

NUEVOS CONCEPTOS DE LACTANCIA, SU PROMOCIÓN Y LA EDUCACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD¹

— Rosalía Rodríguez García² y Lois A. Schaefer² —

Muchos profesionales e instituciones sanitarias de carácter nacional e internacional reconocen los beneficios de la lactancia natural para el estado de nutrición y la supervivencia infantiles, y su importancia como método anticonceptivo natural. Las tasas elevadas de fecundidad, la desnutrición y las enfermedades infecciosas, junto con la urbanización e incorporación de un mayor número de mujeres a la población económicamente activa, han hecho que la lactancia materna vuelva a ocupar un lugar clave en los programas de planificación familiar y supervivencia infantil. La promoción de la lactancia materna exige la motivación, capacitación y labor coordinada de muchas personas. Sin embargo, ya que su éxito depende más de la instrucción y el apoyo ofrecidos a las madres que de cuidados de tipo curativo, constituye un campo ideal para la intervención del personal de enfermería, cuya labor dirigente en este sentido puede asegurar el impacto perdurable de los programas de promoción. En este artículo se detallan las ventajas nutricionales de la lactancia natural y su función en el espaciamiento de los nacimientos, así como los factores socioculturales, económicos y de otra índole que determinan los patrones de lactancia en todo el mundo. También se subrayan la importancia fundamental de los profesionales de la salud en las actividades de promoción y la necesidad de incluir el estudio de la lactancia materna en los currículos de las escuelas de enfermería y otros centros de formación de profesionales de la salud. Se propone un sistema modular para lograr este último objetivo.

TIPOS DE LACTANCIA NATURAL

La mayoría de los autores no han definido bien los distintos tipos de lactancia natural. Para efectos de esta discusión, se

proponen las siguientes definiciones: lactancia exclusiva, la alimentación con leche materna únicamente, sin ningún otro alimento sólido o líquido (1); lactancia casi exclusiva, la alimentación al pecho principalmente, pero con muy pequeñas cantidades de otros líquidos; y lactancia parcial, la combinación de lactancia materna con otros alimentos líquidos y sólidos (1). Los dos primeros tipos de lactancia —esto es, la exclusiva y casi exclusiva— constituyen la lactancia natural completa, que se caracteriza por mamadas muy frecuentes y prolongadas.

¹ La preparación de este manuscrito fue apoyada por el Institute for International Studies in Natural Family Planning (IISNFP), Georgetown University, Washington, DC, Estados Unidos de América, bajo contrato con la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Las opiniones aquí expresadas no son necesariamente las de estas entidades.

² Universidad de Georgetown, Facultad de Medicina, Departamento de Ginecología y Obstetricia. Dirección postal. School of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, Georgetown University, 3PHC, 3800 Reservoir Road, N.W., Washington, DC 20007, Estados Unidos de América.

CUADRO 1. Prácticas recomendadas para obtener el máximo beneficio de la lactancia natural en términos de la supervivencia infantil y el espaciamiento de los nacimientos

- Inicio inmediatamente después del parto
- Amamantamiento exclusivo hasta los 4 ó 6 meses de edad
- Amamantamiento frecuente, día y noche, por demanda del lactante
- Continuación del amamantamiento, incluso durante episodios de enfermedad materna o infantil
- Rechazo del uso de biberones, chupetes y tetinas
- Continuación del amamantamiento después de la introducción de suplementos o alimentos semisólidos
- Una dieta materna variada y sustanciosa

El cuadro 1 indica las prácticas que se recomiendan durante la lactancia natural para obtener el máximo provecho en términos de la salud del niño y de la madre, pero cabe subrayar que la lactancia materna siempre es beneficiosa, aunque no sea posible practicarla en condiciones óptimas.

BENEFICIOS

Estado de nutrición y supervivencia infantiles

Se calcula que anualmente la promoción de la lactancia natural podría salvar un millón de vidas infantiles en los países en desarrollo (2). La omisión parcial o completa de la lactancia y su interrupción precoz menoscaban la salud infantil y deben combatirse mediante programas de promoción.

La leche materna es la mejor fuente de nutrientes para el niño durante los primeros cuatro a seis meses de vida y sigue siendo, durante muchos meses, fuente importante de proteínas y de otros nutrientes, aun después de iniciarse la administración de alimentos complementarios. A diferencia de sus sucedáneos y de la leche de vaca, la leche materna satisface las necesidades específicas del lactante. Tiene un contenido más alto de

nutrientes metabolizados y fácilmente digeribles, como las proteínas del suero, lípidos, lactosa, vitaminas K, D, A, C y E y una proporción equilibrada de aminoácidos. Los minerales presentes en la leche materna, como el calcio y el hierro, se absorben con más facilidad que los que están presentes en otros alimentos. Gracias a su concentración de proteínas y electrolitos, la leche materna basta por sí sola para satisfacer las necesidades hidroelectrolíticas del lactante, incluso en climas calurosos y húmedos, como demostró Brown en el Perú (3).

La leche materna previene la obesidad durante la lactancia y el desarrollo posterior (4). También reduce la frecuencia y gravedad de los estados alérgicos, como los eccemas y cólicos intestinales (5), porque el sistema inmunitario del lactante no la percibe como una proteína extraña. Más bien, la lactancia impide la exposición del bebé a las proteínas extrañas presentes en leches de otro tipo (4). Se ha observado que la lactancia natural también disminuye la frecuencia de diabetes juvenil y linfoma y que, en etapas posteriores del desarrollo infantil, mejora la oclusión dental (6).

Una de las ventajas principales de la lactancia natural es la protección inmunológica que confiere al lactante. El calostro, que es la leche secretada por la glándula mamaria durante los primeros tres o cuatro días después del parto, y la leche madura contienen sustancias biológicamente activas que protegen al niño contra las infecciones: inmunoglobulinas, sobre todo la IgA, leucocitos, factor bifido (sustancia que inhibe la proliferación bacteriana reduciendo el pH estomacal), lisozima (enzima destructora de ciertos virus

bacterianos) y lactoferrina (enzima inhibidora del crecimiento de bacterias enteropatógenas) (4). La noción de que el calostro es de inferior calidad y que no sirve para alimentar al niño es, por lo tanto, equivocada.

