



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

CAMPUS IZTACALA

**REFLEXION SOBRE LA ACTIVIDAD DEL
PSICOLOGO EN UNA INSTITUCION
HOSPITALARIA EN PRO DE LA
LACTANCIA MATERNA**

**REPORTE DE TRABAJO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
DIANA LILIA GUTIERREZ CASTILLO**



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1994



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A TI MADRE:

Por tus desvelos, atenciones
y empeño para terminar esta
carrera y titularme; pero sobre
todo por ser la mejor amiga
que tengo la cual sembró esa
confianza que me permite
ahora creer en lo que soy.

A TI REYNA:

Por darme la oportunidad de
entender que aquello que nos
hace ser tan diferentes como
hermanas me da la pauta para
quererte más cada día.

A USTEDES:

Hilda, Lizzette, Hugo y Alfredo
por brindarme su cariño, amistad
y paciencia.

¡ MIL GRACIAS !

A Rosy, Telma, Gisela y Claver
mis grandes compañeras de trabajo
y exelentes amigas... gracias por su
incondicional apoyo.

A USTED:

Dr. Amonario Díaz de León por
ser un gran ejemplo de
inteligencia, paciencia, humildad
y respeto al cual admiro y me
honro en conocer.

A todos y cada uno de mis profesores y asesoras: Lic. Estela Flores, Lic. Blanca Estela Huitrón y Lic. Leticia Hernández. Mi mayor agradecimiento por su dedicación y tiempo otorgado.

Al Hospital de la Mujer, a su personal y población atendida, por permitirme vincular mis dos profesiones: enfermería y psicología.

INDICE.

	PAG.
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I. LACTANCIA MATERNA.	
A. Abandono de la lactancia materna.....	9
B. Importancia de la lactancia materna.....	13
1. Ventajas fisiológicas.....	16
2. Ventajas sociales.....	19
3. Ventajas psicológicas.....	20
C. Retorno a la lactancia materna.....	30
1. Hospitales Amigo.....	35
2. La respuesta mexicana.....	36
3. Alojamiento Conjunto: Objetivos y Estrategias.....	42
 CAPITULO II. LA LABOR DEL PSICOLOGO EN EL PROGRAMA RETORNO A LA LACTANCIA MATERNA.....	 47
A. El psicólogo en la institución.....	49
B. Funciones realizadas.....	60
<u>Primer periodo:</u> La formación profesional.....	60
<u>Segundo periodo:</u> Coordinación para la formación psicológica hacia un grupo de enfermeras.....	64
. Población.....	69
. Tiempos.....	69
. Actividades.....	70
. Discusión de resultados.....	72

<u>Tercer período:</u> Intervención con el vínculo madre-hijo.....	75
. Tiempo.....	77
. Población.....	79
. Actividades.....	80
. Discusión de resultados.....	82
<u>Cuarto período:</u> Difusión del programa.	
. Congreso Nacional de Enfermería y Trabajo Social en el programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre.....	84
C. Obstáculos encontrados.....	87
D. Planteamiento de alternativas.....	90
 CONCLUSIONES.....	 96
 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	 102

ANEXOS:

1. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.
2. Decálogo de la Lactancia Materna.
3. Veinticinco acciones del Hospital Amigo del Niño y de la Madre.
4. Organigrama del Hospital de la Mujer.
5. Contenido temático del III Simposium Internacional de la Lactancia Materna.
6. Carta descriptiva de las reuniones técnicas del personal operativo de los hospitales amigo.
7. Contenido temático del curso "Monitoras en lactancia materna".

8. Contenido temático del video "lactancia materna: cómo salvar un recurso natural".
9. Carta descriptiva del segundo periodo de intervención.
10. Carta descriptiva del tercer periodo de intervención.
11. Contenido temático del video "LM... Consejos Prácticos".
12. Tríptico del Primer Congreso Nacional.
13. Contenido temático del congreso.

El niño al nacer

**trajo la expectativa del tipo de padres que
vendrían a su encuentro.**

**La totalidad de sus experiencias con ellos y con
el mundo
determinarán ahora su forma de anhelar y recibir
un hijo.**

Aberastury...

INTRODUCCION

La salud es el más valioso testimonio que se pierde o se conserva en la familia, en la escuela, en el trabajo, en la fábrica, en la oficina y en las instituciones de salud; siendo en estos lugares donde se puede informar y educar en salud.

La autoridad para transmitir e inculcar las orientaciones básicas de salud es mayor en los padres, los maestros, los líderes comunitarios y desde luego en los profesionales de las instituciones de salud.

Una de las labores que desempeñan estos últimos, es dar a conocer con hechos reales y en términos comprensibles las causas y los efectos de los factores que determinan la salud de la comunidad, y es tarea de los habitantes de la misma decidir y difundir las medidas que deberán seguir para preservar su salud y mejorar su medio ambiente.

La educación para la salud se da en diversos ámbitos y para su reproducción se utilizan varios recursos como los medios de difusión masiva, la infraestructura humana institucional y los grupos sociales existentes. Estos recursos son fundamentales porque la información que se transmite provoca cambios en las creencias y comportamientos individuales y resulta muy eficaz cuando cuenta con apoyo de los medios de comunicación en pequeña escala como son: folletos, gráficas, carteles, videos, representaciones escénicas, canciones y obras teatrales, especialmente cuando la población participa en su diseño. (Fajardo, 1991).

El gobierno y la sociedad mexicana han procurado el mejoramiento de la salud en el país, actualmente se han fortalecido acciones e iniciado nuevos proyectos de participación y educación comunitaria que se enmarcan en la meta denominada "Salud para todos en el año 2000", misma que fue propuesta en

1977 por la XXX Asamblea Mundial de Salud. (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia/Dirección General de Salud Materno Infantil (UNICEF/DGSMI), 1991). Sin embargo la provisión de servicios de salud resulta sumamente difícil; los obstáculos enfrentados por el sistema de salud lo han inducido a organizarse y desarrollar estrategias con énfasis en programas de prevención de enfermedades a través de la participación activa de la comunidad.

Uno de esos programas es el denominado **apoyo de la lactancia materna**, el cual parte del hecho de que en todo el mundo la gente quiere llevar una vida sana, criar niños bien alimentados y ofrecerles mejores oportunidades de vida. En base a estudios realizados se ha visto que los gobiernos invierten dinero en la adopción de medidas de salud pública y en programas de planificación familiar para conseguir estos objetivos; pero sus recursos son escasos y las exigencias muchas, no obstante, existen razones para ser optimistas. La lactancia materna es un recurso natural que puede contribuir de forma importante a lograr los objetivos en materia de salud; es más, las investigaciones muestran que los programas que favorecen el amamantamiento tienen un efecto mensurable, de los cuales se puede afirmar que si hubiera más mujeres dispuestas a amamantar a sus hijos como único método de alimentación durante un período más largo, y si los legisladores lo apoyaran, menos niños morirían, la salud de las mujeres y la de sus hijos mejoraría; y la salud pública y los programas de planificación familiar ahorrarían dinero, ya que la lactancia materna salva vidas infantiles pues aporta inmunidad protegiendo al niño contra enfermedades infecciosas que ponen en peligro su vida; al igual que contribuye más efectivamente al desarrollo físico y mental de éste. (Georgetown University/Department of Obstetrics and Gynecology, 1991).

Ante esta situación y considerando la repercusión directa y decisiva de la lactancia sobre la salud del niño, la Secretaría de Salud creó el Comité Nacional de Lactancia Materna, cuyo propósito es contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad infantil a través de la promoción y fomento de la lactancia materna en las instituciones de salud.

Así, el eficaz y cotidiano cumplimiento de las acciones en favor del amamantamiento y por lo consiguiente de la salud integral del binomio madre-hijo, transforman a los servicios hospitalarios. Tal es el caso del Hospital de la Mujer; institución que depende de la COORDINADORA DE HOSPITALES, donde se proporciona atención médica a la mujer en el parto y sus consecuencias.

Dentro de sus funciones se encuentran: la prevención, diagnóstico y tratamiento en cualquier etapa del proceso del embarazo, parto y postparto, investigación en la cuestión de la salud y enseñanza a su personal médico y paramédico; y actualmente el trabajo con la comunidad con el fin de fomentar la salud integral de la madre e hijo, a través de práctica y pláticas referentes a lactancia materna llevadas a cabo en una área integral denominada **alojamiento conjunto**, servicio que presta atención integral al binomio cuyo principal objetivo es el fomento del amamantamiento, esto se apoya mediante la hospitalización de ambos en la misma habitación en las primeras horas posteriores al nacimiento, situación sumamente importante si se considera que a partir de la mutua interrelación se establece una nueva relación entre la madre y el hijo, que va a contribuir en la formación de la personalidad del niño a través de ese nuevo lazo afectivo que la crianza establece. En dicha área también se le proporciona a la población proyecciones, charlas y distribución de folletos, cuya información está encaminada a la enseñanza del valor persé de la práctica de la lactancia natural.

Sin embargo, la pregunta es: ¿Qué tiene que ver un psicólogo en esta interacción? pues bien... La Psicología Social, desde la cual se hace una somera exposición a través de los planteamientos de Pichon Riviere quien sera el autor a citar y el cual la define como "ciencia que estudia los vínculos interpersonales y otras formas de interacción"; declara que es la ciencia de las interacciones orientada hacia un cambio social planificado. (Pichon-Riviere, 1985).

Si se considera lo anterior, la psicología también tiene ingerencia en las organizaciones y/o instituciones.

Específicamente las instituciones de salud como entidades sociales ofrecen un amplio campo de acción para los psicólogos ya que este profesional se interesa y ocupa de crear circunstancias óptimas para el aprovechamiento de los recursos humanos, la ejecución del trabajo, el aprendizaje humano, la adquisición de destrezas, la productividad, la motivación humana y el cambio de actitudes.

Aún cuando las actividades a las que puede abocarse el psicólogo son variadas; una en las que ha tenido gran inserción y aceptación es el adiestramiento y la capacitación; esto en base a que cuenta con los conocimientos y habilidades que le permiten analizar las conductas así como los mecanismos y condiciones para su adquisición.

Dentro de esta institución de salud y básicamente en el Programa de Alojamiento Conjunto, se ha llegado a considerar el entrenamiento como una forma de educación cuyo objetivo es compensar las diferencias en cuanto a la percepción que las pacientes y personal de enfermería tienen respecto a la lactancia materna; mediante el cambio de actitudes a través de la orientación; siendo aquí donde la actividad del psicólogo es de gran importancia pues participa cotidianamente en las actividades del proceso enseñanza-aprendizaje

dentro de este servicio y resaltando, como base medular, la importancia que tiene en el establecimiento de la personalidad del recién nacido, el vínculo madre-hijo.

Se considera que la importancia que tiene el psicólogo dentro de una institución de salud en la protección, promoción de la salud y en específico en este caso en el apoyo a dicha práctica, gira en torno a su compromiso en favor de la sociedad.

Si bien el número de psicólogos que han ido adoptando un enfoque comunitario, institucional y de alcance social es aún relativamente reducido; la relación de éste panorama con posibles contribuciones a la modernización del país, ya apunta hacia la posibilidad de contraer compromisos más formales con las comunidades. Es indispensable promover y mejorar tanto el trabajo de investigación como el de intervención profesional, con contribuciones en áreas tales como la prevención en problemas psicológicos, así como en el cambio de actitudes que promuevan la protección para la salud integral.

De esta manera el presente trabajo tiene como objetivo: transmitir la experiencia profesional y hacer algunas consideraciones respecto al rol del psicólogo en la práctica social institucional; en donde, las actividades realizadas se aportaron a la población a través de la vinculación de dos profesiones PSICOLOGIA Y ENFERMERIA, a través del proyecto de alojamiento conjunto.

En el presente reporte se considera el proceso enseñanza-aprendizaje desde la perspectiva de la didáctica postulada por Pichón Riviere, quien refiere que ésta se apoya en la "preexistencia en cada uno de nosotros de un conjunto de experiencias, conocimientos y afectos con los que un individuo piensa y actúa".(Pichón-Riviere, 1985), situación que es de crucial importancia si tomamos en cuenta que para que se practique la lactancia materna se requiere de cambio

de actitudes, desarrollo de aptitudes, comunicación y aprendizaje; tanto del personal de salud como de la comunidad asistida.

Bajo este marco, el psicólogo recibió orientación y entrenamiento en el manejo de técnicas y el uso de diversos instrumentos empleados en la práctica de la lactancia materna, (situación en la que la profesión de enfermería fue de gran ayuda pues facilitó el aprendizaje) a su vez, también se puso en marcha un proceso de formación hacia un grupo de enfermeras; y de igual forma se participó en la sensibilización y adiestramiento a la población hospitalizada en torno a la lactancia materna.

El hecho de que el psicólogo participe en el área de la docencia intra hospitalaria, no sólo se justifica por la aplicación de principios, técnicas y otros recursos de la psicología a la resolución de problemas que se plantean para mejorar el aprovechamiento del "alumno", sino que también es para reflexionar y enriquecer la relación enfermera - paciente y transmitir los conocimientos de la propia psicología a la comunidad.

Es por esto que se considera importante presentar este trabajo con el objeto de manifestar lo necesario que es la participación profesional del psicólogo en el campo de la psicología social a través del trabajo profesional en una institución de salud, en donde se vinculan las acciones hacia la comunidad, hacia el campo médico en específico el área de enfermería.

A lo largo del ejercicio profesional en la institución, se han suscitado cambios importantes en torno al amamantamiento, a nivel de actitudes tanto del personal como de la comunidad, sin embargo, hay mucho por hacer sobre todo a nivel prenatal, realizando programas más innovadores que abarquen a grandes segmentos de la comunidad, previa formación e información del personal de salud

con el fin de sensibilizar a la madre antes del nacimiento, logrando así que la lactancia materna tenga mayor éxito.

Tomando en cuenta que dicho trabajo se ubica en el área de la psicología social, el desarrollo de este integra en el capítulo uno aspectos relevantes de la lactancia materna, con la finalidad de ubicar al lector respecto a los factores que han hecho que el amamantar sea una práctica del pasado pese a las ventajas que ésta aporta; así como los esfuerzos que hoy día se ponen en marcha para retomar a esta actividad tan importante a nivel de la salud global del individuo.

En el segundo capítulo se integra una descripción general de la institución y del área específica donde se intervino; así como el desarrollo de actividades las cuales fueron segmentadas para su análisis en tres periodos, cuyas acciones llevan a fomentar y fortalecer la lactancia natural mediante el empleo de un enfoque psicosocial.

En la última parte de este reporte se presentan las conclusiones en relación a la actividad del psicólogo en pro de la salud comunitaria a partir de la consideración de las propuestas, y tomando en cuenta diversos aspectos derivados de la formación académica.

CAPITULO I

LACTANCIA MATERNA

A.- ABANDONO DE LA LACTANCIA MATERNA.

La leche materna es esencial para que los niños en los primeros meses de vida tengan un desarrollo sano que les permita superar las adversidades del medio ambiente.

El recién nacido nace inmaduro y le es imposible sobrevivir sin aquellos que lo rodean.

La lactancia materna (L.M.)* es una actividad doméstica, hogareña, profunda, trascendente y breve. Por nuestra naturaleza animal pertenecemos al género de los mamíferos, es decir, aquellos que alimentan a sus crías con su propia leche. Por la capacidad de razonamiento, la L.M. permite iniciar y fundamentar el conocimiento de nosotros mismos y del medio a través de la relación intensa con una primera persona, nuestra madre. (Sociedad Panameña de Pediatría, 1980).

Sin la L.M., el hombre no habría llegado a poblar la tierra. En tiempos antiguos la única alternativa de subsistencia para el bebé era la de recibir el alimento del seno materno.

A través de la historia, varias culturas han entendido muy bien esta situación de dependencia del recién nacido, preparando al grupo familiar para su recibimiento, por lo que apoyaban a la madre y al hijo durante los primeros dos años de vida, por considerar que ambos estaban pasando por una época crítica en la cual el niño necesitaba alimento, calor, seguridad y otras atenciones que solo el regazo materno le podía proporcionar. (S.S./D.G.S.M.I., 1990).

* Término que se empleará varias veces por lo que se denominará (LM).

Fue así, como el acto del amamantamiento se convirtió en un hábito transmitido de generación en generación a través de los tiempos. En esas épocas no existía interés ni en estudiar las propiedades de la leche humana, ni en la importancia de lactar al pecho.

Hoy sabemos que ha cambiado la forma en que la mujer cría a sus hijos y que el intento de los seres humanos de reemplazar el método natural de alimentación de los recién nacidos que comparten con todos los mamíferos de la tierra, es muy reciente.

Ese desafío a la naturaleza se generalizó en los países industrializados en el siglo XX, específicamente después de la segunda guerra mundial, que determinó un aumento de las mujeres en la fuerza laboral; aunado a esto, el cambio de los modos de producción permitió vislumbrar la creación en gran escala de sucedáneos de la leche materna. (SLM)*

Los adelantos tecnológicos en materia de alimentos envasados posibilitaron que se ofrecieran SLM a las mujeres que trabajaban dentro y fuera del hogar.

Anteriormente, la leche de vaca o de otros animales se utilizaba solamente en casos de emergencia. Al valorar más las preparaciones calculadas en laboratorios, se creó el mito de que eran mejores que la leche materna: eran pesables, medibles, visibles, tangibles y daban seguridad numérica a las madres.

