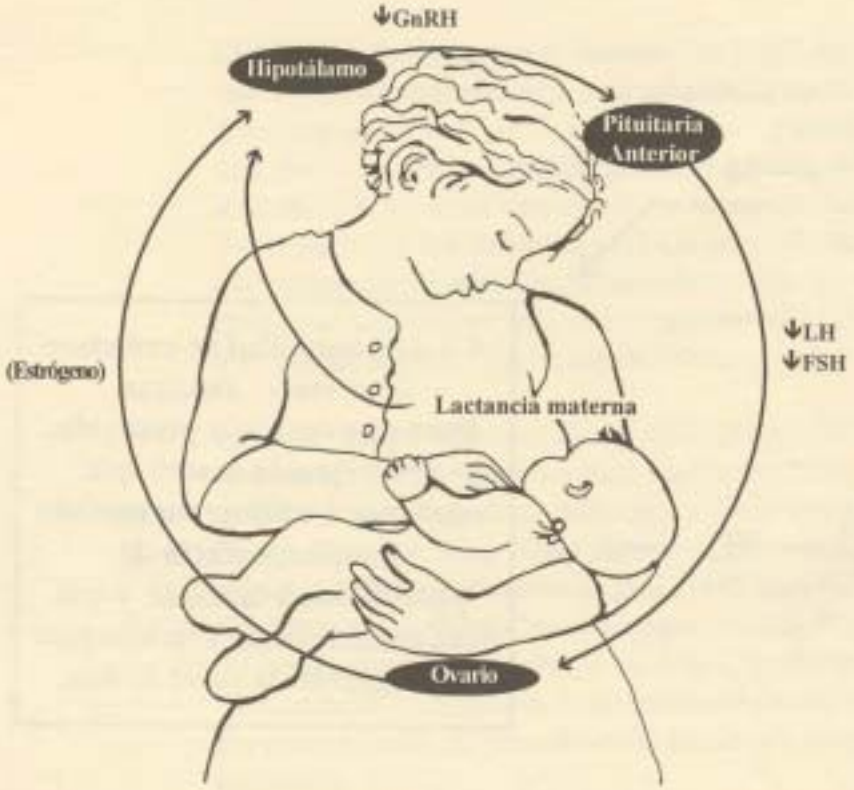
Sólo existe una probabilidad de **uno a dos por ciento** de quedar embarazada en este período de tiempo.*

Cuando la respuesta a cualquiera de estas preguntas es SI . . .

4. La probabilidad de embarazo de la madre aumenta. **Para que continúe protegida, aconseje a la madre que comience a utilizar un método complementario de planificación familiar** y que siga amamantando a su hijo para salvaguardar la salud de éste.

*Sin embargo, la madre puede optar por utilizar un método complementario *en cualquier momento.*

El MELA: Fisiología



La fisiología del MELA se fundamenta en el sistema de reacción del hipotálamo-glándulas pituitarias-ovarios. La acción de chupar al pecho envía señales neurales al hipotálamo. Esto determina el nivel y ritmo de secreción de hormonas liberadoras de gonadotropina (GnRH). La GnRH influye en la liberación pituitaria de la hormona estimuladora de los folículos (FSH) y la homona luteinizante (LH). Estas hormonas contribuyen al desarrollo de los folículos y la ovulación. El resultado es un desarrollo folicular disminuido y desorganizado[6,7].

Ilustración de Beatrice Carrasco, adaptada de Valdés, V y Pérez, A. 1998. *Lactancia Materna*. (Santiago: Arancibia Hnos. y Cía. Ltda.).