La protección contra diversas infecciones conferida por la leche materna disminuye la morbilidad (basada en el número de hospitalizaciones) y mortalidad infantiles (7–11). En algunos estudios también se ha demostrado que esta disminución de la morbilidad y la mortalidad es mayor en los niños alimentados al pecho solamente, aunque también se observa, en menor medida, en los que son amamantados parcialmente (12, 13). Las infecciones respiratorias y la otitis media, en particular, son menos frecuentes en los niños amamantados, según los resultados obtenidos por Chandra (5) y Saarinen (14).

Gracias a sus componentes, la lactancia natural no solo confiere al niño protección inmunológica, sino que también reduce la exposición a alimentos, líquidos y utensilios contaminados y, por lo tanto, ayuda a prevenir la diarrea. En el Brasil, Victora (15) demostró que el riesgo de morir de diarrea fue 25 veces mayor durante los primeros dos meses de vida en los lactantes no amamantados y que disminuyó progresivamente, desde el nacimiento hasta los 12 meses de edad, en lactantes criados al pecho exclusivamente. También observó una relación dosis-respuesta, ya que cada alimentación diaria adicional que no fuera con leche materna aumentó las probabilidades de defunción. En una zona urbana del Perú se obtuvieron resultados similares cuando se examinó el efecto de la lactancia natural en la frecuencia de diarrea (16). En otros estudios efectuados en hospitales de las Filipinas, Costa Rica e Indonesia, donde se detectó una tasa de incidencia de diarrea de 18 a 40 por 1 000 nacidos vivos, la sustitución del biberón por la lactancia natural hizo que esta tasa descendiera a entre 1 y 5,5 (17–19).

A pesar de la protección inmunológica conferida por la leche materna, es inevitable que, de vez en cuando, el lactante y su madre contraigan enfermedades leves. En la mayor parte de los casos, esto no es motivo para interrumpir la alimentación al pecho. Por el contrario, la leche natural es sumamente beneficiosa cuando el niño está enfermo. Sin embargo, durante los episodios de enfermedad la madre suele necesitar ayuda para seguir amamantando, ya que el lactante enfermo no siempre puede succionar con la debida fuerza. También es posible que la madre enferma produzca menos leche o que le sea más difícil su extracción, lo cual ocurre con mayor frecuencia cuando se le separa del bebé.

Propiedades anticonceptivas

Antes de la reaparición del período menstrual, la lactancia natural completa y casi completa impiden el embarazo durante el primer trimestre después del parto en 98% de los casos, y de esta manera prolongan el intervalo entre gestaciones (20). Esto equivale a una eficacia igual o superior a la de los otros métodos anticonceptivos. Se estima que este efecto evita más embarazos en los países en desarrollo que todos los demás métodos reversibles de planificación familiar en conjunto. Al mismo tiempo, la lactancia natural reduce la mortalidad infantil, ya que los niños nacidos menos de dos años después del último nacimiento tienen el doble de la mortalidad de los niños nacidos después de dos a cuatro años. Si el intervalo mínimo entre nacimientos fuera de dos años, la mortalidad neonatal podría disminuir en 10%, y la infantil en 16% (21).

La lactancia materna prolonga la infertilidad después del parto inhibiendo la menstruación y ovulación. Cuando el niño succiona, se transmiten estímulos nerviosos desde el pezón hasta el lóbulo posterior de la glándula pituitaria. Estos estímulos aceleran la producción de prolactina, y esta, a su vez, ayuda a suprimir la liberación hipofisaria de las hormonas luteinizante y foliculoestimulante. No obstante, para inhibir la ovulación por completo, el estímulo de la succión tiene

que repetirse con intensidad y frecuencia, día y noche. Si esto no ocurre debido a interrupciones de cualquier tipo —el uso de biberones o chupetes, la administración de comidas suplementarias o la modificación del estilo de vida en general— se reduce la eficacia anticonceptiva del amamantamiento (22).

En términos generales, la relación temporal entre la ovulación y el inicio de la menstruación es muy variable y difícil de determinar. La reaparición del período menstrual se acepta como señal de fertilidad y, por consiguiente, indica la necesidad de usar otro método anticonceptivo. Por otra parte, la amenorrea no necesariamente implica infertilidad, puesto que la ovulación puede ocurrir antes de la primera menstruación. Pérez *et al.* han observado que es más probable que esto ocurra durante los últimos meses del amamantamiento que durante los primeros, dependiendo en gran medida del tipo de lactancia. Observaron que durante la lactancia parcial, la ovulación precedió a la menstruación en 75% de los casos, y durante la exclusiva, en menos de 50% (23). La suspensión de la lactancia permitió que la ovulación se produjera antes que la menstruación en 90% de los casos, dato que ha sido confirmado mediante estudios más recientes (20).

La duración de la amenorrea y el retorno de la ovulación dependen de varios factores, entre ellos la duración de la lactancia, el momento en que se introducen alimentos complementarios y la frecuencia y regularidad del amamantamiento. Estos factores, cuyas raíces son culturales, fluctúan con la influencia de las presiones económicas, las campañas propagandísticas y las creencias de los miembros del personal de salud. La diversidad implícita en esta situación dificulta el establecimiento de una norma generalizada.

En el medio científico se acepta que si una mujer amenorreica alimenta a su hijo al pecho, sin darle suplementos alimen-

tarios, no necesita ningún otro método anticonceptivo durante el primer semestre después del parto (20) (figura 1). No obstante, algunas mujeres prefieren usar un método adicional para estar protegidas ante la eventualidad de un cambio repentino en el régimen de lactancia. Al agregarse comidas suplementarias a la dieta del lactante, aumenta enormemente la probabilidad de que la ovulación ocurra antes de la menstruación (22). En este caso debe usarse un método anticonceptivo compatible con la lactancia, como el condón, el dispositivo intrauterino, el diafragma, o la píldora que contiene solo progesterona, ya que la que contiene estrógeno puede disminuir la producción de leche. Los métodos naturales también son compatibles pero requieren educación adicional. En vista de sus propiedades anticonceptivas, la lactancia natural debe prolongarse todo lo posible.