Si a esto se aúna el inicio de emancipación de la mujer, que alentó el salir de casa para trabajar teniendo que dejar a sus hijos en manos de otros, y el rompimiento de las estructuras familiares tradicionales, se puede entender el éxito que tuvieron las compañías que entraron prontamente a distribuir sus productos. (O.M.S., 1981).

* Término que se empleará varias veces por lo que se denominará (SLM).

La industrialización de alimentos produjo diversas fórmulas lácteas apoyadas por grandes cantidades de propaganda comercial, haciendo creer que estos productos son tan buenos o mejores que la leche humana. Se obtuvieron progresos substanciales en la manufactura de dichos productos aproximándolos más a la composición y digestibilidad de ésta.

El éxito comercial alentó a los fabricantes de SLM a llevar sus operaciones a los países en desarrollo, donde presentaron esos productos como "modernos" y "progresitas". Los fabricantes lograron aumentar las ventas mediante la distribución de muestras gratuitas e intensas campañas de promoción en hospitales y centros de salud. (UNICEF, 1990).

La agresiva promoción de SLM, fue dirigida a los médicos y a las maternidades; y los alimentos para bebé conquistaron rápidamente un vasto mercado.

Muchos hospitales sujetos a las limitaciones de tiempo de las sociedades industrializadas, alentaron el uso del biberón que se convirtió en un típico símbolo publicitario del "progreso" moderno. Los propios servicios de salud sin darse cuenta contribuían frecuentemente - y aún lo hacen - a la disminución de la LM, ya sea porque no daban a las madres el apoyo y el estímulo debidos, o bien, por implantar costumbres y procedimientos que interferían con la iniciación y establecimiento normal de esta práctica.

Ejemplos de esos procedimientos son la separación de las madres y recién nacidos durante su internamiento hospitalario, el administrar agua glucosada con el biberón antes de iniciar la LM y el fomento sistemático de la utilización de SLM; desafortunadamente porque los profesionales de la salud a menudo carecían de la información adecuada.

Así, el hábito de lactar al pecho se fue perdiendo, aunado a esto, la ayuda alimentaria de organismos internacionales a países que carecían de alimentos básicos principalmente para el niño, comenzaron a ofrecer SLM.

También la Organización Mundial de la Salud, refiere que los medios de comunicación masiva y los adelantos tecnológicos hicieron creer a la mujer moderna que dar de mamar ya no era importante y que sólo era necesario para los pueblos primitivos o atrazados; existiendo muchas personas que consideraban vulgar la alimentación al seno materno, atribuyéndola a los animales y no a los humanos. (OMS/UNICEF, 1989).

En nuestra sociedad de consumo los productos se venden a través de mensajes subliminales que ofrecen atractivo y prestigio como concomitante de la compra del producto; por citar un ejemplo tenemos el caso de Gerber que ofrece niños bellos y sanos a partir de ser una "mamá Gerber".

Los fabricantes de leches para infantes utilizan en sus campañas publicitarias las imágenes y los conceptos asociados con la alimentación al pecho: naturalidad, cercanía y ternura para promover sus productos al público en general.

Por último, la adopción de actitudes culturales también ha contribuido al abandono de la LM; ya que los roles femeninos tienen un papel estético y erótico. Estos se han convertido en símbolos sexuales primordialmente olvidándose la belleza de su función nutricional (Lacerva, 1983), así como las ventajas físicas, psicológicas y sociales que esta práctica aporta al vínculo madre-hijo, las cuales enunciaremos posteriormente.

Concluyendo, podemos decir que en la actualidad se han desarrollado una serie de factores que combinados han actuado en detrimento de la LM, complicando por añadidura su sencillo manejo.

Jerarquizando a nuestro juicio como los factores más importantes citaremos a:

a) La invasión de leches artificiales en el mercado que en sus inicios fue sólo alternativa de alimentación para el bebé y posteriormente se ha convertido en una práctica común.

b) La falta de apoyo a la LM por parte del personal de salud como concomitante a la vaga información que sobre el tema se tiene.

c) Desinformación referente a las ventajas persé de la LM, lo cual genera que nuestra sociedad ofrezca escasos ejemplos de madres lactantes a las que una joven madre puede referirse para orientación y consejo.

Todos los factores antes mencionados que contribuyeron al abandono de la LM, propician que esta práctica sea uno de los hábitos de alimentación que más se ha modificado en el ser humano en los últimos cincuenta años (Jellife y Jellife, 1978), abarcando todos los estratos de la sociedad, deteriorándose así la motivación de que las madres amamanten a sus hijos.

En la etapa actual es imperativo identificar condiciones objetivas que inclinan a las mujeres a amamantar a sus hijos o a desistir de hacerlo; entre estas condiciones hay infraestructuras que apuntan a la reducción de los obstáculos y coacciones que deterioren la motivación de alimentar con seno materno y hacen parecer difíciles las actuales condiciones de lactancia.

B.- IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA MATERNA.

Los factores de la evolución siempre están presentes aún cuando sus efectos sólo pueden detectarse al cabo de cierto lapso. Conviene entonces concebir a la evolución como un fenómeno virtualmente continuo que sin cesar modifica las características de la biósfera.

En el vasto panorama que ésta ofrece, los mamíferos llaman especialmente la atención por algunas peculiaridades, se distinguen por ser dependientes de otro para sobrevivir, mantienen una temperatura corporal constante, tienen un gran desarrollo de su sistema nervioso; pero por supuesto su característica principal la que los agrupa y hasta les da nombre es el fenómeno de la lactación que no existe en organismos de otras clases.

Lactación es el acto de lactar, verbo que se refiere tanto a criar con leche como al período de vida en que la criatura mama (Pelayo y Gross, 1985).

Este episodio de la vida en que la madre o cría practican la lactación se conoce como lactancia.

Evidentemente la lactación es una forma singular y transitoria de alimentación. singular porque es propia de solo unas cuatro mil especies entre cerca de un millón que registra la zoología; pero tan crucial que se emplea como el rasgo distintivo que define toda una clase animal los mamíferos; transitoria, porque la madre ocupa un período específico cuya duración esta bien delimitada porque la cría constituye una transición entre su alimentación intrauterina y la alimentación definitiva propia de su especie. (Bourges, 1990).

El recién nacido es muy vulnerable por la relativa inmadurez de su aparato digestivo, de su riñón, de su sistema nervioso y en general de su metabolismo.

Como las limitaciones fisiológicas de éste van desapareciendo conforme cambian cualitativa y cuantitativamente, llega un momento en que la lactación debe terminar.

Las características que hacen posible la lactación en los mamíferos, es la capacidad de la hembra para producir leche; secreción sobre la cual cabe mencionar algunos aspectos.

Dado que la leche esta constituida por numerosas sustancias la mayoría de las cuales son aprovechables para la nutrición, el ser humano lo considera como alimento.

Durante la lactancia la leche es el único alimento del recién nacido, es decir que la leche constituye por sí sola toda la dieta.

Más allá de constituir la solo en dieta, la lactancia cumple otras funciones importantes; como integrante de las defensas inmunológicas, como estímulo sensorial y hasta como medio de vinculación entre la madre y la cría (Bourges, 1990): Esto no quiere decir que lo anterior no sucede al alimentar al bebé con SLM, pero se da en mayor medida al alimentarlo al seno materno.

La LM actúa dentro de un microecosistema que opera en el binomio madre-hijo donde prevalece una gran interacción de factores metabólicos, inmunológicos, hormonales, psicológicos y económicos, relacionados con la salud y la nutrición específica del lactante, así como con el espaciamiento de embarazos y con la relación emocional madre-hijo.

Es reciente la publicación de varios estudios que reiteradamente han puesto en evidencia las múltiples ventajas que el amamantamiento ofrece tanto al bebé como a la madre. Entre ellos se encuentran los estudios sobre desnutrición que durante la segunda mitad de la década de los cuarenta, realizaron en el Hospital Infantil de México el grupo encabezado por el Dr. Federico Gómez, los cuales constituyeron contribuciones importantes al conocimiento mundial sobre desnutrición. En él se analizaron dos grupos de población materno infantil, siendo una de ellas la que practicaba la LM y la otra empleaba SLM; cuyos resultados dejaron ver que el niño alimentado al pecho aun viviendo con la madre en situaciones precarias de higiene y abandono, progresa satisfactoriamente, pero

que la subalimentación es causa principal de desnutrición, ya que se dan alimentos adicionales antes de los cuatro meses de vida (Gómez, 1987).

En estudios más recientes realizados en el Hospital de San Juan de Dios en Costa Rica, cuya población comprendió todos los neonatos nacidos en esa institución de 1976 a 1980, revelan en sus resultados la bondad de las intervenciones tendientes a fomentar la estimulación temprana, el alojamiento conjunto, la lactancia materna desde las primeras horas de vida. Dichas intervenciones indujeron un marcado aumento en la incidencia de la LM el cual era del 70 % antes de las intervenciones, incrementándose al 90 %. Es interesante mencionar que en dicho estudio se obtuvo como concomitante de las intervenciones, una disminución significativa en el abandono neonatal, que se interpretó como una consecuencia del aumento en el apego materno. (Mata, 1982).

Ante estos y otros muchos hallazgos, tenemos que el amamantamiento ofrece una gran cantidad de ventajas prácticas, económicas, nutricionales, inmunológicas, anti-infecciosas, fisiológicas y psicológicas, tanto para la madre como para el niño.

1. VENTAJAS FISIOLÓGICAS.

Los beneficios del amamantamiento y peligro de la alimentación con biberón como dos partes de un complejo arreglo de resultados, están constantemente llegando a un mejor entendimiento.

El bebé no es exclusivo beneficiario de la lactancia natural; cuando el recién nacido se acerca al pecho inmediatamente después del parto, puede reducir en la madre el riesgo de hemorragia debido a que incrementa la liberación de la

hormona oxitocina en el organismo de la madre, acelerando la expulsión de la placenta y contrayendo los vasos sanguíneos uterinos, reduciendo al mínimo la pérdida de sangre y ayudando al útero a recobrar su tamaño normal. (D.G.S.M.I./S.S., 1992).

Entre otras de las ventajas fisiológicas que proporciona la LM a la mamá, se encuentra la contribución al espaciamiento de los nacimientos. El amamantamiento frecuente a partir del nacimiento, mantiene altos niveles de progesterona, la hormona que inhibe la ovulación y por ende el embarazo. La lactancia exclusiva (dar al bebé sólo seno materno) brinda protección contra el embarazo durante los primeros seis meses después del parto; ésto tiene gran trascendencia para las políticas de salud, debido a que en las culturas donde la LM frecuente y prolongada es común, la amenorrea y la supresión de la ovulación posteriores al parto son a menudo los principales mecanismos que aseguran el espaciamiento adecuado de los embarazos. Esto es importante ya que en algunos países las mujeres tienen un acceso limitado o nulo a las técnicas anticonceptivas modernas y por consiguiente emplean poco los métodos de planificación familiar.

Numerosos estudios señalan que la LM prolonga el intervalo de los embarazos y consecuentemente reduce la fertilidad natural. Tal es el caso de investigaciones efectuadas en zonas rurales de la India en 1962, cuyos datos indican que los intervalos entre los embarazos en las mujeres que amamantan durante un año y no usaron ninguna forma de contracepción fueron de ocho a diez meses más prolongados que las mujeres que amamantaron. (Potter, 1991).

Este y otros estudios concluyen que quienes destacan o complementan con SLM tempranamente, la reaparición de la menstruación se da más rápidamente y que ésta se presenta tardíamente en madres exclusivamente lactantes.

La LM también reduce sustancialmente el riesgo de cáncer de mama y de ovario. No puede asegurarse que esta menor incidencia se deba a esta práctica; sin embargo, los diferentes estudios parecen indicar que la LM está definitivamente relacionada con la reducción de las posibilidades de tener cáncer de mama y ovario, posiblemente debido a los factores hormonales que la acompañan. (Family Health International, 1989).

Dentro de las ventajas para el niño, algunos textos manejan en sus contenidos que "la lactancia materna contribuye a la habilidad del niño para hablar, especulando que pasa ésto seguramente porque al mamar el bebé acelera la maduración de los mecanismos neuromusculares de su boca y quijadas", afirmando que ésto es así, porque a diferencia del chupón de plástico del biberón que es duro, el pezón de la madre es suave y flexible y se adapta perfectamente a la boca del pequeño permitiendo el desarrollo total de las estructuras faciales, y de ésta manera "el bebé tiene que trabajar mucho más para extraer la leche del seno que del biberón, acelerando la maduración de la boca y lengua preparándola para la futura formación de sonidos".(S.S./D.G.S.M.I., 1990)*

* Se buscó información y estudios que avalaran tales aseveraciones pero no se encontraron datos.

2. VENTAJAS SOCIALES.

Las ventajas de la LM para las familias en la atención institucional de la salud y para el presupuesto nacional, son importantes.

En el mundo en desarrollo, los niños amamantados tienen un riesgo menor de muerte. Esto lo avalan estudios que se han realizado en varios países; tal es el caso de los efectuados en los hospitales de las Filipinas, Costa Rica e Indonesia, donde se detectó una tasa de incidencia de diarrea de 18 a 40 por 1000 nacidos vivos; y la sustitución del biberón por la LM hizo que esta tasa descendiera a entre 1 y 5.(Clavano, 1982). Esto implica una ventaja social por lo que a morbi - mortalidad se refiere, pero también genera una ventaja fisiológica por lo que representa en cuestión de salud del bebé.

Así, entre las poblaciones pobres del mundo industrializado, la morbilidad infantil va en aumento como resultado directo de la alimentación con biberón que es insuficiente y a menudo carece de esterilización, pues las familias de bajos recursos no pueden comprar la cantidad necesaria de leche o SLM por lo que tiene que alimentar a sus hijos con mezclas diluidas o productos con un menor valor nutritivo que no contribuyen a un crecimiento y desarrollo adecuado. (Inzunsa, 1983).

La LM beneficia desde el punto de vista socioeconómico; es ahorro para la familia si consideramos que los productos que sustituyen la leche natural son caros y éstos deben ser pagados en efectivo, lo que representa una porción importante del ingreso de las familias; también suprime las necesidades de comprar leche en fórmula, biberones y aparatos esterilizadores.

El ahorro y beneficio aumenta, si consideramos que cuando más sanos estén los miembros de la familia, menos dinero se gastará en atención médica y no se requerirán más recursos que los que ya tienen las madres y familias.

Todos economizan: los hospitales que optan por la LM inmediatamente después del parto, requieren menos recursos humanos y gastan menos dinero en biberones, chupones, fórmulas y soluciones glucosadas. (ONU/Subcomité en nutrición, 1991).

A nivel nacional, la práctica general de la LM favorece la economía al disminuir la demanda de SLM y podría bajar los costos que se utilizan en los programas de planificación familiar y de atención materno infantil, al reducir las tasas de morbilidad.

3. VENTAJAS PSICOLOGICAS.

Si estuviéramos viviendo a principios de este siglo, no habría la necesidad de desarrollar actividades, artículos, seminarios, investigaciones, etc. referentes a definir las ventajas de la LM. En esa época la mayoría de las madres amamantaban a sus hijos hasta más allá del primer año de edad, compartiendo una riqueza de experiencias, información y creencias socioculturales acerca del uso de la leche materna entre las madres, sus familias y el personal de salud.

Antes de hacer referencia a las ventajas psicológicas de la LM, se han planteado cuestionamientos tales como: ¿por qué actualmente se tiende a sustituir la alimentación al pecho por la alimentación con biberón?... si se prefiere con tanta frecuencia el alimento artificial a la LM, deben de existir además de causas sociales, razones psicológicas no menos importantes que las anteriormente descritas.

Existen tendencias inherentes a nuestra época de desexualizar las funciones procreativas femeninas, convirtiéndolas de un proceso instintivo y espontáneo en algo mecanizado y controlado; tal es el caso del parto inducido que transcurre con anestesia, la eliminación medicamentosa de la bajada de la leche, seguida por la alimentación artificial del lactante; situaciones que corresponden a dicha tendencia.

Hoy día, se conocen a través de algunas investigaciones, las consecuencias en términos de salud de la alimentación artificial, pero también es necesario reflexionar acerca de la insatisfacción oral resultante de una educación en pro de la culturalización del biberón, que frustra ya los primeros deseos del niño y lo perjudica no sólo él, sino también a la madre por el hecho de renunciar al amamantamiento.

Sin embargo, en la actualidad, la gran mayoría de los profesionales que brindan atención al vínculo madre-hijo, carecen de información referente a los factores psicológicos que convergen en esta práctica.

Para analizar esto, es necesario reflexionar sobre algunos factores de la relación vincular madre-hijo que anteceden al nacimiento; entre los que se encuentran las condiciones de procreación (es o no un bebé deseado, planeado, producto de un descuido, intento fallido de aborto, producto de una violación, etc.) aspectos que también son un reflejo de la propia forma de vida de la pareja (vida conyugal, vidas separadas, abandono, divorcios, etc.); otro factor es las expectativas que tiene la madre (o la pareja) ante el sexo del bebé y en ocasiones ante sus características físicas.

Estos pueden ser aspectos que entre otros determinen el hecho de que la madre amamante a su hijo o renuncie de antemano a esta práctica, puesto que el

tipo de actitud que adopte la madre, está relacionada y/o determinada con el vínculo que tenga con la pareja y la situación de su grupo familiar y social.

Bajo este panorama, veamos que nos ofrece la psicología para adquirir herramientas de análisis en esta relación vincular madre-hijo a través de la LM.