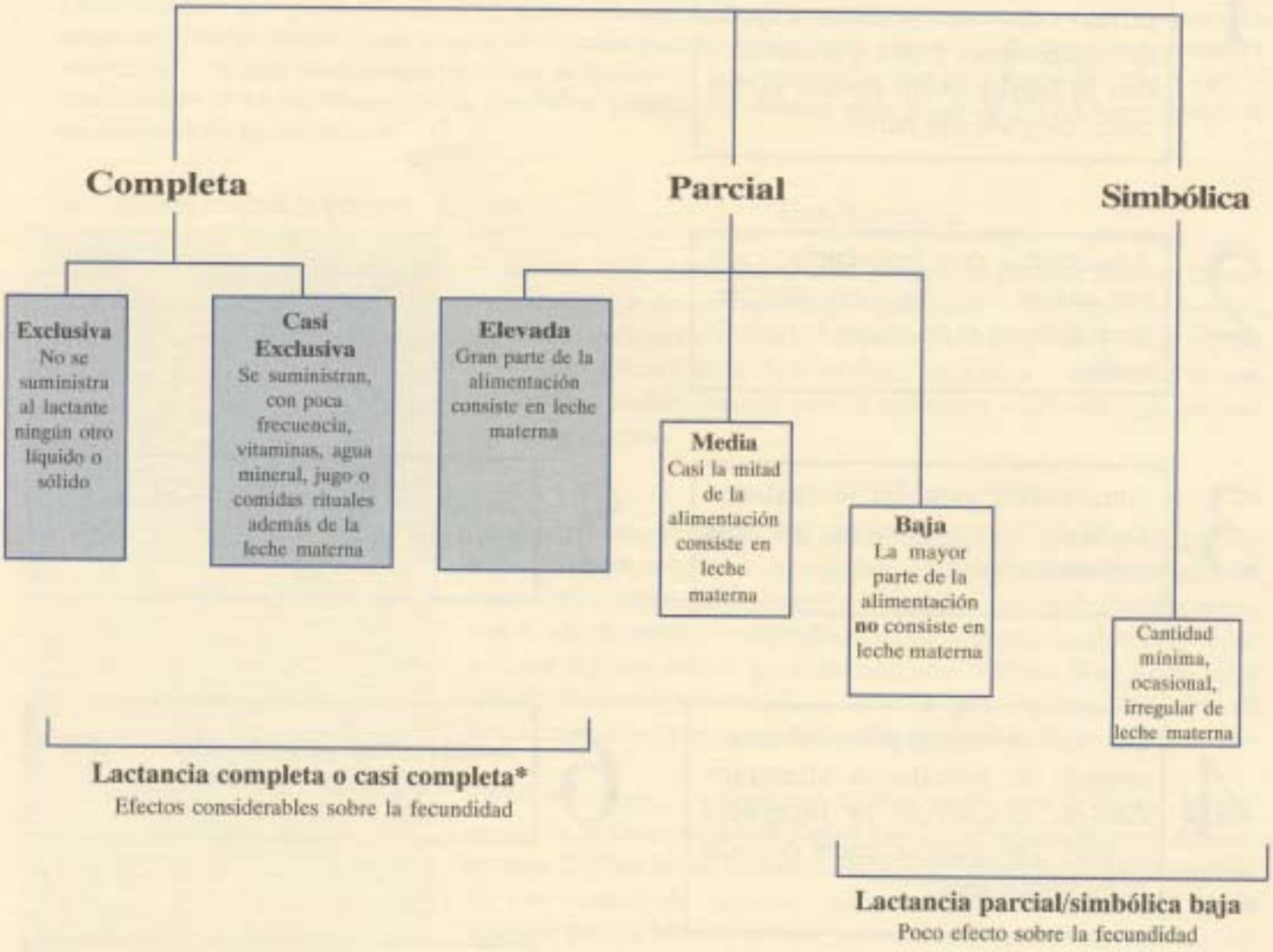
Los lineamientos del MELA son sumamente seguros. De los tres criterios, el retorno de la menstruación es la indicación más importante del retorno de la fecundidad. (Esto no incluye el sangrado leve que ocurre en los primeros 56 días después del parto). Sin embargo, si la frecuencia de alimentación del niño con leche materna sigue siendo elevada, la fecundidad puede quedar notablemente suprimida después de reanudarse la menstruación[9].

Una extensa investigación ha subrayado la importancia de **patrones de lactancia completa o casi completa**. Menores frecuencias y suplementación regular de la dieta del lactante están asociadas con un riesgo mayor de retorno de la menstruación y una mayor probabilidad de que la ovulación preceda a esa menstruación[16]. De ahí que el MELA permita patrones de lactancia exclusiva, casi exclusiva y parcial elevada. (Véase *Esquema para la definición de la lactancia.*)

Los seis meses son el aspecto menos importante de los tres criterios. El riesgo de ovulación antes de la menstruación aumenta paulatinamente en el curso de los meses después del parto sin un aumento repentino a los seis meses[16]. Se selecciona este período porque las recomendaciones de destete indican suplementar la lactancia a esta edad.

Esquema para la definición de la lactancia

Los patrones de lactancia son muy variables. El diagrama siguiente define los distintos patrones e indica su efecto fisiológico tanto sobre la fecundidad como sobre la producción de leche[17].



* Los intervalos no deberán exceder de cuatro horas durante el día, seis horas durante la noche, y la suplementación no deberá exceder de 5-15 por ciento de todos los episodios de alimentación, preferiblemente menos. Si bien el patrón parcial-elevado es adecuado para la supresión de la fecundidad, deberá informarse a la mujer que cualquier suplementación o perturbación del patrón de lactancia puede aumentar el riesgo de que retorne la fecundidad.

Ocho comportamientos optimos de lactancia

1. Permitir que el recién nacido se alimente con leche materna tan pronto como sea posible después del nacimiento y que permanezca con la madre porlo menos varias horas después del parto.

2. Amamantar con frecuencia, cada vez que el lactante tenga hambre, tanto durante el día como durante la noche.

3. Amamantar con leche materna exclusivamente durante los seis primeros meses.

4. Después de los seis primeros meses cuando se introducen alimentos complementarios, la lactancia deberá preceder a cada comida complementaria.

5. Seguir amamantando durante dos años o más.

6. Seguir amamantando incluso si la madre o el bebé se enferman.

7. Evitar el uso de biberones, chupetes, u otras tetinas artificiales.

8. Las madres han de comer y beber cantidades suficientes para satisfacer su hambre y sed.

Comportamientos de lactancia recomendados para una optima supervivencia infantil y el espaciamiento de los nacimientos

Las recomendaciones siguientes pueden servir de base en la formulación de mensajes y materiales educativos y promocionales apropiados. Pueden utilizarse para evaluar los mensajes actuales y los materials existentes a fin de asegurar exactitud y uniformidad. Si bien **estos comportamientos se consideran óptimos** para el desarrollo inicial del niño y para el espaciamiento de los nacimientos, **no es esencial su seguimiento absoluto para el uso de MELA** como método de espaciamiento de los nacimientos [2,3,18].