Otros beneficios fisiológicos y afectivos

Durante el puerperio, la lactancia natural disminuye el riesgo de hemorragia estimulando la contracción e involución uterinas. Algunos estudios también han demostrado que disminuye el riesgo de cáncer ovárico (24) y mamario (25).

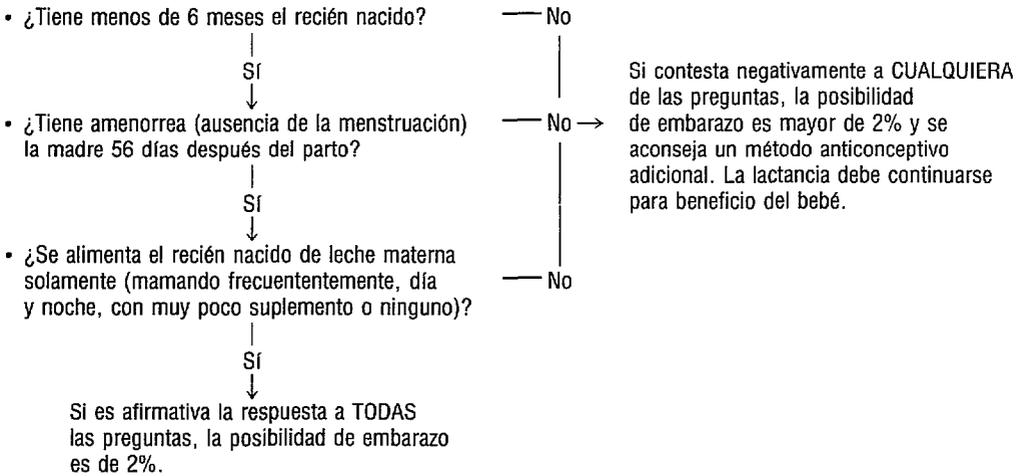
El contacto íntimo que entraña el acto de amamantar, especialmente durante los primeros días después del parto, fortalece el vínculo afectivo que existirá entre madre e hijo durante el resto de la vida. También se ha comprobado que el contacto precoz entre la madre y el bebé guarda relación con una mayor cantidad de leche, menos infecciones, un mayor crecimiento y una mejor regulación de la temperatura corporal del lactante (4, 26).

Alimentación de bajo costo

La lactancia natural también es beneficiosa desde el punto de vista económico. En el plano doméstico, suprime la necesidad de comprar leche en fórmula, biberones y aparatos esterilizadores. Se estima que la alimentación adecuada de un bebé con le-

FIGURA 1. Cuestionario para determinar si una mujer puede usar la lactancia natural como método anticonceptivo^a

Conteste "sí" o "no" a las preguntas siguientes:



^a Fuente: M Labbok. La lactancia natural y la infecundidad *Madres y Niños* 1989;1(Supl 8):2

che artificial durante el primer año de vida cuesta entre \$US 200 y 300, lo cual, en muchos países, representa de 15 a 140% de los ingresos anuales per cápita de una familia (27). Esto no incluye el costo de la atención médica debida a la mayor morbilidad y mortalidad que acompañan a la alimentación con biberón. Resultaría mucho más barato suplementar la dieta de la madre para mejorar su estado de nutrición y garantizar la producción de leche de buena calidad. Por otra parte, esto no toma en cuenta el valor del tiempo que la madre dedica a la lactancia y que podría dedicar a otra cosa si otra persona alimentara al bebé con biberón.

El mejorar la dieta de la madre no solo es económicamente ventajoso sino muy importante desde el punto de vista nutricional, ya que durante la lactancia la madre es especialmente susceptible a la deficiencia calórica y energética. Pierde peso y sufre un deterioro nutricional porque sus propias reservas se destinan al mantenimiento de la cantidad y calidad de la leche. Aun en condiciones de desnutrición materna grave, la cantidad de leche disminuye pero no la cali-

dad (28). Por consiguiente, es importante que durante la lactancia, y también durante el embarazo, la madre coma hasta saciar el hambre, evitando así el agotamiento y aumentando a un máximo sus reservas nutricionales. La lactancia materna es, indiscutiblemente, la alimentación más beneficiosa para el niño. Se recomienda para las mujeres de toda condición social, ya que son sumamente pocos los casos en que la leche producida es insuficiente para la alimentación del bebé.

En el plano nacional, la lactancia natural elimina el uso de divisas para la importación de leches caras y el abastecimiento de los hospitales con fórmula, biberones y otros utensilios. Además, si se adopta como norma la cohabitación del bebé con la madre durante la hospitalización perinatal, se puede reducir el número de enfermeras en las salas

de recién nacidos. En vez de dedicarse a dar biberones, el personal de enfermería podría enseñar a las madres a amamantar a sus hijos adecuadamente.

TENDENCIAS MUNDIALES

Alrededor de 90% de las mujeres de los países en desarrollo amamantan a sus hijos inmediatamente después del parto (27). En África y Asia, el porcentaje es un poco mayor (>90%) que en América Latina y el Caribe (85%) y la lactancia natural dura más tiempo (11 meses en promedio). Más o menos 70% de los niños asiáticos y africanos de seis meses de edad todavía se alimentan al pecho. En cambio, en América Latina y el Caribe, la lactancia dura de 2 a 15 meses, en promedio, y solo 35 a 60% de los niños siguen recibiendo leche materna a los seis meses. A pesar de sus grandes virtudes, la lactancia materna está disminuyendo en incidencia y duración, especialmente entre las mujeres de ciudad afluentes y de más alto nivel educativo. Aunque esta tendencia varía de acuerdo con el país o la región, en los países en desarrollo, sobre todo los de América Latina, las mujeres están abandonando o acortando la lactancia materna. En algunos países industrializados se observa la tendencia opuesta, pero no con una magnitud suficiente para compensar la disminución de la lactancia materna en el mundo en desarrollo. En las ciudades de São Paulo, Brasil, Panamá y San Salvador, por ejemplo, menos de 5% de las mujeres amamantan durante seis meses o más. En el estado de São Paulo, las mujeres que amamantan a sus hijos un mes, como mínimo, constituyen menos de 50%. Un estudio realizado en el sur del Brasil reveló que en 1940, 98% de los lactantes se alimentaban al pecho casi exclusivamente; en 1974, esta cifra ascendía a solo 76%. El porcentaje de mu-

jes que seguían amamantando a los seis meses disminuyó de 60 a 12. Estas tendencias alarmantes perjudican la salud infantil y disminuyen el intervalo entre gestaciones.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA

Son muchos los factores socio-culturales, demográficos, educacionales y psicosociales que han contribuido a la disminución de la lactancia natural. La tecnología moderna y ciertos cambios en la estructura social han modificado el estilo de vida aceleradamente, y la lactancia materna ha quedado relegada a un plano insignificante. Las dificultades económicas que prevalecen en el mundo entero han aumentado la migración humana del campo a las ciudades. En muchos casos, esto ha producido una mayor participación de la mujer en la población económicamente activa y la desaparición de la familia extendida (29). Al mismo tiempo, las madres han perdido el apoyo y asesoramiento de las mujeres que tradicionalmente las han ayudado a amamantar y criar a sus hijos y a cumplir con las tareas domésticas. Hoy en día, la mujer tiene que trabajar fuera del hogar para garantizar la supervivencia económica de su familia. La separación de la madre y el niño durante las horas de trabajo dificulta la lactancia e impide que se practique en condiciones óptimas. Sin embargo, dos estudios han revelado que la lactancia de "ritmo inverso" —es decir, nocturna en vez de diurna— y la extracción manual con una bomba de leche permiten que el bebé siga alimentándose con leche materna aunque la madre trabaje fuera del hogar (Labbok, comunicación personal, 1989).

Pocas sociedades han ideado sistemas de apoyo compensatorios ante la pérdida de la familia extendida. En algunos países, sin embargo, las promotoras de salud comunitarias comienzan a desempeñar una función catalizadora y educativa al respecto. Por ejemplo, en México se está llevando a cabo

un proyecto en que estas promotoras imparten instrucción individual y en grupo a las madres. Hasta ahora los datos indican que, como resultado del proyecto, ha aumentado extraordinariamente la lactancia exclusiva hasta los cuatro o seis meses de edad y ha cobrado gran impulso la formación espontánea de grupos de apoyo para las madres (30).

La cultura occidental también ha influido en la disminución de la lactancia materna. Los fabricantes de fórmula han lanzado enormes campañas propagandísticas en los países en desarrollo, dirigiéndolas sobre todo a las mujeres más prósperas e instruidas. El biberón se ha convertido en símbolo de afluencia y de buena posición social. La propaganda ha exagerado los méritos de la leche artificial, presentándola como un producto tan bueno como la leche materna o mejor. Además, la distribución de muestras gratuitas ha interferido con la práctica de la lactancia (31).

Los profesionales e instituciones sanitarias a menudo promueven el uso del biberón y distribuyen muestras de leche artificial porque también han sido engañados. Además, las personas que trabajan en hospitales y otros centros de salud han adquirido algunos hábitos que menoscaban la lactancia natural: separan a la madre y el niño, especialmente en las primeras 24 horas después del nacimiento; aplican demasiada anestesia durante el parto; observan un horario fijo, y no espontáneo, para alimentar al recién nacido; administran biberones con suero, agua azucarada o té; y no respetan el contacto entre la madre y el bebé durante la hospitalización. Con frecuencia suspenden la lactancia natural durante los períodos de enfermedad porque piensan que continuarla es perjudicial o poco provechosa para el niño. A menudo, el personal de salud no sabe usar las tablas de crecimiento. Muchas veces administra alimentos complementarios para corregir los déficits ponderostaturales, en lugar de enseñar a la madre a mejorar sus técnicas de amamantamiento. En muchos hospitales todas estas medidas se consideran eficientes, sin tenerse en cuenta su repercusión en la lactancia. No solo se promueve el uso del bi-

berón, sino que también se obstaculiza el establecimiento de los sistemas biológicos necesarios para iniciar y mantener la lactancia, sin los cuales ninguna madre, ni aun la más resuelta, puede amamantar con éxito. Sobre decir que la lactancia natural debe fomentarse e inculcarse en todos los servicios perinatales.

Por último, la actitud de bochorno que existe en ciertas sociedades con respecto al seno femenino ha perjudicado la práctica de la lactancia, ya que muchas mujeres se avergüenzan de amamantar en público. Algunas temen que la lactancia las desfigure y prefieren dar el biberón. Si estos conceptos no se corrigen, seguirá disminuyendo la frecuencia de la lactancia natural.

ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN

La promoción de la lactancia natural se puede definir como el conjunto de actividades encaminadas a fomentar su aceptación y práctica a nivel local, regional o internacional. Estas actividades deben incluir la creación de servicios asistenciales y educativos para el público; el empleo de los medios de comunicación; la capacitación del personal de salud en materia de lactancia natural; la modificación de las políticas nacionales e institucionales sobre la lactancia; y el fomento de la investigación y la creación de una base de datos sobre la lactancia natural. El objetivo es modificar los conocimientos y actitudes de la población, en general, y de las madres, en particular, en lo que concierne a las prácticas de lactancia. Aunque las embarazadas y mujeres en edad fértil son las destinatarias directas de los programas de promoción de la lactancia natural, estos también se dirigen a otras personas —cónyuges y otros parientes, funcionarios de todo nivel, traba-

jadores de salud comunitarios y profesionales de la salud — cuya opiniones y actitud repercuten en las madres. Los programas deben diseñarse para el mayor grupo posible de personas, aunque cada grupo requiere un enfoque especial.

Muchos programas de promoción de la lactancia natural se dirigen, equivocadamente, a un grupo femenino homogéneo. Rodríguez-García señala que las mujeres no constituyen un grupo homogéneo, sino que se pueden y deben estratificar según varios criterios, entre ellos su posición socioeconómica y fondo cultural (29). Por consiguiente, para que las campañas de promoción de la lactancia natural sean eficaces, es necesario formular estrategias de promoción y fomento para cada segmento específico de la población femenina, teniendo en cuenta sus creencias y actitudes en torno a la lactancia, su libre albedrío, su estilo de vida y sus objetivos profesionales. Esto es aun más importante en el caso de las madres que trabajan, las cuales pueden dividirse en varios grupos, desde las que trabajan en su casa o en el campo y que pueden mantener cierto contacto con los hijos durante el día, hasta las que trabajan en fábricas y oficinas y están sujetas a un horario fijo. Es imprescindible abordar las necesidades específicas de cada grupo para que la lactancia natural no se perciba como una carga adicional.