Para analizar los factores psicológicos, se describirán brevemente algunas postulaciones legadas por Freud, que si bien son distintos puntos de partida teóricos, coinciden con otras posturas en resaltar la importancia de las primeras épocas de la vida del individuo en la formación de su personalidad.

Freud, sigue el desarrollo del hombre y su personalidad desde el nacimiento hasta la edad adulta; así en su conjunto la teoría psicoanalítica comprende cinco etapas: la oral, la anal, la fálica, el período de latencia y la etapa genital; las cuales conforman la estructura psíquica del individuo.

Debido a que en el presente trabajo se destaca como parte medular la relación vincular madre-hijo a través de la LM, centraremos la reflexión sólo en la etapa oral.

Primeramente se considera que poco podrá hacerse sin incorporar a la reflexión alguna descripción de las premisas básicas del psicoanálisis: Consciente e inconsciente.

Consciente "es una expresión puramente descriptiva, que invoca la percepción más inmediata y segura. Son todas las percepciones que nos vienen de afuera (percepciones sensoriales); y de adentro, lo que llamamos sensaciones y sentimientos". (Freud, 1923-1925).

Inconsciente es como un almacén en el que se conserva todo lo que la mente del hombre haya vivido, es así que Freud, (1923-1925) lo denomina como lo "reprimido" que es en sí lo insusceptible de conciencia.

En tanto el niño crece su YO se va diferenciando a través de etapas cuyas características son el resultante de tendencias y necesidades de orden instintivo, éstas se organizan bajo el predominio de una zona erógena que puede tener potencial para provocar sensaciones placenteras cuando es manipulada.

FASE ORAL; al irse formando la personalidad, la fuente primaria de placer y gratificación es la región bucal. La alimentación y el placer de la succión, son la clave de esta zona erógena.

Al poco tiempo de nacido el bebé usa los labios para ingerir comida, ésta es placentera, el recién nacido aprende de inmediato que el manipular la cavidad labios-lengua sobre el pecho materno le produce felicidad. Al respecto Freud, (1923-1925) refiere que esta zona "sirve en primer término a la autoconservación por vía del alimento, pero no es lícito confundir fisiología con psicología", enuncia que el chupeteo es en el niño una necesidad de satisfacción que si bien "tiene por punto de partida la recepción de alimento y es incitada por ésta, aspira a una ganancia de placer independiente de la nutrición".

Prueba de esto es según Freud, la clara tendencia del niño de colocar en su boca cualquier objeto que cae en sus manos, a chupar sus dedos y aun a calmarse cuando el chupeteo es independiente de la alimentación.

Ante esto se puede decir que dicha zona es la etapa más duradera y fuerte en el vivir del hombre, de ahí que pueda destacarse la diferencia entre lo biológico y lo psicológico.

Resumiendo se tiene que la succión es algo biológico (reflejo), ligado al hecho de comer para vivir (instinto de vida), de aquí en adelante podrá el bebé usar los labios obteniendo satisfacción lo que provocará una sensación placentera (pulsión), siendo así, que la comida no necesariamente deberá formar parte del ejercicio.

Con ésto, se puede comentar que el pecho de la madre no sólo alimenta al bebé, sino que además le permite satisfacer la necesidad de succión con la que nace; es la primera sensación de placer que él percibe y que está íntimamente relacionada con su madre. Esta pulsión prepara el camino para el fomento de una nueva relación cada vez más estrecha entre ambos.

Los lazos que se formen entre la madre y el hijo (vínculo), dependerán de la cercanía que se establezca entre ellos y de qué tanto se tomen en cuenta verdaderamente las peticiones del recién nacido. De ahí que se plantee otro cuestionamiento: ¿ La alimentación con biberón y la alimentación al seno materno hacen del niño un ser diferente ?... Analicemos la siguiente situación: Durante muchos años se ha manejado la imagen del niño como si éste fuera un adulto, sin necesidades propias y con la obligación de satisfacer las expectativas de sus padres.

Después del nacimiento se le aísla alejándolo de su madre sin tomar en cuenta sus necesidades, sobre todo la de ser amado y protegido, éstas nacen con el bebé y se ven satisfechas o insatisfechas con los primeros contactos que él tiene con su madre. En el útero, todas las necesidades eran inmediatamente atendidas, sin hacer el más mínimo esfuerzo brindándole así una sensación de seguridad. Esto se puede extender después del nacimiento cuando el niño está con su madre y percibe el mundo externo como algo agradable y no como un lugar hostil del cual tiene que aprender a defenderse y reprimirse como solución a una posible adaptación.

Cuando la madre tiene la posibilidad de atender al bebé, éste recibe el mensaje de que sus necesidades son escuchadas y atendidas y a través de ellas vale: es como prolongar aquella vida in útero donde no existían horarios rígidos, exigencias, ruidos, etc. Cabe mencionar que entra aquí también en juego, la

actitud que la madre adopte al momento de ofrecer el alimento del seno a su bebé, lo cual genera grandes diferencias cuando ésta se da teniendo una actitud positiva (disposición, agrado, conocimiento y aceptación de sus ventajas), o una actitud negativa (renuencia, malestar físico, o porque no hay otra alternativa).

En el contacto madre-hijo, comienza un proceso de interacción que gradualmente constituye un lazo afectivo muy fuerte, primero unidireccional (de la madre al hijo) y posteriormente bidireccional (del hijo a la madre y viceversa). De ahí que se considere hacer algunas observaciones de la vinculación y su predominio.

Los vínculos intensos y persistentes entre individuos, constituyen la regla general en muchas especies y en los mamíferos incluyendo los primates, el primer vínculo y el más persistente de todos es habitualmente el establecido entre madre e hijo, el cual se mantiene con frecuencia hasta la edad adulta, por lo tanto, muchas de las más intensas emociones humanas surgen durante la formación, el mantenimiento, la ruptura y la renovación de las estructuras vinculares.

Referente a esto, Pichón-Riviere, (1985) define el vínculo como "una estructura compleja que incluye al sujeto y al objeto, su interacción, momentos de comunicación y aprendizaje, configurando un proceso en forma de espiral dialéctica", es decir, ambos interactúan realimentándose mutuamente.

Dicho autor manifiesta que durante el desarrollo infantil, se construye la base de las necesidades corporales esa unidad fundamental que es el vínculo, el cual se relaciona con experiencias de frustración (vínculo malo), que se da cuando no se satisfacen las necesidades del individuo y experiencias de gratificación (vínculo bueno), en donde sí se satisfacen.

Ampliando un poco más estos términos y extrapolándolos al vínculo madre-hijo, Anna Freud, (1985) menciona que el niño satisface su necesidad de succión la cual se inicia con una sensación de displacer y al sentirse satisfecho físicamente cuando se alimenta, se siente amado y protegido lo cual denota una sensación placentera.

Al momento de succionar se da la gratificación erótica que es el amor en su máxima expresión sin ninguna expresión sexual tal y como la conocemos; ésto se logra por medio del placer que el bebé experimenta al amar a otros, iniciando en este momento con el amor hacia su propia madre.

Las experiencias hechas por Melanie Klein, en relación a los resultados de sus estudios, giran en torno al concepto de pecho "bueno" y pecho "malo", lo cual puede servir para ilustrar un poco las sensaciones de placer que experimenta el bebé en relación con el seno materno: el bueno gratificante prepara el camino para la imagen de la madre buena, el vacío o frustrante crea de la misma manera la imagen de la madre mala.

Anna Freud se refiere al mismo proceso pero este no representado por el concepto de doble imagen interna, sino por el concepto que denomina como ambivalencia humana, en la que los impulsos tienen doble tendencia Amor y Odio, los cuales están dirigidos hacia un mismo objeto, en este caso a la madre.

El recién nacido en el momento de manipular la cavidad labios-lengua sobre la mama percibe felicidad; por ello es natural que recurra a los labios cuando desea recapturar aquel estado de bienestar al sentirse nuevamente hambriento, entrando en juego la zona erógena de la boca sintiendo placer; sin embargo, en la LM existen otros factores que enaltecen dicha práctica.

Al nacer el bebé, tiene que hacer un gran número de ajustes para adaptarse al mundo que acaba de entrar; lo lógico es hacerle la transición lo más grato posible.

La lactancia establece vínculos profundos entre madre-hijo, aunque el proceso de vinculación recíproco entre ambos es continuo, las primeras experiencias son esencialmente importantes. Ambos tienen un efecto troquelado recíproco: registran imágenes táctiles, olfatorias y visuales.

La necesidad instintiva de protección y nutrición del bebé es especialmente fuerte.

La interacción táctil y visual es muy importante ya que la piel es el órgano más extenso y el recién nacido es consciente y perceptivo.

El recién nacido debe permanecer en brazos de su madre: Este es un período crítico que puede tener efectos de larga duración en la formación del vínculo madre-hijo.

La LM es de naturaleza simbiótica y diádica; la madre reacciona a la vista, al olor, al llanto y a la cercanía de su bebé. Por medio de la piel ella responde con placer al estímulo del pezón y de las contracciones uterinas causadas por la succión cuando amamanta con una actitud positiva.

Hay muchas ventajas de ponerse al bebé al pecho tan pronto nazca; el contacto piel a piel le proporciona una sensación de seguridad cuando sufre de angustia o temor por ruido, luz, movimientos bruscos, etc. Es imprescindible que la piel de la madre esté en contacto con la piel del bebé desde los primeros momentos; esto prepara al niño para un buen desarrollo. Al respecto Aberastury, (1991) refiere que "la pérdida de la experiencia de estar dentro del vientre materno se mitiga con un buen contacto físico, el cual, justamente, le permite elaborar la pérdida. Esta relación es totalmente necesaria luego del nacimiento, y

sólo de manera gradual podrá ser reemplazada por otras formas de contacto". La carencia de esta relación satisfactoria trae como resultado trastornos en el contacto con la realidad.

Al ser amamantado el bebé escucha los latidos del corazón de su madre al que se habituó durante los meses en que vivió dentro de ella, y pone en juego sus cinco sentidos, pues la ve, la escucha, la huele y saborea su leche, puede tocarla y ser tocada por ella y todas estas experiencias van configurando en su mente la imagen de la madre; de ahí que la mamá y la LM constituyan un aspecto básico en la etapa oral del bebé ya que desde su nacimiento hasta aproximadamente el segundo tercio de su primer año de vida, el interés de este se centra casi de modo exclusivo en su madre.

El contacto largo y prolongado de los primeros momentos de la vida de un niño con su madre, debe continuar evolucionando a través de los meses subsecuentes. Durante el primer año de vida el niño por medio de los cuidados de sus padres, valorará a la persona que satisfaga sus necesidades por encima de los demás y experimentará la sensación de ser amado incondicionalmente. Sin este apego el niño tendrá dificultades para encontrar su lugar en el mundo, no quiere decir que el apego se de sólo en el amamantamiento, obviamente el niño alimentado con el biberón interactúa con la mamá, pero se insiste en que en la LM entran en juego más factores que benefician en mayor medida al bebé. Cuando se hayan satisfecho las fuertes necesidades de dependencia de los primeros meses de vida del infante, a éste le será más fácil descubrir el mundo.

Desde que Freud inició sus estudios sobre el desarrollo psíquico de los individuos, abrió toda una nueva perspectiva respecto a la forma de interpretar o explicar las características y el curso de dicho desarrollo. Bajo sus principios teóricos, por primera vez se atribuyó a la infancia un rol determinante del

desarrollo posterior, buscándose los orígenes de las alteraciones del comportamiento adulto en las experiencias tempranas.

Aplicando estas observaciones, la investigación científica en el campo de la clínica y la psicología del desarrollo, conciben a la edad de la lactancia y primera infancia como un periodo crucial en el desarrollo no sólo de las características emocionales y sociales, sino también de las funciones cognoscitivas. Entre estos autores están: Gesell quien lo abordó desde un punto de vista normativo; Piaget, con su enfoque cognoscitivista; Bijou, con una posición conductual y Vigotsky, con una postura psicosocial.

Así, se puede decir que desde que el niño nace está sujeto a una serie de necesidades que se presentan a manera de satisfacción primaria, en este sentido debido a su estado de inhabilidad física. La alternativa de proporcionar la satisfacción de tales necesidades, está a cargo de las personas adultas en especial de la mamá, estableciéndose entonces una vinculación entre el crecimiento y desarrollo del bebé con lo proporcionado por el adulto.

Este desarrollo que al inicio se verá caracterizado por proporciones de supervivencia material, verá su crecimiento en nuevas características de orden emocional, afectivo y cognoscitivo.

Todas las ventajas que se han descrito explican por qué a pesar del apoyo de la ciencia y de la tecnología, la lactancia artificial no iguala y mucho menos supera la LM.

Después de tres o cuatro décadas de abandono de la LM, las mujeres se están volviendo a esa forma natural de criar a sus hijos. Este hecho debería llamar la atención de nuestra sociedad altamente tecnificada, obligándola apercibir que la leche humana cumple otras funciones además de la alimentación, es decir,

satisface gran cantidad de necesidades biopsicosociales de la familia, la madre y por supuesto del niño.

Las ventajas de la LM son tantas que vale la pena que la sociedad las promueva y respalde decididamente.

Superar los obstáculos y alimentar al niño exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses, compensará estos esfuerzos y tendrá un efecto positivo en la salud integral de la madre y el niño.

C. RETORNO A LA LACTANCIA MATERNA.

Por diversas razones psicosociales, económicas y culturales entre las que se encuentra el hecho de que las mujeres comenzaron a trabajar fuera de casa; la adopción de actitudes culturales en las cuales los senos femeninos tienen un papel estético y erótico; la industrialización de alimentos que produjo diversas fórmulas lácteas apoyadas por grandes cantidades de propaganda comercial; y el traslado de los nacimientos a los hospitales donde las madres son separadas de sus bebés y estos alimentados con SLM impidiendo el contacto precoz de ambos, en muchos países ha disminuido la prevalencia y la duración de la lactancia natural.

Con la introducción de las modernas tecnologías y la adopción de nuevos modos de vida, en muchas sociedades ha disminuido claramente la importancia que se concede a esta práctica.

Mandl, (1983) refiere que durante el siglo XIX se realizaron en Europa algunos estudios médicos cuyos resultados indican que los índices de mortalidad y de morbilidad infantil eran más bajos entre los niños alimentados al pecho que entre los alimentados con biberón, siendo esto como se mencionó anteriormente una

ventaja fisiológica y que en los últimos quince años se ha efectuado en todo el mundo una creciente cantidad de investigación científica acerca de las propiedades de la leche humana. Refiere que los fabricantes de SLM, no han sido capaces de reproducir todas las características de ésta, en particular sus cualidades nutricionales, bioquímicas, antialérgicas, anti-infecciosas e inmunológicas específicas.

Observaciones científicas realizadas en una variedad de ambientes, indican que los infantes alimentados al seno tienden a mostrar un índice de morbilidad más bajo que los criados con biberón. Tal es el caso de un estudio realizado por Lepage y Munyakasi, (1980) en Ruanda, una comunidad africana donde se realizaron investigaciones basadas en el número de hospitalizaciones y mortalidad infantil; encontrando que la protección contra diversas infecciones conferida por la leche humana, disminuye la morbi-mortalidad en mayor medida que los alimentados con biberón.

En los países en desarrollo, el uso de SLM presenta aún mayores riesgos de salud que cuando fueron introducidos en Europa, dadas las diferencias de ambiente y de clima, la falta de agua potable y las diferencias para la esterilización, debidas a la carencia de combustible y otras necesidades básicas. El costo de las fórmulas que se venden comercialmente agrava tales circunstancias, su precio de venta es desproporcionado en relación con los escasos recursos de la gran mayoría.

Las familias pobres del mundo en desarrollo sufrieron aún más al desechar la LM. Los SLM que habían recibido sin cargo en las maternidades se convirtieron rápidamente en un hábito que mermara en sus ingresos. Pocos eran los hogares que podían esterilizar biberones; la pobreza obligó a las madres a diluir el

producto a menudo con agua contaminada o a recurrir a productos más baratos con muy poco valor nutritivo.

Como resultado de ésto aumentaron la malnutrición, las infecciones, las enfermedades diarreicas y varios problemas más.

Ante dichas situaciones y con la creciente convicción de la necesidad de proteger la alimentación al pecho, algunos profesionales de la salud, grupos organizados como la Liga de la Leche y personas con influencias en las políticas nacionales de diversos países como ministros de salud, etc., han reconocido la necesidad de promover la LM.

Desde hace muchos años en diversas regiones del mundo en desarrollo, el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), coopera en diferentes actividades y servicios en favor de la LM y de prácticas apropiadas de alimentación complementaria, basándose en varios estudios como el que realizó en Brazil Victoria y Vaughn, demostrando 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. (Victoria y Vaughn, 1981).

Con éstos y otros estudios la Organización Mundial de la Salud (OMS) en conjunto con UNICEF, se reunió en 1979 para elaborar un proyecto de resoluciones que protegieran la LM, cuya formulación definitiva fue el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (ver anexo 1). Este fue promulgado por la OMS en mayo de 1981 y firmado por casi todos los países pertenecientes a dicha organización. El código reglamenta las técnicas de publicidad, promoción y venta de la leche de fórmulas infantiles en todo el mundo.

Si bien todas las medidas que ayuden a las mujeres a salvar y mejorar la vida de sus hijos son aconsejables, ahora se ha creado un clima particularmente favorable para que los encargados de la atención sanitaria en todo el mundo, vuelvan a comprender los beneficios inigualables de la alimentación natural, debido a que la Convención de los Derechos del Niño que entró en vigor en 1990, estipula la obligación jurídica de los estados a otorgar a las madres y familias el conocimiento necesario para poder practicar la LM.