Comportamiento optimo	Explicación
Permitir que el recién nacido se alimente con leche materna lo más pronto que sea posible después del nacimiento y que permanezca con la madre al menos varias horas después del parto.	El calostro, leche inicial que se halla presente en el pecho materno durante los primeros días después del parto, proporciona los elementos nutritivos y la protección necesaria contra la enfermedad y deberá darse al recién nacido. Un estímulo inicial y frecuente de los senos coadyuva a la contracción uterina, que reduce la pérdida de sangre y ayuda a establecer la lactancia y una cantidad adecuada de leche.
Amamantar con frecuencia cada vez que el lactante tenga hambre, tanto durante el día como durante la noche.	La acción frecuente de chupar al pecho materno estimula la producción de leche y ayuda a suprimir la fecundidad. Este régimen de alimentación se llama a veces alimentación *a demanda* y puede tener una frecuencia de una hora o cada dos horas (o más) en las primeras semanas. La acción de chupar y buscar el pecho indican que el lactante tiene hambre. Si se espera a que llore el niño se espera demasiado. Las madres que se separan periódicamente de sus bebés deberán consultar la sección, *Separación de la madre y su hijo.*
Amamantar con leche materna exclusivamente durante los seis primeros meses.	No dar al lactante otros alimentos, líquidos o agua antes de cumplir los seis meses. La lactancia **exclusiva** implica que no hay suplemento en la dieta del lactante. Lactancia **casi exclusiva** implica que puede haber un suplemento mínimo—incluso de vitaminas—pero no regularmente, mientras que la lactancia **parcial elevada** permite algún suplemento. Cualquiera de estos patrones, que se consideran como lactancia **completa o casi completa**, son suficientes para mantener una buena producción de leche y surtir efecto sobre la fecundidad si la lactancia es frecuente y continúa tanto durante el día como durante la noche. Sin embargo, la lactancia **exclusiva** es la modalidad de alimentación que proporciona salud óptima a lo largo de los primeros seis meses del niño.
Después de los primeros seis meses en que se introducen alimentos complementarios, la lactancia deberá preceder a cada comida complementaria.	Amamantar al lactante antes de ofrecerle otros alimentos para que quede satisfecho primero con la leche materna y, segundo, con otros alimentos. Esta práctica garantizará que el lactante reciba los elementos nutritivos y los factores inmunológicos contenidos en la leche materna en tanto se mantiene la producción de leche y la supresión de la fecundidad.

Comportamiento optimo	Explicación
Seguir amamantando durante dos años o más.	La leche materna sigue siendo una fuente excelente de calorías y proteínas para el niño de corta edad. La lactancia también sigue impartiendo protección inmunológica, que es especialmente importante una vez que se introducen alimentos complementarios en la dieta del lactante. En los casos en que no se dispone de otros métodos de planificación familiar, la lactancia sigue contribuyendo a la reducción de la fecundidad.
La lactancia deberá continuar incluso si la madre o el bebé se enferman.	El interrumpir la lactancia durante la enfermedad reduce la producción de leche y aumenta la probabilidad de un retorno a la fecundidad. Los elementos nutritivos y la protección inmunológica proporcionados por la lactancia son especialmente importantes para el lactante cuando la madre o el niño se enferman. Sin embargo, si la madre tiene una enfermedad potencialmente fatal, transmisible (tales como el VIH y el SIDA), deberá pedir al trabajador de salud local las recomendaciones más actuales[19].
Evitar el empleo de biberones, chupetes u otras tetinas articiciales.	El uso de chupetes puede reducir el tiempo en que chupa el lactante así como la capacidad y deseo de chupar del pecho materno. Los alimentos y líquidos deberán darse con una cuchara o taza para reducir la confusión con los pezones y la posible introducción de contaminantes debido a una higiene inadecuada durante la manipulación.
Las madres han de comer y beber cantidades suficientes para satisfacer su hambre y sed.	No se requiere un alimento o dieta especial para proporcionar una cantidad y calidad adecuada de leche materna. No se prohíbe ningún alimento. Las necesidades adicionales de energía de la madre para el embarazo y la lactancia pueden satisfacerse con los alimentos básicos disponibles en el país. Deberá recomendarse a las madres que ingieran alimentos complementarios cuando tengan acceso a ellos.

Separación de la madre y su hijo

El MELA lo pueden utilizar las mujeres que trabajan y que están separadas de sus hijos si el periodo de separación es generalmente inferior a quatro a seis horas. Sin embargo, las tasas de embarazo de estas mujeres pueden ser más elevadas ya que se enfrentan a obstáculos que dificultan la lactancia óptima. Además, cuestiones normativas, tales como el apoyo del empleador y el tiempo y espacio en el trabajo para la lactancia, crean barreras que impiden a las mujeres que trabajan seguir amamantando a sus hijos. Algunos de los obstáculos más comunes se describen a continuación, junto con las estrategias que se sugieren para superarlos[20].