FUNCIÓN Y CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD

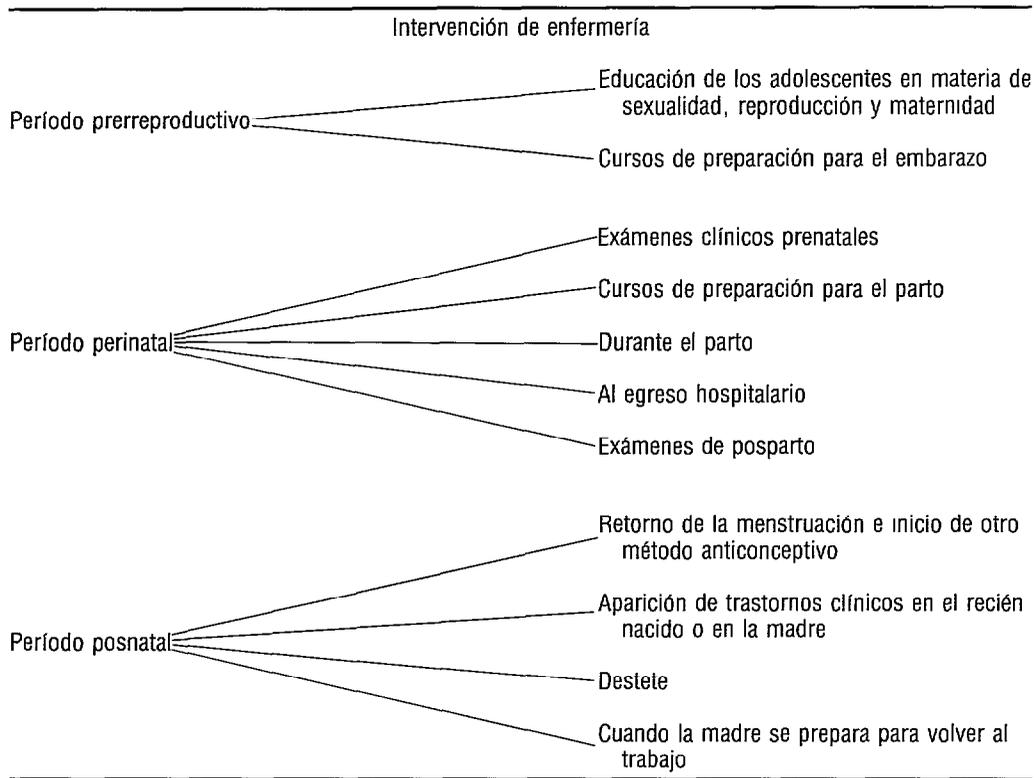
Actividad docente y asistencial

Los profesionales de la salud, sobre todo el personal de enfermería, son los responsables del éxito de la promoción, apoyo y práctica de la lactancia natural. La información suministrada a las madres por las enfermeras muchas veces ejerce una gran influencia en la decisión de iniciar y continuar

el amamantamiento y en su duración total, y esta información, para que sea más eficaz, debe proporcionarse durante ciertas ocasiones críticas que se detallan en la figura 2. Son estos los momentos en que la madre necesita no solo información, sino la ayuda de personas con experiencia. Resulta evidente que el personal de enfermería es el que tiene más contacto con la madre durante los momentos críticos que se han enumerado y, por lo tanto, desempeña un papel importantísimo en el inicio y la continuación de la lactancia natural. Si carece de la capacitación y práctica necesarias para fomentar y dirigir la lactancia, es probable que las otras actividades de promoción no produzcan ningún resultado. Se ha demostrado que las madres que reciben la mayor asistencia son las que no abandonan el amamantamiento a pesar de las dificultades que plantea (32).

Algunos estudios han demostrado cómo la ignorancia de los profesionales de la salud perjudica la lactancia natural, tanto en los países desarrollados como en desarrollo. En un gran hospital municipal de los Estados Unidos, Winikoff *et al.* observaron que el personal transmitía a las madres, de manera tácita, la suposición de que sus hijos serían alimentados con biberón (33). Diversos factores contribuían a este fenómeno: los reglamentos hospitalarios, como la separación de la madre y el niño y la administración de biberones a todos los lactantes, y la ignorancia del personal en cuanto a la fisiología y técnica del amamantamiento. El resultado era que solo 16% de las madres trataban de amamantar y ningún lactante egresaba habiéndose alimentado exclusivamente de leche natural. En México, Potter *et al.* compararon las prácticas de alimentación de los lactantes nacidos en hospitales públicos, hospitales privados y en el medio domiciliario y observaron que la lactancia natural era más frecuente y prolongada en los casos atendidos por parteras tradicionales (34). Los hábitos y conductas observados en los hospitales públicos fueron menos perjudiciales para la lactancia materna que los observados en hospitales privados. A pesar de que todos los miembros del personal capacitado eran conscientes de

FIGURA 2. Ocasiones críticas para la intervención del personal de enfermería en la promoción de la lactancia natural



los beneficios de la lactancia natural, no recomendaban su uso prolongado durante episodios de diarrea infantil. Tampoco conocían su utilidad como método anticonceptivo.

Otros estudios han demostrado que cuando se mejora el adiestramiento de los profesionales de la salud en el campo de la lactancia, se producen resultados favorables. En el seguimiento del estudio estadounidense mencionado anteriormente, las enfermeras y otros profesionales de la salud recibieron instrucción sobre lactancia natural. Esto repercutió en las políticas y reglamentos hospitalarios de tal manera que aumentaron la incidencia y el uso exclusivo de la leche materna para alimentar a los bebés (35). Al analizarse la eficacia de distintos proyectos de promoción de la lactancia en todo el mundo, se observó que tenían un elemento en co-

mún: el adiestramiento del personal de enfermería y de otros profesionales de la salud sobre las ventajas de la lactancia natural. Este adiestramiento produjo varios resultados, entre ellos la modificación de las políticas hospitalarias y la educación y asesoramiento de las madres antes de iniciarse la lactancia (36). En otros estudios, incluido el que se efectuó en México (30), también se ha comprobado la función clave de los trabajadores de salud comunitarios en la adopción de la lactancia materna y su continuación bajo condiciones óptimas.