Ese mismo año, treinta y dos gobiernos y diez organizaciones de la ONU, firmaron la Declaración de Innocenti, un acuerdo unánime sobre la necesidad de que se aproveche y se apoye en todo el mundo la LM. La declaración hizo suyas las recomendaciones de expertos de que el amamantamiento debería ser la alimentación exclusiva de los bebés durante los primeros cuatro a seis meses de vida y de que hasta después del segundo año los niños deberían recibir leche materna y alimentos complementarios.

El UNICEF y la OMS, instituciones preocupadas por el bienestar del niño, seleccionaron doce países en vías de desarrollo (México, Bolivia, Costa de Marfil, Egipto, Gabón, Nigeria, Pakistán, Tailandia y Turquía), para que realizaran esta iniciativa llamada en todo el mundo **Hospitales Amigos de la Niñez**.

Estos países subdesarrollados fueron elegidos para que recibieran ayuda especial (información, materiales didácticos, recursos económicos, etc.) de las organizaciones internacionales, esto no quiere decir que los países desarrollados no estén fomentando la LM, lo que pasa es que éstos no requieren de dicho apoyo. Todos los países miembros de la ONU están desarrollando el programa considerado como una estrategia mundial para mejorar la salud del niño. (Montaño, 1992).

En 1990 setenta y un jefes de Estado y de Gobierno acordaron en la Cumbre Mundial en favor de la infancia, una serie de objetivos para la niñez y el desarrollo, que deberían cumplirse durante esta década; estableciendo posteriormente dentro de los planes de acción, alta prioridad a la restauración de un ambiente en que todas las mujeres puedan amamantar a sus hijos. Estas iniciativas fueron posibles gracias al trabajo tenaz a lo largo de muchos años de autoridades sanitarias y grupos de profesionales.

Cuando dirigentes mundiales se comprometieron por escrito a lograr objetivos específicos de alimentación natural, se fundó la Alianza Mundial pro Lactancia Materna en febrero de 1991. Apenas tres meses después de la Asociación Internacional de Fabricantes de Sucedáneos de Alimentos para Niños, se comprometió a poner fin a la distribución gratuita o a bajo costo de SLM en los hospitales y centros de maternidad del mundo en desarrollo para fines de 1992.

En septiembre de 1991, al cumplirse el primer aniversario de la Cumbre Mundial en favor de la infancia, se llevó a cabo una importante reunión de todas las fuerzas que tienen influencia sobre las políticas y prácticas relacionadas con el amamantamiento. (UNICEF, 1990).

A pesar de la variedad de intereses allí representados, todos los asistentes coincidieron en que los padres y madres así como comunidades y profesionales de la salud, deben estar concientes de la importancia persé de la LM, llegando a la conclusión de que era necesario re-orientar la influencia de los hospitales y maternidades y que solamente un esfuerzo mundial podría eliminar los obstáculos al amamantamiento y devolver a las madres la posibilidad de brindar a sus hijos el comienzo saludable que merecen.

Todos los acuerdos mundiales hacen que hoy día la LM cobre fuerza, comenzando poco a poco a colocarse en un tema de interés común.

1. HOSPITALES AMIGOS DE LOS NIÑOS.

La iniciativa de la UNICEF y la OMS fijó el objetivo de que en cada uno de los países iniciadores funcionaran por lo menos dos hospitales amigos de los niños para febrero de 1992 y que en todos los demás países se plegaran a la iniciativa la mayor cantidad posible de hospitales para fines de 1992.

Ambas organizaciones saben perfectamente que existen bebés en varias comunidades del mundo que nacen lejos de las instituciones de salud, pero también comprenden la influencia profunda de los hospitales, (sobre la práctica de la LM) piezas claves de los sistemas nacionales de salud. Es allí donde el personal de salud fija las pautas nacionales en materia de sanidad; también es cuando la población debería aprender a proteger, fomentar y apoyar la LM.

Debido al acelerado proceso de urbanización, nacen más bebés en los hospitales y estos tienen que atender un número cada vez mayor de pacientes, los que son día a día menos educados en cuestión de salud; siendo de esta manera el sector más vulnerable a las fuerzas que inhiben el amamantamiento.

Los expertos en nutrición, salud y desarrollo infantil, coinciden en que la LM es el método más eficaz para otorgar al bebé una alimentación completa que lo protega de infecciones y enfermedades. A pesar de ello, la mayoría de los hospitales y centros de maternidad dificultan que las madres puedan amamantar a sus hijos; en muchos caos dependen de los SLM, que reciben en forma gratuita o a precios muy rebajados, y separan a la madre del bebé inmediatamente aún antes de que la madre tenga oportunidad de amamantarlo para darle un SLM u otro líquido.

De esta manera, a pesar de los conocimientos científicos acerca de la LM, la mayoría de las instituciones sanitarias han quedado rezagadas en el fomento a esta práctica.

El concepto de hospitales amigo, se basa en dar prioridad a las necesidades de la madre y del recién nacido. Para que la institución pueda ser declarada como tal, debe poner en práctica todos y cada uno de los diez pasos hacia una lactancia materna feliz, elaborados por el UNICEF y la OMS. (ver anexo 2).

Dichos hospitales ponen en práctica estas directivas al mismo tiempo que brindan buena atención antes, durante y después del parto; tratan a la madre con dignidad y le proporcionan información fehaciente como parte integral de sus actividades. Entre las prácticas establecidas en ellos, figuran la inmunización contra enfermedades susceptibles de prevención mediante vacunación, educación sobre las salas de rehidratación oral para tratar la deshidratación causada por las diarreas, acceso de los pacientes a esas salas y programas de vigilancia del crecimiento y desarrollo normal de los niños. (UNICEF, 1990). Los hospitales amigo, marcan el rumbo hacia un mundo que favorece la LM.

2. LA RESPUESTA MEXICANA.

El UNICEF afirma que más de un millón de vidas infantiles podrían ser salvadas cada año en los países en vías de desarrollo estableciendo un adecuado programa de apoyo a la LM. De acuerdo con estimaciones de la OMS en 1989, el riesgo global de muerte para lactantes que no reciban la leche materna es por lo menos el doble del que existe para los que han sido exclusivamente alimentados al seno materno. Sin embargo, la misma

organización refiere que desgraciadamente la duración de esta práctica ha disminuido severamente. (DGSMI/SS, 1991).

En México, al igual que en otros países del mundo, factores como la incorporación de la mujer al trabajo, los hábitos erróneos en la formación del personal de salud, las prácticas indiscriminadas para introducir y promover el uso de leches artificiales, así como la migración de familias del campo a la ciudad, que promueven cambios en su forma de vida, destacan como los motivos que han hecho retroceder notablemente el fenómeno natural de amamantar. Como ejemplo tenemos, la investigación realizada en 1973 por Franco y Toca, quienes entrevistaron a 5011 madres cuyos niños tenían una edad igual o menor a doce meses; en él sondearon las causas por las cuales la población prefiere los SLM; esta investigación se realizó en centros de salud de todas las delegaciones del D.F. Los resultados mostraron como principal causa del destete a la deficiente secreción láctea en 56.5 % de los casos, habiendo ocupado el segundo lugar en importancia la suspensión por indicación médica 19.8 %. Curiosamente la opinión del 80.1 % de las madres fue que la leche materna constituye el mejor alimento para el lactante.

Las prácticas hospitalarias que más atentan contra la LM son la separación de madre-hijo al nacer durante su estancia en el hospital; la alimentación rutinaria con biberón y la demora en ofrecerles el seno después del parto; los horarios rígidos de alimentación y algo sumamente importante el desconocimiento sobre el tema por parte del personal de salud cuando se trata de aconsejar a la mamá y la promoción de SLM por medio de distribución gratuita.

Este contexto y el hecho de que las madres no reciben información adecuada sobre las ventajas del amamantamiento por parte de los agentes de salud,

favorecen y ceden espacio a lo que se denomina cultura del biberón, lo cual dificulta quebrar el círculo vicioso que atenta contra dicha práctica.

La ruptura de esta situación puede lograrse creando un entorno de toma de conciencia y apoyo para que las mujeres lacten a sus hijos de manera exclusiva hasta los cuatro o seis meses de vida y luego continúen la lactancia complementando su dieta con otros alimentos.

En el caso de nuestro país, se sabe que son muy pocas las opciones ofrecidas a las mujeres embarazadas o parturientas con respecto a la LM; igualmente se promueve el distanciamiento en las instituciones manteniendo a los bebés en los cuñeros donde les alimentan con solución glucosada, té o SLM.

Considerando la repercusión directa y decisiva de la LM sobre la salud materno infantil, el 28 de mayo de 1991, la Secretaría de Salud a través del acuerdo número 95, publicó en el Diario Oficial de la Federación, la creación del **Comité Nacional de Lactancia Materna**, cuyo propósito es "contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad infantil a través de la promoción y fomento de la lactancia natural". (DGSM/SS, 1991).

Esta decisión de las autoridades mexicanas ha coincidido con el lanzamiento de la iniciativa de los hospitales amigos de la niñez en doce países del mundo, promovida conjuntamente por la OMS y el UNICEF, y con el acuerdo de la Asociación Internacional de Productores de Alimentos Infantiles, de suspender la distribución gratuita de estos productos.

Por tanto, nuestro país inició un programa que promete ser de gran envergadura. En su elaboración se ha incorporado la experiencia de organizaciones internacionales, gobiernos e instituciones privadas; cuenta con el más decidido apoyo de las autoridades e intenta abordar las áreas reconocidas

como críticas y que suelen ser los obstáculos principales para el rescate de la LM como un hecho natural que protege y beneficia a los niños y a la mujer.

En junio de 1991, en la Segunda Reunión de Seguimiento y Evaluación del Programa Nacional de Acción para el cumplimiento de las metas de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, efectuada ante el presidente de México; el director del UNICEF presentó la iniciativa Hospital Amigo del Niño, preparada por la OMS y el UNICEF, con la finalidad de rescatar la práctica de la LM así como promoverla como alimento exclusivo durante los primeros cuatro a seis meses de edad.

La propuesta formulada fue acogida por la Secretaría de Salud de México, con la convicción de que ésta medida contribuirá de manera muy importante a dar cumplimiento a las metas de la Cumbre Mundial y su Programa Nacional de Acción, cuyo objetivo final es reducir la morbi-mortalidad materno infantil.

Partiendo de la decisión política de las autoridades de salud, se generó una dinámica de trabajo encabezada por la Dirección General de Salud Materno Infantil (DGSMI), en la que intervinieron las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud Mexicano y el UNICEF; también se contó con la participación de la Organización Panamericana de Salud y la OMS, así como la Liga de la Leche A.C. (DGSMI/UNICEF, 1991).

Una de las primeras decisiones adoptadas se refiere a la concepción y denominación del programa. Hubo consenso en que la población de interés para esta iniciativa son las madres y el niño, dado el indisoluble vínculo existente entre ambos desde antes del nacimiento, lo que demanda una atención integral para los dos.

Por este motivo, el programa fue diseñado teniendo como eje central los diez pasos para una lactancia exitosa incorporando además otras quince acciones

relacionadas con la salud de la madre y el niño, a fin de reforzar otras medidas que favorecen la salud. El nombre que se dió al programa en concordancia con su orientación y contenido es: Hospital Amigo del Niño y de la Madre, contando ya con un total de veinticinco acciones. (ver anexo 3).

Un elemento que debe ser destacado, es que la iniciativa quedó inscrita en el programa de Atención Materno Infantil, asegurándose con ellos su incorporación a las acciones que el Sistema Nacional de Salud impulsa regularmente.

Desde su inicio la iniciativa fue concebida para ser ejecutada a escala nacional y en todas y en cada una de las nueve instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud.

La Secretaría de Salud, a través de la DGSMI, ha puesto en marcha el programa Hospital amigo, dirigido a todas las instituciones del sector salud en el cual promueve y fortalece las veinticinco acciones que han demostrado desde el momento del nacimiento, ser los instrumentos más útiles para proteger miles de vidas infantiles y maternas.

El programa establece un modelo de atención hospitalaria para que la madre y el niño reciban servicio con calidad y calidez. Tienen como eje fundamental la LM y el alojamiento conjunto, de tal manera que el bebé reciba los beneficios de la LM exclusiva. (SS/DGSMI, 1992).

Contempla también otras medidas vitales de atención materno infantil como la inmunización universal, vigilancia del crecimiento y desarrollo, hidratación oral, detección y control de enfermedades respiratorias, detección del cáncer mamario y cérvico uterino, así como acciones de capacitación e investigación.

Este modelo tiene la ventaja de facilitar una mejor coordinación entre los distintos niveles de los servicios hospitalarios y permite la transmisión fluida de mensajes relacionados con la promoción de la LM cada vez que una mujer acude

al hospital; tanto para su control prenatal, como para la atención del parto, puerperio y consultas pediátricas posteriores.

Buscando la atención integral al binomio, se decidió que en México se denominara a estos hospitales Amigos del Niño y de la Madre, en donde se debe practicar normalmente el alojamiento conjunto con todos los recién nacidos y aconsejar a las madres que alimenten a sus bebés a libre demanda, - ya que es común que lo quieran alimentar cada dos o tres horas forzosamente -, promover la LM exclusiva y no administrar a los lactantes ningún otro alimento o bebida que no sea leche natural; establecer programas de capacitación y educación para la salud, de manera sistemática y permanente, lo que hara posible desarrollar una verdadera cultura de LM con cambios de actitud en el personal de salud y en las mamás.

El eficaz y cotidiano cumplimiento de estas acciones en favor de la LM y por lo consiguiente de la salud integral del binomio, transforman a los servicios hospitalarios en amigos del niño y de la madre, al mismo tiempo experiencias ya sistematizadas permiten evaluar con mayor exactitud el impacto de dicha práctica en aspectos como morbi-mortalidad, costos y aspectos operativos de la unidad hospitalaria.

La Secretaría de Salud considera que los hospitales y las maternidades, son los puntos de partida de la iniciativa nacional de salud; sin embargo, es necesario que toda la sociedad participe en esta tarea.

Es por ello que para que México cuente con Hospitales Amigos del Niño y de la Madre en todo el país, la Secretaría de Salud se ha propuesto:

- Garantizar que todos los hospitales promuevan las 25 acciones.
- Hacer cumplir todos los artículos del Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna.

- Hacer cumplir las leyes de protección de los derechos de los trabajadores, a la lactancia natural.
- Educar a las comunidades para que reconozcan la contribución de las mujeres a la salud de sus hijos.
- Facilitar las políticas de atención prenatal, mejorar los servicios obstétricos y métodos de atención de parto y lograr un mayor respeto del profesional de salud hacia el paciente.
- Brindar a las mujeres servicios de asesoramiento sobre lactancia materna y espaciamiento de nacimientos.
- Incentivar la participación de dirigentes comunitarios, religiosos y políticos, en el fomento de la atención primaria de la salud, educación sanitaria preventiva y facultar el derecho de las madres para el cuidado de sus hijos. (SS/DGSMI, 1992).

La LM necesita tener una cultura que la apoye y la practique para poder recuperar su fuerza natural.

3. ALOJAMIENTO CONJUNTO: OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS.

La atención hospitalaria del parto trajo múltiples beneficios, demostrados por el rápido descenso de la mortalidad materna e infantil. Los avances logrados en la incorporación de la tecnología, permitieron también elevar la calidad de los servicios en la etapa perinatal y en la actualidad nuevos métodos y técnicas continúan desarrollándose para lograr una mejor sobrevivencia.

Sin embargo, la atención hospitalaria también trajo consigo la inclusión de normas y procedimientos institucionales que afectaron a la familia, basados fundamentalmente en la necesidad de facilitar la prestación de los servicios por

parte del personal. A este cambio se fueron agregando los efectos de la especialización, que organizó la atención en áreas diferentes y por personal específico.

En el caso del parto, en donde intervinieron por lo menos las especialidades de obstetricia y pediatría, la atención durante el internamiento se fue desarrollando por separado para la madre y el bebé.

Hoy en día, en una buena parte de los hospitales de nuestro país madre e hijo continúan siendo atendidos bajo estos criterios con motivo del parto. Si bien es cierto que se permite que la madre observe a su hijo a través de un cristal o que se lleve por unos minutos a su habitación mientras permanece internada, la realidad es que ambos sólo se vuelven a reunir poco antes de egresar de la institución.

Una vez que termina la atención del parto se procede a enseñar al recién nacido a su madre, con una breve explicación de sus condiciones al nacimiento y posteriormente pasan cada uno a salas diferentes, independientemente del estado de salud. (IMSS, 1992).

La madre pasa a una habitación sola o con otras madres para vigilar su evolución, en tanto que el niño es llevado a un cunero para continuar su atención.

El tiempo de hospitalización es variado desde horas hasta días y todo ese tiempo se le priva del calor y seguridad materna.

Este tipo de atención junto con otros factores ha repercutido de manera sustancial en la mayor frecuencia del abandono de la LM.

Si bien es cierto que la gran mayoría de las mujeres puede amamantar a sus hijos, la realidad es que cada vez un número mayor de ellas optan por la alimentación de leches industrializadas, por el desconocimiento de los múltiples beneficios que aporta la LM.

A medida que se ha adquirido la experiencia y se ha obtenido confianza al comprobar los beneficios de esta práctica; los requerimientos han sido simplificados y el personal de salud ha modificado sus actitudes, transformándose en promotor de esta forma de atención.