Obstáculo	Estrategia
La madre puede mostrarse reacia a iniciar la lactancia debido a su preocupación por la lactancia después de regresar al trabajo.	Subrayar el valor inmediato de la lactancia independientemente de la duración y recomendar a la madre las siguientes estrategias para prolongar el periodo de lactancia en beneficio de la salud de su hijo.
La vuelta al trabajo o una separación prolongada pudieran impedir el estímulo adecuado de los senos, lo que resultará en una menor producción de leche y una mayor fecundidad.	Apoyar el permiso de maternidad o la ausencia prolongada del lugar de trabajo por el mayor tiempo que sea posible. Los periodos tradicionales de 40 a 42 días constituyen un mínimo razonable. Recomendar a la madre que amamante al niño con mayor frecuecia cuando se halle con él, incluido lo siguiente: • a primera hora de la mañana • antes de salir para el trabajo • en la tarde, y por la noche cuando ella y el niño duerman juntos. Recomendar a la madre que se extraiga la leche cuando se halla apartada del niño, al menos con la frecuencia del patrón de lactancia en el hogar y nunca menos de cada cuatro horas. Aconsejar a la madre que evite separaciones innecesarias del niño durante la noche o los días de permiso.
Puede no disponerse de refrigeración para almacenar la leche extraída.	La leche extraída puede almacenarse sin peligro durante 24 horas a 15°C y durante 4 horas a 25°C[21]. La leche almacenada en un envase cerrado empacado con cubitos de hielo puede mantenerse a una temperatura aceptable durante muchas horas.
Los proveedores de atención pueden introducir prematuramente leches, fórmulas lácteas, líquidos o alimentos en la dieta del niño.	Proporcionar instrucción adecuada a la madre y a la persona que cuida al niño en relación con los beneficios de la alimentación exclusiva con leche materna y con los riesgos de una suplementación precoz.
Cuando se introducen suplementos, la alimentación durante las ausencias de la madre puede disminuir la necesidad de leche materna en el niño. El uso de biberones puede perturbar los patrones de alimentación con leche materna.	Aconsejar a la madre que dé instrucciones a la persona que cuida al niño en el sentido de darle siempre leche materna extraída, de preferencia con una taza o cuchara, antes de dar otros alimentos, y explicar por qué.
Quizás no sea factible encontrar tiempo y un lugar privado para extraer la leche durante las horas de trabajo de la madre, haciendo difícil la lactancia completa.	Educar a los patrones acerca de los beneficios a largo plazo de la lactancia: menos enfermedades infantiles y menor fecundidad materna significa menos ausencia de las empleadas.

Opciones complementarias de planificación familiar para las mujeres lactantes

1ª opción

Métodos no hormonales

- MELA
- Preservativos
- Diafragma
- Espermicidas
- Dispositivos intrauterinos
- Planificación familiar natural
- Vasectomía
- Ligadura de las trompas

2ª opción

Métodos con progestina solamente

- Minipíldoras
- Inyectables
- Implantes

3ª opción

Métodos que contienen estrógeno

- Anticonceptivos orales combinados
- Inyectables combinados

Debería aconsejarse a todas las mujeres lactantes en relación con las opciones complementarias de planificación familiar, independientemente de si están utilizando el MELA como método de espaciamiento de nacimientos, de si están sometidas a riesgo de embarazo (es decir, más de seis meses después del parto, o menstruando, o no amamantando completa o casi completamente) o simplemente de si están seleccionando otra opción. En esta sección se proporciona un análisis general de los distintos métodos y su compatibilidad con la lactancia[1,22-28]. **Sírvase tomar nota:** las gamas de eficacia del uso indicadas aquí corresponden a un **uso perfecto**[1] en mujeres principalmente no lactantes.

Método	Consideraciones de lactancia	Ventajas	Desventajas
MELA Método de lactancia y amenorrea	• Complementa la lactancia óptima.	• No requiere examen físico. • Mejor salud del niño durante la lactancia. • No se requiere tomar ninguna medida en el momento de coito. • No se requiere productos. • 99% o más eficacia por espacio de hasta 6 meses.	• Método introductorio, sólo es eficaz en los meses después del parto. • Si la madre y el niño se separan por largos períodos de tiempo, puede disminuir su eficacia.
Preservativos	• No surten efecto sobre la lactancia. • No existe riesgo para la madre ni el niño.	• No requieren examen físico. • Se consiguen fácilmente. • Proporcionan cierta protección contra las enfermedades de transmisión sexual (ETS). • 95-97% de eficacia.	• Requieren tomar medidas en el momento del coito.
Diafragma con espermicida	• No surte efecto sobre la lactancia. • No hay riesgo para la madre ni el niño. *Véase Espermicidas.*	• Puede surtir algún efecto de protección contra las ETS. • 94% de eficacia.	• Los requisitos en cuanto a tamaño pueden cambiar durante los primeros meses después del parto. • Requiere tomar medidas en el momento del coito.
Espermicidas	• No surten efecto subre la lactancia. • Cantidades minúsculas pueden ser absorbidas en la corriente sanguínea materna y de ahí pueden pasar en cierta medida a la leche; no hay efectos conocidos sobre el lactante.	• No requiren examen físico. • Proporcionan alguna protección contra las ETS. • Proporcionan lubricación adicional ya que la vagina puede estar seca durante la lactancia. • 94% de eficacia.	• Pueden causar irritación local tanto en los hombres como en las mujeres. • Requieren tomar medidas en el momento del coito.

*Eficacia de **uso perfecto** de define en *Contraceptive Technology*, 16ª Edición Revisada, como la eficacia alcanzada "entre las parejas que inician el uso de un método (no necesariamente por primera vez) y que lo utilizan perfectamente (tanto metódica como correctamente)" durante el primer año de uso.