Durante la Reunión Interinstitucional sobre Lactancia Materna celebrada en diciembre de 1988 en Washington, DC, Estados Unidos de América, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) emitieron una declaración conjunta en la que se abordaron las prácticas observadas en los hospitales y los conocimientos básicos que debe poseer el personal de los servicios de salud (cuadro 2) (37).

lactancia natural, es necesario que su capacitación abarque los aspectos teóricos y los prácticos.

La experiencia ha demostrado que la integración de temas nuevos o "resucitados" en los programas de estudio de las escuelas de enfermería no siempre es fácil debido a la limitación del tiempo disponible para cada materia. En muchos casos, se sigue el método de estudio tradicional, cuyo enfoque es curativo, más que preventivo, y que capa-

CUADRO 2. Medidas que deben observarse en los centros de atención perinatal para lograr una buena lactancia natural^a

- Directivas escritas para beneficio de miembros del personal
- Educación del personal
- Información a las embarazadas
- Asistencia a las madres en el inicio inmediato de la lactancia natural después del parto
- Instrucción a las madres sobre la continuación de la lactancia natural
- Instrucción a las madres sobre la extracción manual de leche en caso necesario
- Exclusión de todo alimento que no sea leche materna, salvo por receta médica
- Alojamiento de la madre y el recién nacido en la misma habitación
- Institución de la lactancia por demanda y no por horario fijo
- Exclusión del uso de chupetes, biberones y tetinas
- Creación de grupos de apoyo y facilitación de acceso a ellos

^a Fuente: adaptado de la referencia 37

Estudios de enfermería sobre lactancia natural

En la mayoría de los casos, ni las enfermeras ni los médicos están debidamente capacitados para fomentar la lactancia natural e impartir instrucción sobre ella. Son pocos los programas de estudios de enfermería que ofrecen suficiente información sobre la promoción y técnica de la lactancia. El contacto entre las estudiantes de enfermería, las madres y los lactantes es insuficiente, aun durante el componente didáctico de salud maternoinfantil. Para que las enfermeras puedan desempeñar una función educativa y promocional importante con respecto a la

cita a la enfermera para ayudar al médico principalmente y no para desempeñar una función educativa. A menudo, el tema de la lactancia materna se trata junto con las disciplinas más "científicas", y se descuidan los aspectos teóricos y prácticos que preparan a las enfermeras para transmitir sus conocimientos a las madres y encabezar programas eficaces de promoción de la lactancia materna.

En vista de todo lo antedicho, se destaca la necesidad de modificar los currículos para dar cabida al estudio de la lactancia natural. El objeto es proporcionar a las estudiantes de enfermería los conocimientos necesarios sobre la importancia nutricional de la lactancia materna y su función como método anticonceptivo natural, para que al ejercer su profesión sirvan de promotoras, educadoras y directoras de programas de lactancia.

CUADRO 3. Modelo de un módulo sobre lactancia natural

Posibles destinatarios: Estudiantes y docentes de enfermería y enfermeras en ejercicio
 Duración: _____ con _____ % de clases teóricas y _____ % de clases prácticas

Unidad/ Secciones	Objetivos	Contenido básico	Metodología didáctica	Materiales impresos y audiovisuales	Recursos	Evaluación
Título: _____	Habilidades que deben tenerse al final de cada sección	Beneficio para la supervi- vencia infan- til y el espa- ciamiento de los naci- mientos	Discusión en grupos pequeños Exposición por parte del profe- sor	Videos Artículos	Humanos Instalaciones Fondos/Apro- bación	Preguntas pre y pos- evaluación
Teoría: _____hs.						
Práctica: _____hs.						

Pueden presentarse muchos obstáculos financieros y administrativos durante la formulación de nuevos programas de estudio, y aun más al tratarse de un tema como la lactancia, que no es bien conocido. No obstante, el personal docente puede preparar el camino cambiando a qué nivel son más factibles los cambios necesarios y elaborando estrategias acertadas para su introducción.

La aceptación de cambios por parte de las autoridades académicas es la parte más lenta y difícil de esta iniciativa, pero es imprescindible para legalizar el nuevo programa de estudios y garantizar su permanencia. Sin embargo, la aprobación de las autoridades no se necesita para actuar a otro nivel. Aquellos interesados en promover la lactancia pueden, por ejemplo, informar a los profesores de diversas disciplinas de la importancia que tienen las enfermeras en la promoción de la lactancia natural, para que ellos, a su vez, influyan en la jefatura y el claustro de la escuela de enfermería. Ya que los profesores tienen cierta libertad en la organización de sus materias, pueden enseñar el tema de la lactancia materna en el salón de clase o asignarlo para estudio particular. Por último, cabe usar otros métodos didácticos, como seminarios, mesas redondas, publicaciones y videos, en los programas de educación continua y en la promoción de la lactancia materna entre los profesores y estudiantes.

Son muchos los métodos que pueden usarse para elaborar programas de estudio, pero en este artículo se propone el método modular porque permite la mayor flexibilidad en la aplicación del material de enseñanza. El método consiste en organizar el material en unidades temáticas básicas siguiendo un orden lógico. El resultado es un módulo o esquema estructural que se puede llenar con la información necesaria para convertirlo en un instrumento didáctico adaptable a distintas situaciones (cuadro 3). Para cada unidad deben indicarse los objetivos, el contenido principal, la metodología didáctica, los recursos y materiales necesarios y el plan de evaluación. El módulo, por consiguiente, sirve de guía educacional sobre los conocimientos básicos que deben impartirse en materia de lactancia (cuadro 4). La clave para preparar módulos adaptables a distintos contextos didácticos y socioeducativos consiste en evitar un exceso de pormenores y detalles.