Esto ha sido posible gracias a la creación de servicios intrahospitalarios denominados: **Alojamiento Conjunto**, el cual implica que la madre y el hijo sean alojados en la misma habitación y que durante su estancia hospitalaria se les brinde atención y se favorezca el vínculo madre-hijo precoz y permanente.

Durante el internamiento se enseña a las mujeres técnicas de amamantamiento, las ventajas de dicha práctica y los aspectos más importantes de los cuidados del recién, de tal suerte que la ganancia es mayor en términos de educación para la salud y satisfacción de la madre y de su familia.

Ante esto, la Secretaría de Salud y la DGSMI, editaron el manual de alojamiento conjunto y lactancia materna constituyendo una guía que facilite el establecimiento de este programa en las unidades de salud, en donde se atiende el parto, cuyos planteamientos son los siguientes:

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL.

Contribuir a mejorar la salud de la madre y el bebé así como la calidad y calidez de la atención perinatal mediante la instalación de alojamiento conjunto y promoción de la LM en todas las unidades donde se atiende al binomio madre-hijo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Favorecer el contacto inmediato y la relación afectiva madre-hijo desde el momento del nacimiento y evitar la separación después del parto.
- Fomentar la alimentación al seno materno evitando la malnutrición.
- Aprovechar al máximo los recursos humanos y materiales en la atención del embarazo, parto y después del parto, favoreciendo la atención humanitaria al binomio.

ESTRATEGIAS:

- Difundir el manual de alojamiento conjunto a las autoridades estatales, jurisdiccionales, directores, etc., para su conocimiento y promoción entre el personal a su cargo.
- Capacitar al personal operativo involucrado en la atención materno infantil.
- Realizar cursos formales de capacitación y reuniones técnicas en los niveles nacional, estatal y jurisdiccional.
- Promover la elaboración de un programa de enseñanza en alojamiento conjunto y LM que aproveche la experiencia de las unidades hospitalarias que llevan el programa.
- Difundir entre la población, a través de los medios de comunicación las ventajas de la LM.
- Promover las investigaciones sobre las ventajas técnicas y administrativas del alojamiento conjunto.
- Motivar a la comunidad para la formación de grupos de apoyo organizados en pro de la LM.

El alojamiento conjunto y la LM se promueven en todo el país a partir de 1990 y se desea que operen en el año de 1994 en el 90 % de las unidades en donde se brinde la atención materno infantil. (S:S, 1991).

CAPITULO II
LA LABOR DEL PSICOLOGO EN EL
PROGRAMA:
RETORNO A LA LACTANCIA MATERNA

La educación ha sido impulsada desde tiempos remotos como una estrategia tendiente a concientizar y responsabilizar al individuo de su propia salud, con el fin de tener actitudes y prácticas positivas para mantenerla, demandar atención oportuna para restaurarla y buscar el mejor estado de salud posible.

En la actualidad se promueve con carácter de prioridad la atención primaria de la salud, en la que se incluye como principal componente a la educación para la salud. Es aquí, donde el psicólogo a la par de otros profesionales de esta área (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, entre otros) por su formación para saber detectar y promover, así como sus características y trascendencia adquieren relevancia dentro de este contexto.

Si se utiliza la capacidad de comunicación disponible para informar y apoyar a los profesionales y a la comunidad sobre conocimientos básicos de salud, éstos podrían colaborar en salvar vidas protegiendo el desarrollo y la salud de muchos individuos.

Las actividades que ha tenido el Hospital de la Mujer en las acciones educativas en torno a un tema específico como es la lactancia materna (LM), ha desembocado en la necesidad de cumplir con un programa implementado en dicha institución y dirigido tanto al personal médico y paramédico, como a la comunidad usuaria, contando con el apoyo del psicólogo con la misión de contribuir a mejorar la calidad de vida de los niños, las madres, el núcleo familiar y la sociedad; a través de la reactivación y fortalecimiento de la LM en forma continua y progresista.

A. EL PSICOLOGO EN LA INSTITUCION.

HISTORIA DEL HOSPITAL DE LA MUJER.

En el siglo XVI existían en la ciudad de México, capital de la Nueva España diversos hospitales encargados de la atención de enfermos; pero había un grupo considerable de la población (negros, mestizos y mulatos) que por diversas razones no encontraban albergue en ellos.

En 1582, un gran filántropo el Lic. en Medicina Don Pedro López, enterado de esta necesidad, fundó un hospital para su atención. El primer nombre que se le dió: Hospital de Nuestra Señora de los Desamparados, fue reflejo fiel de la situación que guardaba ese grupo de enfermos.

Desde su fundación hasta 1624 permaneció bajo el cuidado deboto de Don Pedro y de su hijo después, hasta que el 25 de febrero de 1624 los hermanos de la Orden de San Juan de Dios tomaron posesión del hospital iniciándose así la época más importante de su historia, llegando a ocupar el primer lugar de América. Cabe mencionar que los medios para sostener el hospital los obtenían recorriendo la ciudad de puerta en puerta implorando la caridad pública.

Por diversas circunstancias en 1820, después de dos siglos el hospital deja de estar bajo el cuidado de los Juaninos, viviendo entonces la peor época ya que llegó a contar sólo con ocho camas.

La llegada de la Orden de las Hermanas de la Caridad vino a iniciar un nuevo florecimiento no sólo en dicho hospital, sino en la vida de los hospitales de México, siendo en el año de 1844 cuando el hospital queda bajo su cuidado.

Como consecuencia de la reglamentación de la prostitución durante el gobierno del Archiduque de Austria, se le dedicó a la atención de enfermas con padecimientos venéreos (1864).

Las Hermanas de la Caridad permanecieron en el hospital hasta 1874. Un año después, recibe el nombre de Hospital Morelos siendo la época en la que se inicia su consolidación científica y técnica, reglamentándose en este año como hospital para prostitutas e iniciándose entre 1900 y 1910 la cirugía ginecológica.

En 1914 el diputado Querido Moheno, pide que se quite el presupuesto al hospital y a la inspección de sanidad por considerar envilecedor el control e inspección de las prostitutas. Pasa entonces el edificio del hospital a manos de la junta de damas católicas, quienes lo convierten en asilo y hospicio para papeleros y mendigos, transformándose casi de inmediato por necesidades de la revolución en hospital de sangre.

Entre 1914 y 1930 se implanta la cirugía vaginal, se funda la sala de maternidad y en ella se imparte la cátedra de Obstetricia de la Escuela Nacional de Medicina.

En 1940 se deroga la ley de reglamentación de la prostitución y el hospital deja de ser para prostitutas y pasa a ser hospital para enfermedades venéreas, tanto para hombres como para mujeres.

En 1948 se convierte en hospital general de libre concurrencia para mujeres; inaugurándose en 1949 el servicio de cancerlogía.

En 1950 inician cursos de gineco-obstetricia para estudiantes de la escuela nacional; incrementándose también la organización y apertura de nuevos servicios. En 1957, se realizaron obras de reconstrucción de algunos servicios y en consideración al hecho de que el hospital se ha dedicado desde los tiempos coloniales y casi en forma ininterrumpida a la atención de mujeres enfermas, se le

pone el nombre de **Hospital de la Mujer** Jesús Alemás Pérez, convirtiéndose así en un centro de atención médica en diferentes especialidades.

Para 1960 son tres sus actividades fundamentales: ginecología, obstetricia y cancerología ginecológica.

En marzo de 1966 se clausuró el antiguo Hospital de la Mujer en avenida Hidalgo número 42, trasladándose personal e instalaciones al edificio que actualmente ocupa en Prolongación Salvador Díaz Mirón número 374 Col. Santo Tomás, Delegación Miguel Hidalgo. (SSA, 1974).

A partir de entonces se inicia una nueva época acorde con los adelantos de la medicina y de la administración médica.

Son múltiples las actividades para la enseñanza que el hospital presta en este momento y su progreso y rendimiento se encuentran en una fase de paulatino ascenso.

ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO.

GENERALIDADES:

El Hospital de la Mujer pertenece a la Secretaría de Salud, depende de la coordinación general de hospitales, centra sus servicios en la atención médica de la mujer y del recién nacido de partos atendidos en dicha institución. Destinado principalmente para la población de escasos recursos que no está protegida por los servicios de seguridad social del país.

OBJETIVOS:

La finalidad principal de la institución es la de contribuir a disminuir la morbilidad y mortalidad de la mujer y el recién nacido.

FUNCIONES:

- Prevención de enfermedades y sus complicaciones en cualquier etapa de la vida de la mujer y el recién nacido de partos atendidos en el hospital.
- Diagnóstico y tratamiento de dichas enfermedades y complicaciones.
- Atención de partos.
- Rehabilitación del paciente.
- Investigación y enseñanza médica y paramédica.

CARACTERISTICAS FISICAS:

La construcción es de tipo vertical con un edificio central que consta de planta baja y cuatro pisos orientados de sur a norte; cuenta también con varias áreas anexas al edificio como son: la unidad tocoquirúrgica, calderas, patología, departamento de enseñanza, residencia de médicos, taller de mantenimiento, almacén general y sección sindical.



CARACTERISTICAS POBLACIONALES:

Por el tipo de pacientes atendidas así como el número de ellas, se considera un hospital de concentración masiva, donde el 87 % de las pacientes atendidas, corresponden al área de gineco-obstetricia, el 63 % son residentes del D.F. y el 37 % restante de 18 estados del interior de la república.

Son pacientes de bajos recursos económicos, dominando el nivel de ingresos por abajo del salario mínimo; en general con un nivel de escolaridad bajo, el 17 % analfabeta y un 10 % cuenta con estudios a nivel secundaria o equivalente a carrera comercial. *1

PORCENTAJE DE ESTANCIA:

El hospital tiene una capacidad de 491 camas, de las cuales 248 son censables (camas para estancia permanente) y 243 no censables (camas para estancia transicional).

El porcentaje ocupacional en general del servicio en todo el hospital es de un 80 % diariamente. El promedio de estancia de pacientes es de:

- 1 día pacientes de partos.
- 3 días pacientes de cesáreas.
- 5 días pacientes de servicio de ginecología.
- 30 días pacientes de servicio de cancerología.

Cabe mencionar que dicha institución esta clasificada como de segundo nivel, esto es el sector salud clasifica a sus instituciones por niveles:

- Primer nivel: corresponde a clínicas y centros de salud.
- Segundo nivel: instituciones que dan consulta general y especializada pero

tienen especialización.

- Tercer nivel: instituciones de alta especialidad, es decir cuentan con personal y tecnología altamente especializada.

Dentro de la estructura organizacional del Hospital de la Mujer, no está contemplado el departamento de psicología, lo cual no quiere decir que no se necesite; tan es así que en las áreas de consulta externa desde 1990 se encuentran psicólogos que prestan su servicio social en el campo clínico, el cual lo realizan durante seis meses; encargándose de realizar interconsultas a pacientes en hospitalización (oncología, terapia intensiva, etc.) o bien a pacientes que acuden a consulta ambulatoria.

Otro servicio donde se inserta el psicólogo, es PREA (Programa Educativo para Adolescentes), el cual desde octubre de 1993 cambió su nombre a MAIA (Módulo de Atención Integral a Adolescentes), cuya información es orientar, informar y entrenar a madres adolescentes.

En base a que la institución está denominada como de segundo nivel, no se contempla un departamento de psicología en el organigrama institucional a pesar de que el profesional de la psicología se encuentra en activo en algunas áreas de la institución.

ORGANIGRAMA

(Ver anexo 4).

DESCRIPCION DEL AREA DE TRABAJO.

Antes de plantear las actividades realizadas, es preciso describir brevemente la cronología del servicio, así como las características físicas y administrativas del área.

CRONOLOGIA.

La práctica de estas acciones se inicia a partir de 1991, teniendo como antecedente la reunión del 6 de noviembre de 1990 en las oficinas de UNICEF - México, con el fin de promover la LM e invitar a un grupo de profesionales a la impartición de un curso sobre este rubro, en las instalaciones de Wellstar (Centro de capacitación en LM localizado en San Diego California). De esta manera asisten a capacitarse un médico pediatra, un gineco-obstetra y una enfermera quienes reciben el curso en febrero de 1991.

En el mes de julio del mismo año; el jefe del departamento de neonatología asiste al "Primer curso de capacitación para capacitadores en LM".

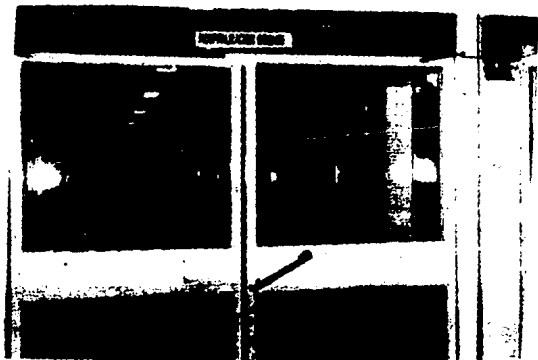
A raíz de esto, las autoridades del hospital inician la habilitación del servicio de alojamiento conjunto (A.C.), iniciando sus labores el 30 de julio de 1991.

En ese mismo año la institución ingresa al programa de Hospital Amigo, por lo que en octubre inician la promoción a nivel intrahospitalaria (información alusiva a LM mediante la distribución de carteles, manuales, trípticos, folletos, revistas y videos).

Ante esto, el 19 de noviembre de 1991 se le otorga a la institución la placa oficial que lo designa como Hospital Amigo del Niño y de la Madre, dando comienzo el adiestramiento al personal y pacientes del área de A.C. con el apoyo y asesoría de la Liga de la Leche.

CARACTERISTICAS FISICAS:

Se trata de un servicio que presta atención al vínculo madre-hijo, denominado **Alojamiento Conjunto**, localizado en el segundo piso ala oriente del edificio central del Hospital de la Mujer. Es un pasillo largo con dormitorios del lado derecho distribuidos en seis cubículos con ocho camas cada uno, a excepción del primero que cuenta sólo con cuatro camas, dando un total de cuarenta y cuatro camas.



Del lado izquierdo del pasillo se encuentra el control de enfermería con su respectivo escritorio de trabajo y su baño.



Por la estructura de las salas, se trata de dormitorios colectivos de cuatro a ocho camas cada uno, cuyo mobiliario es: una cuna, jarra y vaso y buroe para cada cama.



CARACTERISTICAS ADMINISTRATIVAS:

Alojamiento conjunto es un servicio que presta atención exclusiva a pacientes de post-parto y post-cesárea. El período de internamiento es de breve estancia, por lo general entre veinticuatro horas posterior al parto y setenta y dos horas posterior a la cesárea. Algunas pacientes permanecen más o menos tiempo antes de ser dadas de alta.

B. FUNCIONES REALIZADAS.

PRIMER PERIODO: LA FORMACION PROFESIONAL.

Como se destacó en el capítulo anterior uno de los factores básicos en la frecuencia y duración de la LM, lo constituye la posición que adopte el personal de salud y las prácticas utilizadas en los hospitales. Por lo tanto, es importante que dichas personas estén conscientes que su influencia es decisiva en este campo y estén preparados para proporcionar información y el apoyo necesarios.

El papel del personal de salud parece ser fundamental y la forma en que se desempeña depende mucho de la capacitación y entrenamiento recibidos, es decir de su formación y de la instrucción práctica lograda en el ejercicio de su trabajo o por medio del contacto con otros profesionales.

Es así que con la finalidad de estimular la concientización y la actitud social favorable frente a la LM, se inició el empleo de estrategias de educación para el personal de salud y para la población; adoptando, adaptando y buscando el cumplimiento de legislación y normas favorables a éste proceso de lactación.

Una de las estrategias básicas para motivar y lograr que las madres alimenten a sus hijos con su leche, es la educación. El amamantamiento es una destreza que las madres deben aprender; de ahí que ellas requieran de un apoyo especial por parte de los trabajadores de la salud en el sentido de resolver sus dudas y problemas facilitándoles el logro de una lactancia exitosa y prolongada.

Por tal motivo resulta indudable que si se desea cumplir con los objetivos del programa A.C., sea indispensable entrenar y formar al personal sobre la manera correcta de hacer sus labores para realizar un trabajo eficiente en pro de la LM.

El entrenamiento cobra cada vez mayor importancia dentro de las actividades de las organizaciones, dado que éstas tienen en el factor humano su recurso más valioso. Sin embargo, por las diferencias de los individuos que las integran, así como por el cambio característico de toda organización en desarrollo, es imprescindible adecuar las habilidades del elemento con los requisitos de las tareas que desempeña actualmente o que en el futuro realizará y esto sólo es posible en la medida en que adquiera conocimientos y desarrolle sus capacidades para lo cual consideramos que el entrenamiento es el auxiliar más valioso.

Al momento de entrar en operaciones el servicio de A.C., el departamento de enfermería realizó entre su personal, rotación de puesto momento en el cual la que suscribe fue integrada (como enfermera) realizando actividades psicológicas a dicha área, previa consideración de las autoridades que analizaron los beneficios que en la atención se podía brindar a la población, por contar con una persona que vincula el conocimiento adquirido en dos profesiones del área de la salud: enfermería y psicología.

Fue así, como se inició el ejercicio profesional dentro de A.C. en un campo que puede denominarse "psicoenfermería", con un número muy reducido de

pacientes (5-10), si se considera que la capacidad del área es para 44 binomios madre-hijo, que practicaban la LM durante su internamiento, así como un grupo de cinco enfermeras y una psicóloga que contaba sólo con escasa información que se tenía a la mano como folletos y trípticos cuyo contenido hacía alusión sólo a aspectos prácticos de la lactancia (cuidados del pezón, ventajas fisiológicas y duración).