Método	Consideraciones de lactancia	Ventajas	Desventajas
Dispositivos intrauterinos DIU no hormonal	• No hay efectos sobre la lactancia debidos al propio DIU, ni al cobre de algunos DIU. • No surten efectos sobre el lactante.	• Menos incomodidad cuando se insertan durante la lactancia. • No se requiere tomar medida alguna en el momento del coito. • 99,4-99,9% de eficacia.	• Requieren un trabajador de atención de salud experimentado para insertar el DIU y proporcionar asesoramiento. • La expulsión y las complicaciones pueden ser más elevadas si se inserta después de 2-4 días y antes de 4-8 semanas después del parto[26, 27].
Planificación familiar natural Abstinencia periódica	• No surte efectos sobre la lactancia. • Puede requerirse capacitación adicional para asegurar la interpretación exacta de los signos y síntomas de fecundidad.	• El único método aceptable para algunos grupos. • No se requieren productos. • 91-99% de eficacia.	• Los signos y síntomas de fecundidad pueden ser difíciles de interpretar durante la lactancia. • Pueden requirir periodos prolongados de abstinencia. • El método del calendario/regla no se aplica durante la amenorrea. • Puede necesitarse capacitación.
Vasectomía Esterilización quirúrgica voluntaria del hombre	• No hay efectos sobre la lactancia.. • No hay riesgo para la madre o el niño.	• Permanente. • La madre y el niño no sufren perturbación alguna. • No se requiere tomar medida alguna en el momento de coito. • Recomendada si no se desean más hijos. • 99,9% de eficacia.	• Irreversible, procedimiento quirúrgico con riesgo de efectos secundarios. • Se recomienda asesoramiento.
Ligadura de las trompas Esterilización quirúrgica voluntaria de la mujer	• No hay efectos sobre la lactancia. • Puede entrañar una breve separación de la madre y el lactante. • Si se prevé un periodo de separación, es necesario extraer la leche y almacenarla antes del procedimiento.	• Permanente. • No requiere tomar medida alguna en el momento del coito. • Recomendada si no se desean más hijos. • 99,6% de eficacia.	• Irreversible, procedimiento quirúrgico con riesgo de efectos secundarios. • Se recomienda asesoramiento. • La producción de leche materna ha de mantenerse durante la separación de la madre y el lactante.

2ª opción
Métodos con progestina solamente

3ª opción
Métodos que contienen estrógeno

Método	Consideraciones de lactancia	Ventajas	Desventajas
Minipíldora **Inyectables** **Implantes** Norplant®	• Los resultados del estudio varían: alguna hormona puede transmitirse a la leche materna. En la actualidad no existen pruebas de efectos adversos sobre el lactante debidos a la cantidad muy pequeña de hormonas que se transmite a la leche. • Estos métodos deberán considerarse individualmente, tomando en cuenta el patrón proyectado de lactancia, puesto que la producción de leche puede reducirse si se administran con anterioridad a las 8 semanas.	• No se requiere acción en el momento del coito. • Norplant® imparte hasta cinco años de protección. • Minipíldora: 99,5% de eficacia. • Inyectables: 99,7% de eficacia.. • Implantes: 99,9% de eficacia.	• Los estudios del uso anterior a las 8 semanas con lactancia completa denotan posibles efectos negativos sobre el volumen de leche. • Alguna hormona puede transmitirse a la leche. No está claro la medida en que el lactante metaboliza la hormona en las primeras semanas de la vida. • Los inyectables requieren inyecciones mensual o trimestralmente. Las usuarias pueden tener ciclos menstruales irregulares. La hormona pasa fácilmente a la leche materna; no se ha estudiado bien la absorción pasiva por el lactante. • La OMS/AID recomiendan retrasar el uso del método al menos por 6 semanas.
Anticonceptivos orales combinados **Inyectables Combinados** Estrógeno y progestina	• Estrógenos pueden reducir la producción de leche materna. • Alguna hormona puede transmitirse a la leche materna—no hay efecto negativo inmediato o a largo plazo demostrado sobre los lactantes. • En algunas mujeres, la menor producción de leche puede conducir a un cese precoz de la lactancia. • **La lactancia puede y debería continuar durante el uso del método,** ya que ésta brinda importantes beneficios de salud y nutricionales al lactante y al niño de corta edad.	• No se requiere tomar medida alguna en el momento del coito. • Menos cáncer de ovarios y menos anemia cuando se utilizan durante el ciclo menstrual. • 99,9% de eficacia.	• Los estrógenos pueden reducir la producción de leche, lo que resultará en un suplemento temprano y en un cese más temprano de la lactancia con los consiguientes riesgos. • La OMS/AID recomiendan retrasar el uso del método al menos por 6 meses.

El MELA: 20 razones para integrarlo en su programa

➢ El **MELA** es altamente eficaz como método de planificación familiar (99,5 por ciento según la tabla de vida de seis meses en estudio clínico)[13, 29].

➢ El **MELA** se basa en una amplia investigación científica[5, 6, 16].

➢ El **MELA** fue formulado por representantes de programas de servicios de planificación familiar y se ha utilizado también en los programas de supervivencia infantil y lactancia.[30]

➢ El **MELA** sirve de nexo con otros servicios de salud reproductiva y preventiva[14].

➢ El **MELA** da mucho margen a "error" por parte de la usuaria sin un aumento importante de las tasas de embarazo[9, 30].

➢ El **MELA** puede ofrecerse y utilizarse con éxito como método de planificación familiar en diversos marcos.

➢ Por basarse en un comportamiento natural, el **MELA** no exige un sistema logístico hasta que se necesite un método complementario.

➢ El **MELA** proporciona un promedio de 0,25 años-pareja de protección (APP)[31].

➢ El **MELA** atrae a nuevas usuarias de planificación familiar[14].

➢ El **MELA** contribuye directamente a la prevelencia de la planificación familiar entre mujeres lactantes, mediante tasas más elevadas de aceptatión[32].

➢ El **MELA** es aceptado por muchas agrupaciones religiosas[33].

➢ El **MELA** promueve la introducción oportuna de planificación familiar complementaria entre mujeres lactantes, que contribuye indirectamente a una creciente prevalencia de la planificación familiar[14, 29].

➢ El **MELA** da tiempo a las mujeres para escoger el método complementario que prefieran.

➢ En diversos marcos el **MELA** proporciona a las mujeres que atraviesan el periodo postparto el tiempo necesario para prepararse para un método de planificación familiar permanente, poner en orden sus hogares, encontrar niñera, ahorrar dinero y conseguir todas las autorizaciones requeridas.