Antes de usar un módulo, es importante determinar con exactitud quiénes lo van a dirigir, cuáles son los conocimientos y las necesidades de los destinatarios, y de qué manera serán aplicados los conocimientos impartidos. De esto dependerá si se usa el

CUADRO 4. Modelo del contenido de un módulo sobre lactancia natural^a

- Historia de las prácticas de lactancia natural
- Factores socioculturales, tecnológicos y políticos que influyen en la lactancia natural en el país
- Situación maternoinfantil actual en el país y factores de riesgo
- Aspectos biológicos y psicosociales de la lactancia natural
- Anatomía de la mama y fisiología de la lactancia
- Nutrición de la madre y el niño durante la lactancia
- Lactancia y sexualidad
- Lactancia materna y el espaciamiento de los nacimientos: la amenorrea de la lactancia y otros métodos
- Técnicas clínicas para el inicio y mantenimiento de la lactancia natural
- Manejo de la lactancia natural: madres que trabajan fuera del hogar y otras circunstancias especiales
- Técnicas de comunicación y enseñanza para profesionales de la salud
- Técnicas de comunicación y educación familiar sobre la lactancia natural
- Intervenciones para efectuar cambios en los sistemas de servicios de salud
- Promoción de la lactancia natural en el país y la comunidad
- Evaluación de actividades para promover la lactancia natural

^a Fuente: Rodríguez-García R, Schaefer L, Yunes J, eds. *Educación en lactancia para los profesionales de la salud*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1991:17

módulo entero o solo una parte, cuánto tiempo durará cada unidad y cómo se distribuirá el tiempo entre la teoría y la práctica. Además, los objetivos, el contenido, la metodología didáctica y los otros elementos mencionados anteriormente deben adaptarse a las necesidades particulares del grupo destinatario.

Un módulo de este tipo podría incorporarse con facilidad a los programas de estudio de enfermería o usarse independientemente, según las necesidades de cada escuela, profesor, estudiante o enfermera. También podría usarse en talleres intensivos, seminarios y programas de educación continua ofrecidos en el medio laboral, o bien dividirse en unidades y adaptarse al contenido de cada materia, profesor, estudiante o enfermera. La aplicación del módulo a los usos "no oficiales" que hemos descrito producirá buenos resultados a corto plazo y es recomendable mientras no se haya integrado plenamente en el programa de estudios de enfermería. Sin embargo, esto último es indispensable para que el módulo tenga un efecto permanente en lo que concierne a la enseñanza de la lactancia natural.

Aunque la discusión sobre el módulo de lactancia se ha orientado hacia las enfermeras, todos los aspectos presentados se podrían aplicar a la educación de otros profesionales de la salud.

CONCLUSIONES

La lactancia natural es un método insuperable para alimentar al lactante, proteger su salud y fomentar su desarrollo. También puede ser un método eficaz para aumentar el intervalo entre nacimientos. Sin embargo, en muchos países, la incidencia y duración de la lactancia materna han disminuido progresivamente durante las últimas décadas. El personal de salud puede y debe desempeñar una función vital en la campaña mundial para la promoción de la lactancia, aprovechando su contacto frecuente con las madres en determinados momentos críticos. Por lo tanto, es importante que los profesionales de la salud, sobre todo las enfermeras, conozcan a fondo los aspectos teóricos y prácticos de la lactancia natural y que adquieran experiencia directa para poder prestar servicios de buena calidad y desempeñar el papel más destacado en las campañas de promoción de la lactancia.

En la presente monografía se dan algunas pautas necesarias para quienes deseen crear o actualizar módulos didácticos sobre lactancia natural para las escuelas de enfermería. Somos conscientes de que la modificación de los programas de estudio es un proceso largo y sujeto a la aprobación de las autoridades. Sin embargo, creemos que si se aplican conceptos innovadores a la preparación de estos programas, tanto en las escuelas de enfermería como en el medio laboral, el trabajo de las enfermeras tendrá un mayor impacto a corto y largo plazo. Mediante un programa modular sobre la lactancia natural se pueden abordar simultáneamente la formación básica, capacitación práctica y formación continua del personal de enfermería con un mínimo de esfuerzo, ya que el mismo módulo básico puede adaptarse a las necesidades específicas de cada situación. Las enfermeras adiestradas con este método estarán mejor capacitadas para promover la lactancia materna y para educar y servir a las personas que acuden a ellas. Esto, a su vez, redundará en la calidad de vida de la población materno-infantil en el mundo entero.

AGRADECIMIENTO

Los autores agradecen los comentarios sobre el manuscrito original a C. Collado, V. Jennings, M. Labbok, M. Manfredi y N. Suárez-Ojeda.

REFERENCIAS

1. Rodríguez-García R, Stevenson W, Klaus H, Kass-Annese B, Spieler J, eds. *Glosario de términos utilizados en la planificación familiar natural*. Washington, DC: Institute for International Studies on Natural Family Planning, Georgetown University; 1988.
2. Grant JP. *The state of the world's children, 1982-1983*. Oxford: Oxford University Press; 1982.
3. Brown KH, Creed de Kanashiro H, Del Águila R, López de Romano G, Black RE. Milk consumption and hydration status of exclusively breast-fed infants in a warm climate. *J Pediatr*. 1986; 108:677-680.

4. Lawrence R. *Breastfeeding: a guide for the medical profession*. 2a ed. St. Louis, Missouri: CV Mosby; 1985.
5. Chandra RK. Prospective studies of the effect of breast-feeding on incidence of infection and allergy. *Acta Paediatr Scand*. 1979; 68:691-694.
6. Labbok M. Breastfeeding and family planning programs: a vital complementarity. En: Baumslag N, ed. *Breastfeeding: the passport to life*. Nueva York: NGO Committee on UNICEF; 1989:48-55.
7. Plank SJ, Milanesi ML. Infant feeding and infant mortality in rural Chile. *Bull WHO*. 1973; 48:203-210.
8. Janowitz B, Lewis JH, Parnell A, Hefnawi F, Younis MN, Serour GA. Breastfeeding and child survival in Egypt. *J Biosoc Sci*. 1981; 13:287-297.
9. Goldberg HI, Rodríguez W, Thome MAT, Janowitz B, Morris L. Infant mortality and breast-feeding in north-eastern Brazil. *Popul Stud*. 1984; 38:105-115.
10. Ellestad-Sayed J, Coodin FJ, Dilling LA, Haworth JC. Breastfeeding protects against infection in Indian infants. *Can Med Assoc J*. 1979; 120:295-298.
11. Lepage P, Munyakazi C, Hennart C. Breastfeeding and hospital mortality in children in Rwanda. *Lancet*. 1981; 11:409-411.
12. Habicht JP, DaVanzo J, Butz WP. Does breastfeeding really save lives, or are apparent benefits due to biases? *Am J Epidemiol*. 1986; 123:279-290.
13. Butz WP, Habicht JP, DaVanzo J. Environmental factors in the relationship between breast-feeding and infant mortality: the role of sanitation and water in Malaysia. *Am J Epidemiol*. 1984; 119:516-525.
14. Saarinen UM. Prolonged breastfeeding as prophylaxis for recurrent otitis media. *Acta Paediatr Scand*. 1982; 71:567-571.
15. Victora CG, Vaughn JP, Lombardi C. Evidence for protection by breast feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet*. 1987; 2:319-321.
16. Brown KH, Castañaduy AS, Saavedra JM. Effect of continued oral feeding on clinical and nutritional outcomes of acute diarrhoea in children. *J Pediatr*. 1988; 112:191-200.
17. Clavano NP. Mode of infant feeding and its effect on infant mortality and morbidity. *J Trop Pediatr*. 1982; 28:287-293.