La implementación de un cambio tan drástico en las actitudes hacia la alimentación con biberón por parte de la población difícilmente puede ocurrir sin que se presente algún tipo de resistencia. Es por esto que para la concreción del programa se llevaron a cabo estrategias educativas para reducir, amortiguar o eliminar dicha resistencia.

Una de estas estrategias fue la de capacitar poco a poco al personal del área, motivo por el que se asistió al III Simposium Internacional de la Lactancia Materna, en el mes de noviembre de 1991 (ver anexo 5) siendo la primera persona del turno vespertino en acudir a capacitación.

Mediante la información recibida, se adquirió la oportunidad de contar con nuevos conocimientos y habilidades sobre el tema; siendo aquí donde comenzó la vinculación de ambas profesiones esto es, se asiste a la capacitación como enfermera donde se asimila la información y al momento de implementar los conocimientos adquiridos éstos son transmitidos con una percepción diferente - desde el punto de vista psicológico -, analizando y dando un valor a factores que no son tomados en cuenta en el proceso de la lactancia como son: expectativas en cuanto al sexo del bebé, embarazos deseados y no deseados, la mitificación en torno a esta práctica y la influencia social que esto tiene para la madre, así como el cambio en el plano ideológico, mítico y actitudes estereotipadas que el retorno a la práctica de la LM implica.

Así, a la par de implementar los conocimientos adquiridos, se continuó informando por cuenta propia sobre el tema.

Posteriormente en enero de 1992, se giró una invitación por parte de la DGSMI, que se encarga de los programas del Hospital Amigo y LM en el país; para que personal operativo directamente involucrado en el programa, acudiera a una reunión de trabajo en el estado de Querétaro, por lo que las autoridades del hospital enviaron a una trabajadora social del área y a la que suscribe. Cabe mencionar que tal evento tenía como objetivo primordial congrega a profesionistas de enfermería y trabajo social de diferentes instituciones del sector salud (SSA, IMSS, DDF, Secretaría de Marina, PEMEX e ISSSTE), con el fin de vertir y analizar los problemas encontrados dentro de las instituciones, los cuales obstaculizan el cumplimiento del programa de LM; sin embargo a dicha reunión asistieron también tres médicos y una psicóloga, lo cual enriqueció al grupo por la diversidad de los comentarios.

En dicho evento denominado "Reunión Técnica de Enfermeras y Trabajadoras Sociales de los Hospitales Amigo del Niño y de la Madre", se realizó el compromiso de continuar reuniéndose un día de cada mes non del año, gestándose también la idea de realizar un congreso a nivel nacional.

Las reuniones continuaron encontrándose dentro de sus contenidos:

- Actualización de temas diversos sobre LM.
- Adiestramiento en técnicas como: ejercicios para pezón plano o invertido, posiciones para amamantar, extracción manual de leche, entre otras.
- Ventajas de la LM en el desarrollo del recién nacido. (ver anexo 6).

Continuando con la formación y adiestramiento recibido; en el mes de mayo de 1993, se obtuvo la información de que iniciaría un programa de grupos de apoyo en los hospitales amigo, promovido por la Liga de la Leche y la DGSMI, por

lo que se gestionó con las autoridades del hospital el permiso para asistir lo cual finalmente sucedió.

La capacitación consistió en un curso titulado "monitoras en lactancia materna", cuyo objetivo fue: capacitar a personal de diferentes profesiones del área de la salud para que cada uno organizara mecanismos o grupos de apoyo pro LM, que fuesen permanentes para que las mujeres acudan a ellos cada que lo requieran o durante todo el tiempo que amamanten. (ver anexo 7).

El proceso de formación finalmente concluyó al asistir a la última reunión técnica realizada el 2 de junio de 1993; cabe mencionar que éstas fueron suspendidas hasta nuevo aviso, cediendo el espacio empleado en ellas a las reuniones para organizar el primer congreso nacional de enfermería y trabajo social; comité del cual se formó parte y más adelante se detallará.

SEGUNDO PERIODO: COORDINACION PARA LA FORMACION HACIA UN GRUPO DE ENFERMERAS.

Al finalizar el curso inicial de formación profesional, se consideró necesario transmitir la información recibida a las compañeras de trabajo (enfermeras), con el fin de que el grupo manejara el mismo lenguaje - en cuanto a información sobre lactancia se refiere -, tomando en cuenta que si el programa quedaba circunscrito sólo a unas cuantas personas entrenadas mientras el resto del personal no compartía el espíritu del mismo, las acciones serían menos efectivas y en ocasiones aisladas.

La eficacia de la acción colectiva dentro de AC, está sin duda ligada a la formación que en LM tenga el personal de enfermería; para que éste a su vez retransmita la información a la población.

De esta manera, se pretende que al compartirles y discutir la información adquirida, actualicen sus conocimientos, reorienten sus actitudes y el desarrollo de actividades que pudieran obstaculizar la práctica exitosa de la LM.

Por lo general es muy difícil que alguien introduzca de la noche a la mañana cambios en su forma de vivir o en su comportamiento y hábitos.

Esto en el personal de enfermería es más complicado ya que como profesionales de salud su formación se ha dado en un contexto cuyo apoyo a la LM es casi nulo; por otro lado, su condición de mujeres y madres en la mayoría de los casos, las integra en una sociedad donde la cultura del biberón es sumamente arraigada.

Ante dichos factores y para poder llevar a cabo el trabajo, se analizaron las necesidades a satisfacer así como los recursos contables. Para esto fue sumamente importante tener presente los elementos tanto humanos como materiales en los cuales se trabajaría y lograr hacer con ellos una unidad que permitiera el avance; tomando en cuenta que se debía reflexionar acerca del inicio de un proceso que exige tiempo, trabajo continuo, paciencia y sobre todo una disposición, situación que necesitó de la conjunción de dos elementos importantes:

A) tener presente que había una problemática que necesitaba resolverse (el cambio de actitud ante la LM). Cabe mencionar que la base de estos planteamientos fue la psicología social postulada por Pichón-Rivière, la cual apunta hacia una visión integradora entre estructura social y configuración del mundo interno del sujeto; principio del que emerge la didáctica y cuyo autor define como una "estrategia destinada no sólo a comunicar conocimientos (tarea informativa) sino básicamente a desarrollar aptitudes y modificar actitudes (tarea formativa)", denominación que contribuye a comprender el proceso del

aprendizaje.

B) disposición del equipo de enfermería para poder llevar a cabo el trabajo y difundirlo.

En la medida que existiera una unión entre estas dos partes, se podría desarrollar satisfactoriamente una acción conjunta en pro de la LM, de otra manera los esfuerzos resultarían aislados y por lo mismo ineficaces para la población hospitalizada.

A partir de estos planteamientos, se consideró necesario establecer objetivos de trabajo; no obstante por considerarlo como elemento importante de discusión, se segmentaron éstos en dos partes: objetivos institucionales y del departamento de enfermería y objetivos psicológicos.

OBJETIVOS INSTITUCIONALES.

OBJETIVO GENERAL

Establecer al 100 % el alojamiento conjunto y la lactancia materna en la población hospitalizada.

OBJETIVOS DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA:

OBJETIVO GENERAL

Difundir al personal de enfermería las normas vigentes que sobre LM existen en el servicio de AC, buscando contribuir a su aplicación en los niveles correspondientes.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Incrementar los conocimientos que sobre LM tiene el personal de enfermería a través de la capacitación y entrenamiento.
- Unificar en el personal de enfermería criterios y acciones en torno a LM, para poder transmitirlos a la población.

OBJETIVOS PSICOLOGICOS.

- Motivar y brindar orientación al personal de enfermería con el fin de disminuir la ansiedad que implica enfrentar una actividad nueva.
- Concientizar al respecto de las ventajas psicológicas que para el vínculo madre-hijo aporta ésta práctica.
- Reflexionar en torno a la actitud y cambio de la misma ante situaciones especiales en la relación enfermera paciente.

El primer paso fue plantear estrategias de intervención, las cuales estaban enfocadas hacia la formación y el entrenamiento del personal de enfermería que ya estaba en contacto con el vínculo madre-hijo, con miras a llegar a cumplir tanto los objetivos psicológicos como los del departamento de enfermería.

De esta manera se estableció tanto el contenido temático, el cual fue segmentado en dos rubros teórico y práctico, como el tiempo aproximado para cubrir cada apartado.

INFORMACION TEORICA.

- Iniciativa para hospitales amigos de los niños. 25 minutos.
- Promoción y apoyo de la lactancia materna. 25 minutos.
- Ventajas de la lactancia materna. 30 minutos.
- Factores que intervienen en la disponibilidad de la madre para amamantar. 30 minutos.
- Técnicas de comunicación educativa en lactancia materna:
 - * motivar a la acción. 30 minutos.
 - * ganarse la confianza. 30 minutos.
 - * conocimiento de creencias. 25 minutos.
 - * conocimiento de prácticas sobre alimentación. 25 minutos.

INFORMACION PRACTICA.

- Alternativas de acción ante problemas frecuentes:
 - * pezones invertidos. 20 minutos.
 - * grietas. 20 minutos.
 - * confusión de succión. 20 minutos.
 - * ansiedad de la madre. 30 minutos.
 - * negación a amamantar. 30 minutos.
- Modelamiento de las técnicas de comunicación educativa en LM. 20-30 minutos.

PERIODO DE INTERVENCION.

Como fin para la realización del presente reporte, se contempló el siguiente periodo: del 31 de julio de 1991 al 31 de agosto de 1993.

POBLACION.

Ocho enfermeras adscritas al servicio de AC del turno vespertino, divididas en dos grupos de cuatro cada uno.

MATERIALES.

Se emplearon: T.V., videocassetera, un video (ver anexo 8), revistas, libros, folletos, pizarrón, rotafolio.

METODOLOGIA.

Particularmente giró en torno a estrategias didácticas, técnicas de modelamiento y discusión dirigida (ver anexo 9).

TIEMPO EMPLEADO.

El tiempo empleado para la formación y entrenamiento teórico y práctico, no se estableció con anterioridad, éste se fue dando durante espacios que la propia carga de trabajo cotidiano nos permitía.

Cubrir el contenido temático llevó aproximadamente tres meses para cada grupo tomando en cuenta que la jornada laboral fue: turno vespertino de lunes a viernes de 14 a 20 horas

Se trabajó inicialmente en los meses de noviembre, diciembre y enero 1992-1993 con el primer grupo de cuatro enfermeras y debido a rotación de personal en agosto, septiembre y octubre de 1992 se trabajó con el segundo grupo de cuatro enfermeras.

DESARROLLO DE ACTIVIDADES.

Dado que el personal de enfermería ya se encontraba laborando en el servicio al momento de la intervención, la información teórico práctica se dió de manera alternada.

El proceso enseñanza-aprendizaje se desarrolló de la siguiente manera: en la información teórica referente a los hospitales amigo y al apoyo de la lactancia se les pasó el video titulado "lactancia materna: como salvar un recurso natural", dejando al final de la transmisión un espacio para dudas y comentarios.

En lo que toca a ventajas de la LM fue empleado un rotafolio como apoyo ilustrativo en la discusión dirigida, cabe mencionar que las ventajas fueron divididas en: fisiológicas, sociales y psicológicas (siendo esta última donde se enfatizó la importancia de la LM en el establecimiento del vinculo madre-hijo), rubros que fueron abordados por separado empleando un día a la semana para cada uno.

Al tratar el tema de los factores que intervienen en el amamantamiento, se empleó nuevamente la discusión dirigida, contenido que llevo poco más de una

semana debido a la resistencia por parte del grupo ante la aceptación del amamantamiento como una forma exclusiva de alimentación.

Por lo que se refiere a las técnicas de comunicación educativa, se remarcó mucho sobre la importancia de modificar el tipo de actitudes en la relación enfermera-paciente, concientizando al personal sobre los resultados positivos que pueden obtenerse al momento de dejar la actitud impositiva (ejemplo "lo tiene que amamantar porque aquí no hay biberones"), convirtiendo así la información tajante en una orientación encaminada a darle seguridad a la madre ante el amamantamiento, resaltando el valor que para ambos implica dicha práctica.

En cuanto a la información práctica se refiere, se emplearon para dar a conocer las alternativas de acción ante problemas frecuentes, ilustraciones contenidas en el material didáctico (revistas, folletos y rotafolio), cabe mencionar que la intervención se dió en torno al adiestramiento de las técnicas para pezones invertidos, grietas y confusión de succión; las cuales fueron aprendidas durante la formación personal, empleando para su ilustración al propio binomio hospitalizado en el área y que presentaba este tipo de problemas.

En lo que respecta al manejo de la ansiedad y negación ante el amamantamiento por parte de la madre, se enfatizó ante el personal el hecho de lo importante que es conocer el motivo o los factores por los cuales la madre está ansiosa o se rehusa a amamantar, entre los que se encuentra el hecho de que las mamás no estén bien convencidas de que su leche es suficiente para el bebé; que en anteriores hijos hayan utilizado el biberón, que por razones estéticas se nieguen a alimentarlo con seno materno o bien que por preocupaciones que en ese momento para ellas son más apremiantes (expectativa frustrada ante el sexo del bebé como situación económica para cubrir los gastos del parto, falla de

apoyo o ausencia de la pareja, entre otras), está presente cierta resistencia ante la LM.

Por último, al momento de ilustrar las técnicas de comunicación educativa, se empleó el modelamiento ocupando para tal fin a la población hospitalizada en AC, concientizando al personal acerca de la importancia que tiene la amabilidad en el diálogo con la paciente, el tono de voz, la terminología empleada y sobre todo el respeto por las creencias de la población atendida, para lograr con la información vertida ganarse la confianza y motivar a la población en pro de la LM.

Una vez alcanzada la meta en cuanto al cambio de actitudes, se tendió a mejorar la relación entre enfermera-paciente, para lo cual se insistió en una interacción personalizada (enfermera-paciente), esperando que el grupo de enfermeras se convenciera de que las actividades educativas representan un proceso genuino de enseñanza-aprendizaje que aporta beneficio mutuo.

Cabe mencionar que fue de suma importancia reforzar los conocimientos y la preparación del personal dándoles la confianza como para asumir personalmente la conducción de la información a la población y no sólo asumirse como personal de apoyo, lo cual fue uno de los principales obstáculos.

DISCUSION DE RESULTADOS.

Dada la compleja situación que caracteriza la re-educación en LM del personal de enfermería, la evaluación en torno al desarrollo de las actividades, se considera que es necesario analizar los avances en términos cualitativos ya que en el campo cuantitativo evalúan los logros en función de cantidades, es decir, en este caso se analizarían las actividades de la psicoenfermería por la cantidad de acciones en torno a la formación y entrenamiento del grupo de enfermeras. No

negamos que este tipo de evaluación sea adecuada, por el contrario sabemos que permite conocer periódicamente los avances de las metas establecidas sin embargo, ante la gama de obstáculos encontrados y tomando en cuenta que se intervino en un programa el cual inicia y en el que se están construyendo y puliendo los cimientos, realizaremos la evaluación en forma cualitativa.

La observación directa, es decir estar en contacto con el grupo por el hecho de compartir el mismo horario, espacio y actividades de trabajo, permitió detectar las diferencias en cuanto a la aplicación de conocimientos por parte del personal de enfermería antes y después del proceso enseñanza-aprendizaje y cómo es recibido por la comunidad, obteniendo información por medio del diálogo sobre lo que los participantes piensan y sienten respecto al mismo, así como identificar los efectos de la intervención al interior de ésta. Por lo tanto realizaremos una relatoria de lo encontrado.

Desde antes de iniciarse el programa de AC, entre el personal de enfermería existía incertidumbre ante la novedad del programa, escasamente estaban enteradas de que atenderían al binomio y que en el área quedaban prohibidos los biberones. Esta sensación fue incrementando en el momento de que AC comenzó a funcionar hasta el grado de que el personal experimentó gran angustia ante la disyuntiva presentada (las normas institucionales y la demanda de la población).

Las alternativas que el personal daba a la población eran sumamente tajantes, esta situación angustiaba no solo al personal de enfermería sino también a las pacientes, hechos que se manifestaban a través de conductas agresivas y demandantes al personal presentando características de enojo, falta de cooperación, resignación y sometimiento en el ambiente institucional.

A medida que se inició la intervención con el personal de enfermería, dicha tensión en la relación disminuyó notablemente, pues contaban ya con una

información que le permitía prevenir y solucionar los problemas que presentaban las madres, así como resaltar la importancia que tiene para el bebé el establecimiento de ese primer vínculo madre-hijo a través de la práctica de la LM.

Sin embargo, lograr sensibilizar al grupo de enfermeras no fue tarea fácil, debido a que la mayoría de ellas son madres que escasamente practicaron la LM; y las que no lo son tienen de igual manera un marco referencial muy arraigado en cuanto a la cultura del biberón se refiere, hecho que influyó de sobremanera en el cambio de actitudes propiciándose así entre el personal una resistencia al cambio. Además, aunado a las propias experiencias del personal se encuentra el hecho de que en su formación profesional se dió muy poco valor a la práctica de la LM, resaltando la importancia dada a la alimentación con biberón.