➢ El **MELA** faculta a las mujeres para que controlen su propia vida y personaliza la orientación en el periodo postparto.

➢ El **MELA** es poco costoso y, en realidad, ahorra dinero para la familia.

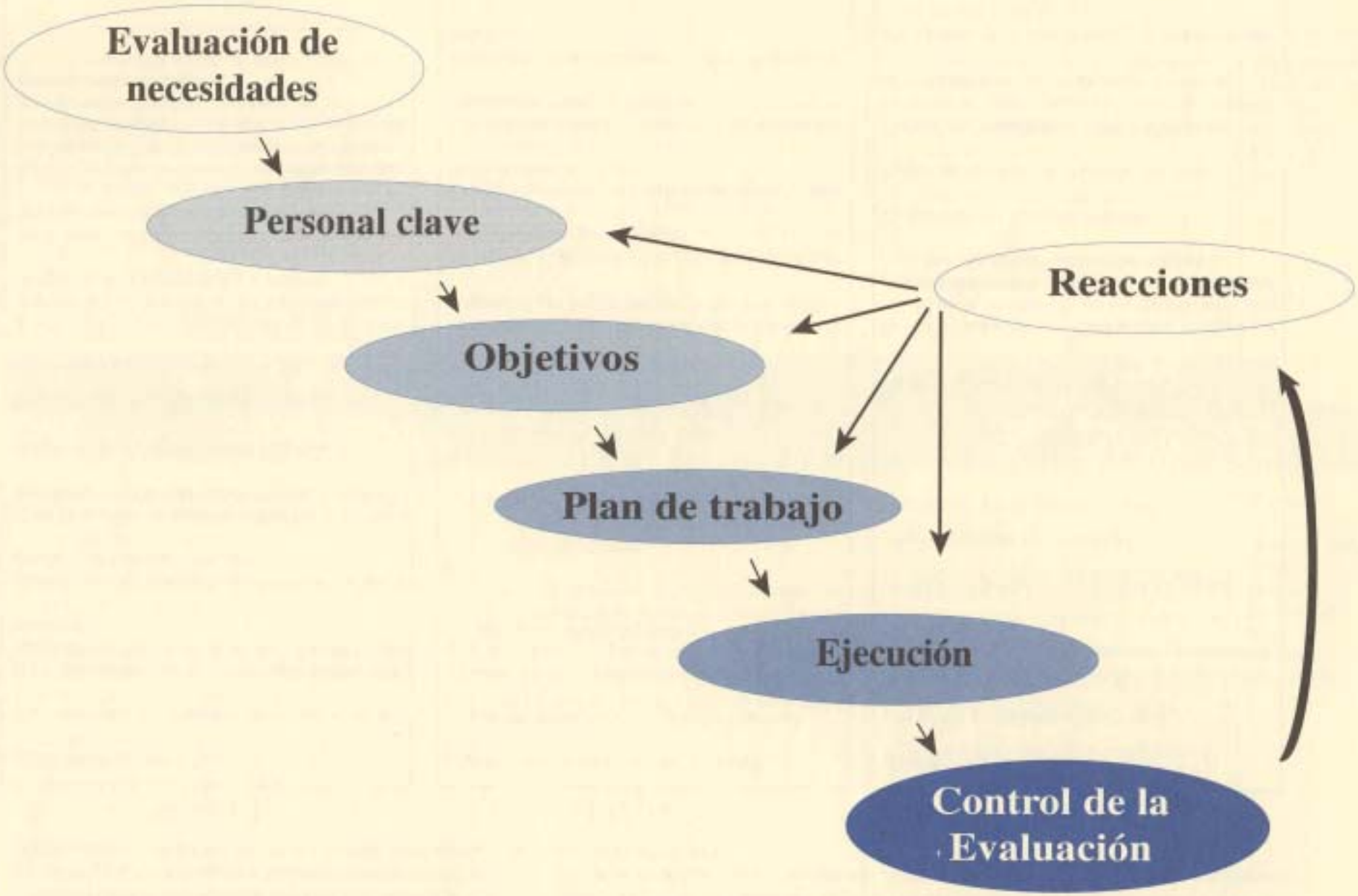
➢ Mujeres en todo el mundo están convencidas de que la lactancia puede emplearse para espaciar los nacimientos. El **MELA** se basa en estas creencias existentes al proporcionar parámetros para un uso eficaz de la lactancia como anticonceptivo.

➢ El **MELA** puede tener efectos positivos sobre el medio ambiente al reducir la necesidad de plásticos y producción lechera, reduciendo así el desperdicio industrial.

➢ Un **MELA ampliado** promueve el destete oportuno,[15] y

➢ Al incentivar prácticas óptimas de lactancia, el **MELA** promueve los extraordinarios efectos secundarios de una nutrición infantil mejorada, una creciente supervivencia infantil y los beneficios de salud materna.

Etapas para la ejecución del MELA en los programas



El éxito del MELA depende de prácticas óptimas de lactancia. A continuación figura un marco que puede utilizarse para formular e incorporar actividades de lactancia y MELA en programas de planificación familiar o de supervivencia infantil[2, 34]. En cualquier etapa de la planificación de un programa, puede resultar útil revisar las preguntas y sugerencias sobre recursos que presenta esta tabla para garantizar que su organización puede proporcionar el apoyo necesario que requiere cada programa. Las etapas han de modificarse para satisfacer sus necesidades específicas.

	Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3
Preguntas que plantear	¿Cuáles son sus prioridades? ¿Qué programas de lactancia existen en la actualidad? ¿Con qué instituciones y grupos (capacitación, salud, agrupaciones políticas femeninas) puede usted colaborar? ¿Cuáles son las prácticas existentes de lactancia, destete y alimentación complementaria? ¿Qué proporción de mujeres trabaja fuera del hogar antes de transcurridos seis meses del período postparto? ¿Cómo se apoyará (financiará) el proyecto?	¿Quién estará a cargo de esta actividad? ¿Cómo proporcionará especialistas internos? ¿Cuáles son las necesidades de capacitación de personas clave para que su organización pueda considerarlos «especialistas»?	¿Qué desea lograr con este programa? ¿En dónde se realizará el programa? ¿En qué segmento de la población espera usted ejercer influencia (país, comunidad o participantes del programa)? ¿Cuándo empezará y terminará el programa? ¿Pueden medirse sus objetivos?
Acciones que emprender	**REALIZAR UNA EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES** ➢➢➢ Entreviste a los representantes de grupos importantes, al personal de servicios existentes, a dirigentes de la comunidad y a madres. Identifique y diríjase a cualquier organización que recopile datos de salud y bienestar social. Identifique recursos existentes en instituciones que puedan ayudar a ejecutar el programa (por ejemplo, hospitales amigos de niños, organizaciones de planificación familiar, donantes en pro de la supervivencia infantil).	**IDENTIFICAR Y CAPACITAR AL PERSONAL CLAVE** ➢➢➢ Identifique los programas actuales de lactancia de la comunidad que tengan programas de capacitación. Seleccione al personal clave para que actúe como expertos locales/institucionales. Capacite al personal clave en la promoción y el apoyo de las técnicas de lactancia. Identifique al personal de supervisión y garantice una capacitación básica en lactancia. Identifique las organizaciones locales que apoyan la lactancia. Comuníquese con proveedores de los programas alimentarios/nutricionales y de los servicios de planificación familiar.	**DEFINIR LOS OBJECTIVOS** ➢➢➢ Revise el material y la información recogidos a través de la evaluación de las necesidades con personal clave capacitado y busque su contribución en el proceso de formulación del programa. Defina a la audiencia beneficiaria. Defina un conjunto de objetivos medibles. Trabaje con organizaciones que ofrezcan servicios de lactancia y planificación familiar para garantizar la compatibilidad de los mensajes y servicios. Identifique posibles barreras y aspectos que ofrezcan resistencia.

	Etapa 4	Etapa 5	Etapa 6	
Preguntas que plantear	¿Qué tareas será necesario llevar a cabo para alcanzar los objetivos? ¿En qué orden habrán de realizarse las tareas y cuáles serán los plazos de cada tarea? ¿Dónde se efectuará la tarea y quién la supervisará? ¿Quién llevará a cabo la tarea y cómo se capacitará a dicho personal? ¿Son los recursos financieros y humanos adecuados para alcanzar las metas fijadas?	¿Quién anunciará el inicio del programa? ¿Quién asistirá a las reuniones para evaluar el progreso realizado regularmente durante los primeros meses del programa? ¿Se ha capacitado al personal de forma adecuada para que brinde apoyo tanto a la lactancia como a la planificación familiar o es la capacitación la primera fase de la ejecución?	¿Se están alcanzando los objetivos del programa? ¿Está avanzando el programa según los plazos previstos? ¿Son apropiadas las metas presupuestarias? ¿Es la calidad de la atención suficientemente elevada?	¿Ha generado la evaluación una reacción aplicable a las Etapas 1, 2, 3, 4, 5 ó 6?
Acciones que emprender	**ELABORAR EL PLAN DE TRABAJO** ➢➢➢ Reúnase con todos los interesados en el programa para obtener recomendaciones y posibles contribuciones de recursos. Estudie otros planes orgánicos en cuanto al contenido y estructura. Planifique el programa a fin de proporcionar apoyo, capacitación y coordinación para superar cualquier barrera que se haya identificado. Elabore un plan escrito con un calendario y presupuesto a la medida de sus recursos. Si el presupuesto es el factor limitante, vuelva a considerar las Etapas 1 y 3. Utilice los objetivos y el plan de trabajo para elaborar un sistema de presentación de informes que se utilizará durante la ejecución.	**EJECUTAR EL PROGRAMA** ➢➢➢ Asegúrese de que todo el personal haya recibido capacitación adecuada para desempeñar su papel en el proyecto. Considere el empleo de recursos locales para la capacitación en lactancia y planificación familiar a fin de destacar el programa. Oriente e incluya a autoridades locales del sector sanitario en la ejecución y supervisión de las actividades.	**EVALUAR Y CONTROLAR** ➢➢➢ Controle las actividades, los plazos y el presupuesto. Reúnase con todo el personal para hablar del éxito y los problemas del programa. Incluya a las autoridades locales en reuniones apropiadas. Formule un mecanismo de reacciones para recibir aportes de los clientes. Integre los resultados en el plan de trabajo y en la estrategia de ejecución.	**REACCIONES** Estudie las acciones y los planes de cada etapa basándose en los resultados de su evaluación y supervisión.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. 1988. *Breastfeeding and Child Spacing: What Health Workers Need to Know.* (Ginebra: OMS).

2. Instituto de Estudios Internacionales en Planificación Familiar Natural. 1990. *Lactancia Materna: Cómo Proteger un Recurso Natural.* (Washington, DC: USAID/IMPACT).

3. Organización Mundial de la Salud/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. 1989. *Protecting, Promoting, and Supporting Breast-feeding: The Special Role of Maternity Services.* Declaración Conjunta OMS/UNICEF. (Ginebra: OMS).