18. Mata L, Allen MA, Jiménez P. Promotion of breastfeeding, health, and growth among hospital-born neonates, and among infants of a rural area of Costa Rica. En: Chen LC, Scrimshaw NS, eds. *Diarrhea and malnutrition: interactions, mechanisms and interventions*. Nueva York: Plenum Press; 1983; 177–202.
19. Lambert J. Pakistán: actualización sobre la lactancia materna. *Madres y Niños*. 1988; 7(2):5–6.
20. Kennedy K, Rivera R, McNeilly AS. Consensus statement on the use of breastfeeding as a family planning method. *Contraception*. 1989; 39:477–496.
21. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *State of the world's children*. Nueva York: UNICEF; 1985.
22. Labbok M. Lactancia natural y la fecundidad. *Madres y Niños*. 1989; 1(Supl 8):2.
23. Pérez A, Vela P, Masnick GS, Potter RG. First ovulation after childbirth: the effects of breastfeeding. *Am J Obstet Gynecol*. 1972; 144:1041–1047.
24. Schneider AP. Risk factor for ovarian cancer. [Carta]. *N Engl J Med*. 1987; 317:508–509.
25. Family Health International. La lactancia materna como método de prevención de cáncer mamario. *Network*. 1989; 10(3):6–8.
26. Klaus H, Kennell J. *Bonding: the beginnings of parent-infant attachment*. St. Louis, Missouri: CV Mosby; 1983.
27. *La lactancia materna, la fecundidad y la planificación familiar*. Washington, DC: Population Information Program, The Johns Hopkins University; 1984; (Population reports). (Series J, No. 24).
28. Krasovec K, Labbok M, Queenan JT, eds. Breastfeeding and borderline malnutrition in women. *J Trop Pediatr*. 1991; (supl). [En prensa].
29. Rodríguez-García R. Breastfeeding and the working mother: the freedom to choose. *International Women's Health Network*. 1989; 6:47–48.
30. Rodríguez-García R, Aumak KJ, Gallegos-Vásquez N, Remos-Chacón R, et al. México: promoción de la lactancia natural. Método basado en la comunidad. *Madres y Niños*. 1988; 7(2):4.
31. Bergevin Y, Dougherty C, Kramer MS. Do infant formula samples shorten the duration of breast feeding? *Lancet*. 1983; 1:1148–1151.
32. Pechevis M. Training health personnel in the area of breastfeeding. *Assignment Children*. 1981; 55/56:91–105.
33. Winikoff B, Laurakan VH, Myers D, Stone R. Dynamics of infant feeding: mothers, professionals, and the institutional context in a large urban hospital. *Pediatrics*. 1986; 77:357–365.
34. Potter JE, Mojarro O, Núñez L. The influence of maternal health care on the prevalence and duration of breastfeeding in rural Mexico. *Stud Fam Plann*. 1987; 18:309–319.
35. Winikoff B, Myers D, Laurakan VH, Stone R. Overcoming obstacles to breastfeeding in a large municipal hospital and applications of lessons learned. *Pediatrics*. 1987; 80:423–433.
36. Huffman SL, Combest C. Promotion of breastfeeding: yes, it works! Washington, DC: Center to Prevent Childhood Malnutrition; 1988.
37. Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Diez pasos hacia una feliz lactancia natural. En: Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad. Ginebra: OMS y UNICEF; 1989:iv.

SUMMARY

PROMOTION OF BREAST-FEEDING AND THE PARTICIPATION OF NURSING PERSONNEL

Many health professionals and institutions, both national and international, recognize the benefits of breast-feeding for child nutritional status and survival, as well as its importance as a natural contraceptive method. High rates of fertility, malnutrition, and infectious diseases, together with accelerated urban growth and the incorporation of larger numbers of women in the economically active population, have returned breast-feeding to a position of key importance in programs for child survival and family planning. The promotion of breast-feeding involves motivation, training, and coordination of the efforts of many people.

Since its success depends more on education and support offered to mothers than on curative care, it is an ideal area for the intervention of nursing personnel, whose initiative in this regard can have a lasting impact on promotion programs. The present article cites the nutritional advantages of breast-feeding, its function in birth spacing, and the sociocultural, economic, and other factors that shape breast-feeding patterns throughout the world. The fundamental importance of health professionals in promotion activities is stressed, as is the need to include course material on breast-feeding in the curricula of nursing schools and other centers for the training of health professionals. A modular scheme is proposed for achieving this last objective.

Nuevo proyecto de ley sobre inmigración a los Estados Unidos

El 29 de noviembre de 1990 el Presidente George Bush firmó un nuevo proyecto de ley sobre inmigración que faculta al Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos para revisar la lista de enfermedades por las cuales se niega la entrada al país. En esa ocasión estuvo presente Declan Murphy, Director Ejecutivo de la Federación Mundial de Hemofilia, quien desempeñó un papel clave en dicho proyecto. Murphy insistió en que se incluyera un párrafo referente a la injusticia e inutilidad de excluir a las personas afectadas por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o que tengan el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Se espera que otros países sigan el ejemplo de los Estados Unidos y eliminen restricciones similares.