Podemos decir que los objetivos psicológicos planteados fueron cubiertos al momento que el personal mostró un cambio de actitud con la población a partir de la intervención, así como interés por el programa y por las ventajas psicológicas que el amamantamiento implica; sin embargo, el ánimo comenzó a decaer al momento de no poder unificar criterios de intervención entre los otros turnos, tanto con personal de enfermería como con personal médico, lo que provocó una apatía generando lo que denominamos la "ley del mínimo esfuerzo", en la cual el personal se asumió sólo como fuente de apoyo y no como directrices, dejando en manos de la que suscribe toda la carga de intervención con la población, en cuestión de orientación y resolución de problemáticas de la LM.

Por lo tanto, cabe mencionar que los objetivos del departamento de enfermería no han sido cubiertos en su totalidad y que la capacitación y entrenamiento se ha dado sólo en el turno vespertino, situación muy desfavorable si se contempla que la paciente está en contacto durante su internamiento con personal de los

diferentes turnos los cuales le transmiten información muy diversa y por lo tanto confusa.

TERCER PERIODO: INTERVENCION CON EL VINCULO MADRE - HIJO.

Para que el equipo de salud cumpla con los objetivos establecidos para la práctica de la LM, necesita contar con el apoyo de la comunidad, ya que se trata de un programa formulado para la población materno infantil, por lo tanto su cumplimiento comprende por igual al equipo de salud y a la comunidad. De esta manera, la re-educación de la población sobre los conocimientos actuales y medidas prácticas sobre LM, se revela como una de las vías más eficientes para que este tipo de programas tenga éxito.

La participación y educación de la comunidad es una condición indispensable y una vía que posibilita el desarrollo de las actividades programadas, sin embargo, ésta será posible a partir de la disponibilidad que la población tenga para amamantar, que deviene en parte del desconocimiento que se tiene sobre la importancia persé que la lactancia natural ofrece.

Así, el mayor éxito de la participación de la población estará relacionado con el grado de organización que el personal del área tenga; por tal motivo y tomando en cuenta las circunstancias institucionales (entre las que se encuentra el hecho de que es un hospital gubernamental dependiente de la Secretaría de Salubridad, con la característica de ser una institución de concentración masiva; donde se registran en promedio 30 nacimientos diarios según datos obtenidos del departamento de estadística del Hospital de la Mujer en 1993), surgió la pregunta de por dónde y cómo empezar.

Contando con un marco de referencia como el anteriormente esbozado, se analizó que en un trabajo social como éste, impera la demanda de asistir a una gran población en poco tiempo; de ahí la necesidad de abordajes delimitados lo que a su vez implica la noción de planificar el proceso de cambio, esto es establecer metas claras y tener en mente el lapso para su consecución.

Es así que se plantearon los siguientes objetivos psicológicos, ya que los objetivos institucionales son los mismos que en el segundo período de intervención.

OBJETIVO GENERAL:

Concientizar a la población acerca de la importancia que tiene la LM en el establecimiento del vínculo madre-hijo y las repercusiones de éste en la salud materno infantil.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Brindar orientación y adiestramiento en LM a la población en AC.
- Motivar y sensibilizar a la población, con el fin de disminuir la ansiedad que implica retomar a una práctica poco usual.
- Colaborar en la formación de una contracultura que fomente la práctica de la LM a través de la desmitificación que impera alrededor de ésta.

METODOLOGIA:

Particularmente giró en torno a estrategias didácticas, técnicas de modelamiento y discusión dirigida. (ver anexo 10).

TIEMPO EMPLEADO:

Este dependió de las circunstancias institucionales, (cantidad de pacientes hospitalizadas) y de las necesidades individuales de cada paciente, cabe mencionar que se trabajó de lunes a viernes de 14 a 20 horas.

La educación de la población de acuerdo a las circunstancias se planeó en: educación individual y grupal.

EDUCACION INDIVIDUAL.

Esta se realizó según las necesidades específicas de la madre y el recién nacido en oportunidades como las siguientes: inmediatamente después de ingresar al servicio, en el tiempo dedicado a la alimentación del bebé, durante su estadía en el servicio y cuando la madre confrontó dificultades respecto a situaciones prácticas frente a la lactancia.

También se utilizó este tipo de educación con la población de respaldo en siguientes oportunidades: en la hora de visita, cuando algún familiar manifestaba verbal o comportamentalmente su renuencia ante esta práctica, y cuando hacían manifiestas sus creencias relacionadas con los hábitos alimentarios para los lactantes.

EDUCACION GRUPAL

Esta se llevó a cabo cuando se atendía a la población que no requería la aportación de la educación individual, lo cual permitió abordar a más población transmitiendo la misma información a un grupo.

Las oportunidades fueron las siguientes: cuando existían en la habitación pacientes con las mismas características educativas (primigestas, pacientes con hijos y sin haber practicado la LM); o en ocasiones que el estado físico de las pacientes les permitiera asistir al primer cubículo (sala donde se transmiten los videos).

De igual forma que en la intervención con el personal de enfermería, se plantearon estrategias de intervención con miras a cumplir los objetivos psicológicos y los institucionales, estableciendo así el siguiente contenido temático.

INFORMACION TEORICA:

- Ventajas que aporta la LM al binomio. 30 minutos.
- Consejos prácticos para la LM exitosa. 30 minutos.
- Estado emocional de la madre y la influencia en la relación madre-hijo. 30 minutos.

INFORMACION PRACTICA:

- Adiestramiento ante situaciones especiales: pezones planos, invertidos, grietas, congestión mamaria, confusión de succión, técnicas de amamantamiento.

- Intervención en situaciones emocionales complejas para la paciente, como miedos, ansiedades y rechazo. Tiempo de acuerdo al tipo de situación.

POBLACION OBJETIVO:

Binomio madre-hijo hospitalizados en AC, físicamente sanos (sin malformaciones congénitas o problemas orgánicos).

A lo largo del periodo de intervención contemplado se hospitalizaron en el área 8780 pacientes con su respectivo bebé, (datos obtenidos en los registros de AC en 1993); siendo aproximadamente 4000 con las cuales se intervino, tomando en cuenta que al dar educación grupal se concentraban de 10 a 12 personas por día para cada grupo.

POBLACION DE RESPALDO:

Padres del recién nacido, abuelas, tías, hermanas, amigas y vecinas; las cuales acudieron a ver al binomio madre-hijo durante las horas de visita de 15:30 a 17:00 horas. Cabe mencionar que no registró la cantidad de personas con las cuales se intervino, dado el corto tiempo de interacción que se tuvo con dicha población.

MATERIALES:

T.V. videocassetera, un video (ver anexo 11), folletos, rotafolio.

DESARROLLO DE ACTIVIDADES:

La intervención con la población se desarrolló de la siguiente manera: en cuanto a información teórica se refiere, el abordaje respecto a ventajas y consejos para la lactancia exitosa giró en torno a la exposición de los temas mediante el apoyo del video "lactancia materna". En estos casos se procedió con la presentación, enunciamiento de los temas, exposición del video, dejando al finalizar un espacio para preguntas y comentarios.

Al aportar conocimientos referentes a aspectos prácticos se insistió en que la madre contara sus experiencias y las dificultades presentadas, de esta forma al identificar algunos aspectos positivos o negativos se corregían las situaciones erradas explicando el porqué de la equivocación o bien reforzando aquellos aspectos positivos. Para esto se emplearon materiales didácticos (rotafolio) y estrategias didácticas (modelamiento), tomando en estas últimas como modelo a un bebé del área, o al binomio (previa autorización de la madre), empleando aproximadamente 30 minutos al emplear rotafolio y de 15 a 20 minutos con el modelamiento.

Lo anteriormente descrito fue aplicado al momento de abordar los temas de técnicas de amamantamiento, situaciones especiales y consejos prácticos para la LM.

En los casos en los que se empleó la charla educativa en la dinámica grupal, el desarrollo fue el siguiente: al inicio se realizó la presentación dando a conocer el tema procediendo con preguntas para sondear y tener un marco de referencia en cuanto a creencias y estereotipias, se ilustró lo expuesto con material didáctico o humano propiciando la participación, al finalizar se les pedía que realizaran un resumen y lo complementaran si lo consideraban necesario.

Cabe mencionar que en estas situaciones fueron abordados aspectos como: el establecimiento del vínculo a través de la LM, estado emocional de la madre y su influencia en la relación diádica.

Durante el tiempo de estadía en el turno, a todas las madres se les observó y revisó la técnica de amamantamiento previniendo y solucionando en el momento los problemas presentados, tanto técnicos como emocionales. También como parte importante en el adiestramiento, se trató de entusiasmar, convencer y motivar a la madre para que pusiera en práctica las acciones propuestas y que no se limitara simplemente a recibir la información, tratando de generar en ellas un cambio de actitud.

Por ser la LM un aspecto muy personal, se procedió con mucho cuidado. Por ejemplo la interacción se llevó a cabo bajo un marco de amabilidad prestando interés a las inquietudes manifiestas, resolviendo las dudas y empleando un lenguaje libre de tecnicismos.

Referente a las acciones de intervención con charla a grupo y empleo de videos, éstas se realizaron acorde con las necesidades diarias de la población hospitalizada, tratando de priorizar cada una de las circunstancias con miras a satisfacerlas todas, en medida de lo posible lo cual fue otro obstáculo.

Dichas intervenciones se daban una en un día, es decir, si se daba charla no se les pasaba el video y viceversa.

En cada participación se concentraron de 12 a 15 personas aproximadamente.

Otra actividad realizada fue la de instrucción previa al alta, en donde se preguntó a las pacientes si existía alguna duda o problema para continuar con la LM en casa si el caso era afirmativo se les orientó al respecto.

En cada una de estas acciones, el psicólogo desempeñó un rol de moderador y orientador ante la población; propiciando el diálogo, resolviendo dudas,

sensibilizando y discipando dudas tratando de desmitificar todo lo relacionado con los obstáculos que inhiben la práctica de la LM.

DISCUSION DE RESULTADOS.

Por las mismas circunstancias que en el período de intervención anterior, éste análisis se realizará en términos cualitativos.

En torno a los resultados con la población asistida, se puede decir que los objetivos psicológicos fueron cubiertos, pues se pudo constatar que al momento de organizar la enseñanza para difundirla a la población tanto de manera individual como grupal, exigía que en el momento de intervención se desarmaran y rompieran gran cantidad de estereotipos, que sirven como defensas de la ansiedad; y que son desestabilizadas al momento de cambiar y abandonar normas establecidas en cuanto a la alimentación del recién nacido se refiere,

En efecto las normas implican el mantenimiento y repetición de actitudes lo que permite no enfrentar cambios, evitando con esto que se presenten situaciones de ansiedad.

Se pudo observar que el cambio de actitud entre las madres asistidas, implicaba abandonar un marco de seguridad y verse de pronto ante una nueva posibilidad de alimentación (la lactancia natural), lo cual generó cierta resistencia; momento en el cual se intervino en una actitud en principio de respeto por sus creencias y mostrando interés por su sentir, lo cual fue generando un ambiente de confianza que finalmente permitió que recibieran con un menor grado de resistencia los planteamientos referentes a la importancia del vínculo madre-hijo en el desarrollo de la personalidad de este último, logrando así, despertar interés e iniciar una apertura al cambio.

Ante estos casos, el empleo del modelamiento en cuanto a información práctica se refiere, colaboró de sobremanera en la disminución de la ansiedad, ya que las ejemplificaciones fueron realizadas con la misma población, situación que dio pauta para que su participación fuese más activa incrementando con ésto un grado de motivación mayor ante la LM:

Cabe mencionar que se obtuvieron mejores resultados en la intervención personalizada pues el diálogo era más abierto, dando alternativas o simplemente escuchando a la paciente; disminuyendo con ésto sus temores y angustias reflejas a la hora de amamantar.

Las intervenciones grupales, básicamente nos dieron la oportunidad de abarcar más población, sin embargo, en base a la observación de las actitudes o la manifestación de inquietudes se pudieron detectar casos que ameritaban una intervención personalizada.

Referente a la intervención con la población de respaldo, cabe mencionar que los logros son difíciles de analizar ya que existen varios factores que en este caso intervienen impidiendo que la sensibilización en pro de la LM sea efectiva; entre éstos se encuentra: el hecho de que los tiempos en que se estableció contacto con ellos; fue sumamente reducido, aunado a ésto, se tiene el hecho de que solamente se abordó a dicha población cuando se detectaron problemáticas de población y/o descontrol ante el programa, pero no se abordaron aquellos que no se manifestaron ni a favor ni en contra, situación que pudo ser crucial si se considera que extrahospitalariamente dicha población ejerce sobre la madre lactante una influencia decisiva en las prácticas de alimentación de los bebés.

Esta situación fue contemplada, pero en base a la labor titánica desarrollada día a día por el número de población no fue posible intervenir.

En cuanto al logro de sus objetivos del departamento de enfermería, es importante mencionar que no han sido cubiertos en su totalidad ya que la capacitación y entrenamiento se ha dado solo en el turno vespertino, situación muy desfavorable si se contempla que la paciente está en contacto durante su internamiento con personal de los diferentes turnos los cuales le transmiten información muy diversa.

Acerca de los objetivos institucionales se puede decir que su finalidad está casi cubierta por el hecho de que cada día el flujo de pacientes que son internadas en AC es mayor, aún sin tomar en cuenta las implicaciones psicológicas que puede traer consigo el hecho de forzar a una madre a amamantar al hijo que es por ejemplo producto de una violación o un incesto. Aún así, lo importante para la institución es que en términos cuantitativos el objetivo trazado esta siendo alcanzado.

CUARTO PERIODO: DIFUSION DEL PROGRAMA.

Participación en la organización y desarrollo del Congreso Nacional de Enfermería y Trabajo Social de los Hospitales Amigos del Niño y de la Madre.

Dentro de las actividades en las que participan los profesionales de psicología, se encuentra la planeación y la organización ya que usualmente poseen los conocimientos necesarios para elaborar programas de capacitación.

Pensando en estos elementos y existiendo el antecedente de las reuniones técnicas - anteriormente descritas - donde se gestó la posibilidad de realizar un evento que difundiera el programa de la LM, situación que deparaba un gran reto por la importancia y trascendencia persé; los directivos del hospital y Dirección General de Salud Materno Infantil, quienes tenían antecedentes de la formación

de quien suscribe en el campo de la psicología consideraron que la integración en el comité organizador sería de gran utilidad para la conformación del evento.

Fue así como en junio de 1993 se formó parte del comité organizador del "Primer Congreso Nacional de Enfermería y Trabajo Social en el Programa de Hospital Amigo del Niño y de la Madre", conformado como tal desde octubre de 1992, por lo que ya estando conformado, escenario, contenido, fechas, etc., el desarrollo de actividades giró en torno a la promoción y publicidad del evento. Para esto, se concertaron visitas con directivos de escuelas de enfermería y de hospitales de primer y segundo nivel, en cuyas reuniones se trataba de sensibilizar a éstos integrantes de la importancia de su participación y asistencia de sus instituciones a dicho evento. En muchos casos, la información inicial consistió en dar un panorama global del programa Hospital Amigo y Lactancia Materna el cual desconocían.

En el marco de la promoción, se abrió la posibilidad de realizar la difusión a través de medios masivos de comunicación; motivo por el cual la formación en el terreno psicológico brindó la oportunidad de que quien suscribe fuese designada para acudir a un programa de radio en la XEW, en cuya presentación como psicóloga y enfermera permitió que no sólo se publicitara el congreso, sino que se destacaron las ventajas psicosociales que para el vínculo madre-hijo implica la práctica de la LM.

Otra de las actividades desarrolladas fue la de obtener apoyos materiales financieros con una gran gama de laboratorios farmacoquímicos, casas editoriales y prensa; situación en la que nuevamente las herramientas adquiridas en la formación psicológica fueron sumamente útiles.

Estas actividades fueron arduamente cubiertas en un espacio de dos meses.

De esta manera, la fase de organización concluyó pasando así a la fase de realización del primer congreso (ver anexo 9) el cual se realizó del 3 al 6 de agosto en Oaxtepec Morelos siendo el objetivo del mismo congregar a profesionales de la salud particularmente de las áreas de enfermería y trabajo social, en un encuentro a nivel nacional para favorecer la difusión de conocimientos, experiencias y avances alcanzados en el programa Hospital Amigo, destinado a promover la LM, en cuyo contenido temático se encontraron entre otras cosas aspectos fisiológicos socioculturales y psicológicos de la práctica de la LM, así como estrategias para promoverla y fomentarla. (ver anexo 10).

En el desarrollo propio del congreso, las actividades fueron diversas: en primer lugar ser maestra de ceremonias en la inauguración del evento; posteriormente se estuvo al cargo de la organización y control de los stand publicitarios; planear y dirigir actividades socioculturales, y ser ponente en taller titulado "actitud personal de salud ante situaciones especiales", debido a que el titular canceló a última hora su participación.

Los asistentes inscritos al congreso fueron 380 profesionales de la salud, (enfermeras, trabajadoras sociales, nutriólogos, médicos y psicólogos), procedentes de veinte estados de la república, cuya participación fue muy enriquecedora y activa, cumpliendo así con el objetivo planteado y logrando que la difusión sobre el programa despertara interés por el cambio de actitudes en los asistentes, quienes solicitaron la participación del comité organizador para llevar cabo cursos sobre el rubro tratado en diversas entidades de la república.

C. OBSTACULOS ENCONTRADOS.

La mayoría de las acciones emprendidas en la institución a partir de su designación como hospital amigo, se suponía girarían en torno a la re-educación sobre LM, de todo el personal para que éste coordinara sus esfuerzos y trabajara en forma multidisciplinaria, pero esto no sucedió.