4. Kennedy K. 1994. "Effects of Breastfeeding on Women's Health". *International Journal of Gynecology and Obstetrics.* En imprenta.

5. Kennedy K, Rivera R y McNeilly A. 1989. "Consensus Statement on the Use of Breastfeeding as a Family Planning Method". *Contraception,* 39 (5): 477-496.

6. McNeilly A. 1993. "Breastfeeding and Fertility". En: *Biomedical and Demographic Determinants of Reproduction.* R. Gray, H. Leridon, S. Spira Eds. (Oxford: Clarendon Press).

7. Tay C. 1991. "Mechanisms Controlling Lactational Infertility". *Journal of Human Lactation,* 7 (1): 15-18.

8. Labbok M. 1989. "La Lactancia y Programas de Planificacion Familiar: Un Complemento Vital". En: *Breastfeeding: The Passport to Life.* N. Baumslag, Ed. (Nueva York: UNICEF).

9. Gray R y colaboradores. 1990. "Risk of Ovulation during Lactation". *Lancet,* 335 (1): 25-29.

10. Labbok M. 1983. "Breastfeeding and Contraception". *New England Journal of Medicine,* 308 (1): 51.

11. Labbok M. 1985. "Contraception during Lactation: Considerations in Advising the Individual and in Formulating Programme Guidelines". *Journal of Biosocial Science,* Suplement. 9: 55-66.

12. Labbok M y Chassel R. 1988. "The Development and Use of Graphically Presented Algorithms in Community-based Family Planning Services". *Int'l Quarterly of Community Health Education,* 8 (3): 223-247.

13. Pérez A, Labbok M y Queenan J. 1992. "Clinical Study of the Lactational Amenorrhoea Method for Family Planning". *Lancet,* 339 (4): 968-70.

14. Wade K, Sevilla F y Labbok M. 1994. "The Lactational Amenorrhea Method as a Family Planning Program Component: Findings from an Implementation Process Study in Ecuador". *Studies in Family Planning,* 25(3).

15. Cooney K y colaboradores. 1994. "Assessment of the Nine-Month Lactational Amenorrhea Method in Rwanda (MAMA-9)". Documento Ocasional (Washington, DC: Instituto para la Salud Reproductiva).

16. Gray R y colaboradores. 1993. "The Return of Ovarian Function during Lactation: Results of Studies from the United States and the Philippines." En: *Biomedical and Demographic Determinants of Reproduction.* R. Gray, H. Leridon, S. Spira Eds. (Oxford: Clarendon Press).

17. Labbok M y Krasovec K. 1990. "Hacia la Consistencia en las Definiciones Sobre la Lactancia Materna". *Studies in Family Planning,* 21 (4): 226-230.

18. Agencia para el Desarrollo Internacional. 1990. *Breastfeeding for Child Survival Strategy.* (Washington, DC: USAID).

19. Organización Mundial de la Salud. "HIV and Breastfeeding". Comunicado de prensa, 4 de mayo de 1992. Ginebra.

20. Wade K. 1992. "Assisting Working Women towards Optimal Breastfeeding". Monografía (Washington, DC: Instituto para la Salud Reproductiva).

21. Hamosh M y colaboradores. 1994. "Bacterial growth during short term storage of human milk (≥15° c) is prevented by rapid lipolysis and only limited proteolysis". *Pediatric Resident,* 35: 312A.

22. Agencia para el Desarrollo Internacional. Dependencia de Ciencia y Tecnología. "Availability and Use of Progestin-only OCs for the Public Sector". Cablegrama de la Oficina de Población. 28 de marzo de 1989.

23. Organización Mundial de la Salud. 1989. Latancia Natural y Espaciamiento de los Embarazos: *Nociones Indispensables para el Agente de Salud.* (Ginebra: OMS).

24. Winikoff B, Semeraro P y Zimmerman M. 1987. *Contraception during Breastfeeding: A Clinician's Sourcebook.* (Nueva York: Consejo de Población).

25. Winikoff B y Mensch B. 1991. "Rethinking Postpartum Family Planning". *Studies in Family Planning,* 22 (5): 294-307.

26. Blumenthal P, Riseborough P y McIntosh N. 1994. *Pocket Guide for Family Planning Clinical Services.* (Baltimore: JHPIEGO Corporation), 240.

27. Díaz S. 1994. Comunicación personal.

28. Hatcher R y colaboradores. 1994. *Contraceptive Technology. 16th Ed.* (Nueva York: Contraceptive Technology Communications, Inc.), 652.

29. Diaz S y colaboradores. 1988. "Lactational Amenorrhea and the Recovery of Ovulation and Fertility in Fully Nursing Chilean Women". *Contraception,* 38, 1(7): 53-67.

30. Labbok M y colaboradores. 1994. "El Método de Lactancia y Amenorrea (MELA): Método postparto de introducción a la planificación familiar con repercusiones normativas y programáticas". *Advances in Contraception,* 10(2).

31. Bertrand J, Magnani R y Knowles J. 1994. *Handbook of Indicators for Family Planning Program Evaluation.* (Chapel Hill: The Evaluation Project: 149).

32. Pérez A y Valdés V. 1991. "Santiago Breastfeeding Promotion Program: Preliminary results of an intervention study". *American Journal of Obstetrics and Gynecology,* 165: 2039-44.

33. Shroff R. 1994. "A Review of the LAM Method of Postpartum Contraception and Its Inclusion in International Family Planning Policy". Tesis de Maestría, Facultad de Higiene y Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins.

34. Organización Mundial de la Salud. 1980. *On Being In Charge: A Guide for Middle-level Management in Primary Health Care.* (Ginebra: OMS).