La orientación y entrenamiento se focalizó en unos cuantos (directivos, jefes de piso, etc.) y la extensión de la información se dio de manera muy aislada; no obstante el programa continuó.

Lo anterior no sólo fue un obstáculo en el desempeño de las actividades, sino en el cumplimiento de los objetivos básicos del programa de AC, ya que ni daban la capacitación ni permitían que se diera.

Como ya se mencionó anteriormente el contacto y el apoyo personal a la mamá lactante realmente ayudan a que la alimentación sea exitosa, por lo tanto muy importante son todos los profesionales de la salud que dentro de la institución están en contacto con el binomio madre-hijo para contribuir a que la lactancia sea exitosa o por el contrario que fracase.

Al parecer el trabajo multidisciplinario no es solamente la yuxtaposición de estas, sino la integración de sus conceptos, métodos y técnicas para lograr disminuir la distancia entre teoría y práctica, entre la ciencia y la profesión. Desgraciadamente en este caso no hay coordinación entre disciplinas y se encuentra con la obstinación en algunas formas de pensar sobre todo en la comunidad médica que no pocas veces obstaculizaron el trabajo a desarrollar, al no haber la debida comunicación y por lo tanto imposibilitar el hecho de realizar un trabajo en equipo.

Otro de los obstáculos fue la desvinculación existente entre el personal de los diversos turnos del hospital ya que no hay el suficiente contacto y disposición entre ellos, sobre todo en el turno matutino en el que se concentran jefes de piso los cuales determinan normas o pautas a seguir sin tomar en cuenta que la atención es continua y ésta no termina al momento de finalizar con una jornada de ocho horas. Esto por lo tanto, crea problemas de comunicación entre los diferentes turnos y profesiones, lo que se refleja en el tipo de información sobre LM vertida a la población hospitalizada creando en ella grandes confusiones.

Lo anterior no es más que el resultado de la falta de apoyo institucional, pues no se han planteado acciones completas de capacitación entre su personal, por lo que no existe unificación de información y cada quien en las diversas instancias en que tiene contacto con la población les orienta según su propia percepción.

Otra situación muy común es el hecho de tener muy poco contacto con la familia de las pacientes, considerando que éstos son pieza clave en el fomento de las creencias, mitos y costumbres en torno a la práctica de la LM; ésto es, el contacto que se tenía con ellos no era suficiente para sensibilizar, cambiar actitudes, orientarles e intervenir con la población óptimamente, en parte por la cantidad de pacientes que había que atender y por otro lado porque la hora de la visita es el único momento en el que puede hablar de cosas y situaciones familiares con su visitante.

Por otro lado, la estancia hospitalaria que es muy corta limitó de sobremanera el logro de los objetivos planteados ya que es muy difícil que la población pueda llegar a tener verdaderamente un cambio de actitud en tan poco tiempo, pese al empeño mostrado por parte del personal de salud para orientar y adiestrar. Si a ésto le aunamos la cantidad de pacientes hospitalizadas la gran mayoría con

necesidades de orientación se enfrenta al hecho de tener que orientar por cantidad y no con calidad.

En esta última consideración influyo de una manera importante la forma en que las enfermeras asumen su rol dentro del programa, es decir, que se conciben solamente como personal de apoyo, esto deviene en parte, de incomodidad por no haber recibido capacitación "formal" (refiriendose según sus propias versiones a un curso y/o adiestramiento en una aula con tiempo establecido, antes de ser integradas al área) y por otro lado está la influencia que ejerce la forma en que cada una se asume como mujer y madre explicitando su propia experiencia ante la lactancia.

Esto sin duda presentó un gran obstáculo no solo en el grupo de enfermería sino con la población asistida ya que es un factor muy difícil de modificar en tan poco tiempo.

Por último mencionaremos la problemática presentada ante el hecho de no poder encontrar la forma de trabajar como un equipo multidisciplinario y por ende no conjuntar los objetivos que cada departamento posee a pesar de que las normas para el programa de AC son claras y estan nacionalmente estipuladas. Por esto en el presente trabajo se tomó la decisión de segmentar los objetivos ya que pese a la insitencia constante de unificación de criterios se encontró ante un gran dominio de poder de distintos departamentos pero sobre todo de la jefatura médica del servicio de AC, lo que limitó ampliamente el completo logro de los objetivos planteados.

D. PLANTEAMIENTO DE ALTERNATIVAS.

La experiencia que se tuvo al colaborar en un programa destinado al fomento de la lactancia materna (LM) permite formular algunas propuestas de trabajo.

A lo largo de la intervención con la población se puede notar que tanto en la institución como en la población hospitalizada existe una serie de carencias que aún después de dos años que lleva el programa de alojamiento conjunto no han sido cubiertas..

Surge así, la necesidad de plantear alternativas que sirvan como marco de referencia para la realización del trabajo hospitalario, tomando en cuenta que en la re-educación de la L.M. convergen una amplia gama de factores. Se propone entonces abordar este fenómeno a partir de un enfoque amplio que comprenda e incluya todas las características propios de esta práctica. En este sentido se precisó considerar los factores biológicos, psicológicos y sociales en el proceso de formación y entrenamiento al personal de salud pretendiendo que éstos lo tomen en cuenta al momento de orientar y atender a las pacientes.

El plantear inicialmente el modelo psicosocial, implica de alguna forma el analizar cada factor por separado.

En lo que se refiere al primer factor, es decir el biológico, brevemente podemos comentar que existan alteraciones de tipo orgánico que se convierten en problema al iniciar la L.M., situaciones en las que la postura médica se acentúa en el campo biológico, cuyos representantes habitualmente polarizan la atención sobre un órgano (la glándula mamaria), desinteresándose por todo lo que respecta al organismo en su conjunto.

Así, la asesoría y tratamiento médico disminuye y controla inicialmente la sintomatología, pero no modifica ni enseña a la madre el desempeño de sus roles

afectivos y sociales, por lo tanto, esta es sólo una solución parcial del problema, lo cual se refleja en la permanencia de la L.M.

El factor psicológico, incluye una serie de aspectos que caracterizan al paciente (en este caso la mamá) como son: el hecho de que la hospitalización de un paciente es diferente a lo que implica su vida diaria; le cambia basicamente sus actividades y relaciones; se le impone reglas, su posición social, económica y familiar es sustituida por normas institucionales. Conoce personas que le brindarán ayuda, pero es hipersensible al medio que le rodea y reacciona en forma inesperada a ruidos, olores, actitudes del personal, etc.; suele molestarle la ausencia o presencia de otros, el exceso o la falta de atención.

Está expuesta a una serie de experiencias que le incomodan como: trámites administrativos, entrevistas e interrogatorios continuos, utilización de ropa de hospital, exploraciones médicas continuas, exámenes, tratamientos, cambios de horario, la entrada y salida de estudiantes, la inquietud por saber como se encuentra su familia, cual es su condición moral y económica y la manera en que se concibe como madre.

Por su parte el factor social comprende aspectos como la situación familiar (pareja, número de hijos), condiciones de vivienda, el nivel socioeconómico, valores socioculturales, el medio ambiente, etc. lo cual también conlleva una gran carga psicológica.

Si el modelo biológico ya tiene una respuesta (aunque sea parcial) al tratamiento del paciente el factor psicológico íntimamente relacionado con el factor social se pueden agrupar. De esta forma el tratamiento psicosocial es una alternativa útil y necesaria en la intervención con la población. ¿ cómo se puede intervenir ?.

Debemos estar conscientes de la etapa específica por la que esta pasando la madre y adecuar la orientación. Se debe considerar a cada madre y familia individualmente. En el caso de la madre, el proceso de lograr la identidad como tal puede tomar mucho o poco tiempo según las dificultades que encuentre, lo que repercute de sobremanera en la identificación con el rol materno y por ende en el tipo de actitud que la madre tenga frente a la práctica de la LM. Por lo mismo, debemos segmentar la intervención por etapas.

ETAPA DE ANTICIPACION.

Comprende todo lo que ha vivido la madre antes de que nazca su hijo. Esta etapa es básica y se puede iniciar la sensibilización ante la lactancia, sin dejar de respetar la postura que la madre adopte.

Institucionalmente se propone que haya una intervención en el momento de la consulta prenatal, a través de la orientación del personal médico y paramédico previamente capacitado. Se ha contemplado también el hecho de proporcionar a la madre información escrita para llevar a casa.

Dicho material consiste en un tríptico cuyo contenido estaría dividido en dos facetas: cuidado y preparación de los pezones y ventajas psicosociales que la LM aporta al binomio empleando en su contenido ilustraciones que reflejen la información teórica pensando en que algunas personas no sepan leer.

ETAPA FORMAL.

El niño nace, la familia experimenta la llegada del bebé, la madre se siente muy vulnerable, necesita ayuda física y emocional. Es necesario respetar la

percepción de la madre ante la lactancia y ante la experiencia que esta pasando y sobre todo crear un clima de confianza y aceptación.

Para ésto, al profesional de la salud le compete intervenir con una preparación psicológica que incluya:

- Estar formada e informada acerca de la importancia de la LM.
- Estar convencida de la importancia de su trabajo.
- El fortalecimiento de la relación afectiva y emocional entre el binomio, para lograr así que la LM se vea favorecida.
- Buscar el momento y lugar apropiado para hablar con la paciente hospitalizada.
- Ser amable y escuchar sus problemas.
- Asegurarse que la información sea entendida.
- Hacerle sentir seguridad sobre su capacidad de amamantar.
- Preguntarle sobre experiencias de amamantamiento previas: si tuvo problemas explicarle como prevenirlos y si tuvo lactancia exitosa animarla a que la repita.
- Darle oportunidad de que haga preguntas, de que exprese libremente sus dudas y los miedos que tenga.
- Tomar en cuenta que la decisión de dar seno materno es finalmente de la mamá y que debe ser respetada; no obstante aclararle el porqué de la LM.

ETAPA INFORMAL.

La madre abandona el hospital y se integra al ámbito familiar impregnado de tradiciones y mitos en torno a la lactancia.

En esta etapa la institución puede aportarle material impreso (folleto), que integre consejos prácticos ante problemas comunes presentados en el

amamantamiento y lo más importante que integre datos (dirección y teléfono) a donde pueda acudir en caso de dudas o problemas.

Cabe mencionar que al respecto se entregó al departamento de enfermería un bozquejo sobre los planteamientos para establecer la clínica de la lactancia materna en el Hospital de la Mujer, pretendiendo que sea por un lado centro de formación en lactancia para personal médico, paramédico y áreas afines, así como centro modelo para profesionales de la salud de otras instituciones y por otro lado ser un módulo formativo para la comunidad, en el que se prestaría información en las diversas etapas antes mencionadas.

Dicho bozquejo incluyó el planteamiento de integrar en su personal operativo un grupo multidisciplinario de profesionales (psicólogo, médico, enfermera y trabajadora social) que juntos aborden las problemáticas presentadas por la comunidad ante la LM y que colaboren como un verdadero equipo en formar una contracultura que fomente y apoye la práctica de la alimentación natural, a través del cambio de actitudes ante la LM por parte de la población asistida.

Por otro lado referente al proceso de población del personal de la institución, se plantea el siguiente esquema:

ETAPAS:

1. ORGANIZACION.

- Detección de necesidades.
- Elaboración de planes y programas.

2. OPERACION.

- Modalidades de intervención:
 - * curso.
 - * seminario.

- taller.
- conferencia.

3. EVALUACION.

- Inicial: detectar el nivel.
- Intermedia: analizar avances.
- Final: cumplimiento del objetivo.

Uno de los propósitos del proceso enseñanza-aprendizaje aparte de incluir información teórica práctica referente a la LM, debe ser, concientizar al personal de salud de la influencia de sus propias actitudes sean o no conscientes, sobre el consejo que darán y las actividades que realizarán para promover el amamantamiento.

Debe distinguirse entre: la influencia del personal hacia el amamantamiento de sus propios hijos. Esto concierne en particular (pero no exclusivamente) al personal femenino, ya que constituye un grupo de referencia para la población y su comportamiento sera considerado como un modelo a seguir.

Por esto, se cree conveniente realizar un curso previo de sexualidad con la finalidad de deslindar del personal estereotipos que se tienen en base a una estructura prefabricada de la sexualidad.

Con estos planteamientos, se pretende que la institución permita que el profesional en el área de la psicología, intervenga en el proceso de re-educación en LM, en un plano reiteramos profesional ya que nuestra labor está enfocada a desmitificar, es decir, realizar una contracultura que apoye, promueva y practique el amamantamiento.

CONCLUSIONES.

Nuestra implicación como profesionales de dos disciplinas Enfermería y Psicología con respecto a una institución hospitalaria y a la intervención social, nos permite ser profesionistas que podemos observar una nueva forma de acción psicológica más práctica y más benéfica para la sociedad y para la formación profesional del psicólogo, pues consideramos como algo muy importante que todo profesionista debe estar comprometido con su profesión y con la sociedad, es decir, utilizar el conocimiento adquirido a través de la experiencia para beneficio de la sociedad y de el mismo.

Debemos de estar conscientes de lo que realmente conocemos y reconocer que tenemos carencias y aciertos de formación como profesionales, tanto teóricos como prácticos que nos limitan o fortalecen al actuar en las problemáticas reales de la sociedad en que vivimos.

Partiremos de estas observaciones porque a través de una reflexión de lo ocurrido en la práctica institucional como psicólogos, podemos decir que la intervención se construyó tanto teórica como prácticamente en base a la cotidianidad del medio, lo cual dio la pauta para analizar algunos elementos que permiten comprender y rescatar lo que se hizo en un sector de la sociedad, validando y valorando con esto nuestra injerencia.

Porque la valoración de lo que uno hace en la mayoría de los casos institucionalmente no se da, situación que al inicio de la intervención llego a afectarnos, es decir, el pensar o sentir que no había reconocimiento de nuestro trabajo por parte de la institución se debió básicamente a la falta de comprensión de lo que se hizo.

Esta inseguridad inicial respecto a nuestra intervención se generó en parte por las carencias en la formación profesional en cuanto a relación vincular madre - hijo se refiere (el conocimiento de este tema fue casi nulo en los contenidos temáticos de las diferentes asignaturas de la carrera), y como se mencionó anteriormente en parte también a la falta de reconocimiento institucional ya que prácticamente no existimos como profesionales de la psicología en la institución, administrativamente porque no está contemplado este profesional en una institución de segundo nivel como lo es el Hospital de la Mujer; y también porque dentro de ésta el médico ejerce un dominio de poder en la toma de decisiones, cambios de actitudes, planes de trabajo, etc., siendo en la mayoría de los casos un profesional sumamente hermético, aspecto que dificultó nuestras acciones de trabajo y generó situaciones emocionales incómodas como angustia, enojo y depresión.

Sin embargo, la formación recibida en la carrera de Lic. en Psicología nos dotó de herramientas que permitieron el enfrentamiento al campo laboral de manera óptima.

Al respecto se puede mencionar que las principales habilidades adquiridas en la formación académica y que sirvieron para el desarrollo de las actividades fueron: la continua investigación exigida en las materias de psicología aplicada, que nos condujo a utilizar tanto la imaginación como la creatividad y por otro lado permitió el hecho de poder aprender a resolver diversos problemas del campo psicológico, lo cual resultó ser muy benéfico al momento de intervenir con la población. Otro factor que posibilitó tener abordajes más concretos sobre todo en la planeación de las formas y contenidos del programa de capacitación y entrenamiento así como la intervención en el desarrollo de actividades del comité organizador del Congreso Nacional; fue sin duda la permanente presentación de

trabajos escritos, desarrollados a lo largo de la carrera, situación que redituó en el hecho de mejorar la expresión del pensamiento, el análisis, la crítica, así como el mejorar la capacidad para redactar. Situaciones que llevaron como consecuencia a la creación de una profesionalista capaz de crear y aportar acciones encaminadas a lograr cambios de actitud significativas en la población en favor de su bienestar.

La enseñanza recibida en las aulas con temas como técnicas de integración grupal, entrevistas, encuestas, teorías de la influencia social en el individuo, las aportaciones del psicoanálisis en cuanto a las etapas del recién nacido, el tratamiento de la conducta humana, etc. son uno de los conocimientos obtenidos y que en el campo laboral fueron puestos en práctica.

Esto ayudó a quitar tanto la inseguridad como la falta de comprensión sobre la intervención y de esa manera poder proponer alternativas más adecuadas que se ajusten a la situación actual de la sociedad y de nosotros mismos.

Cabe mencionar que en base a esto surgieron algunas modificaciones en cuanto a la elaboración del presente reporte de trabajo, esto es, al inicio de la intervención institucional la que suscribe era solamente observadora que estaba convencida de que su función era promover la L.M. mediante la capacitación y el entrenamiento tanto del personal de salud como de la comunidad asistida, situación que por sí misma permitiría abordar las problemáticas a las que ambos grupos se enfrentaban; sin embargo, el mismo contacto con la población nos dio la pauta para detectar que esto no era tan lineal.

Fue así que surgieron algunas modificaciones en la realización de este trabajo, cambios que transformaron las condiciones para abordar el problema, satisfacer necesidades de la población en su conjunto y satisfacernos a nosotros mismos.

El hecho de intervenir en la institución de la forma en que se hizo, implicó variedad la importancia de la subjetividad en la aceptación o rechazo por la práctica de la lactancia natural, es decir, la subjetividad en torno a dicha práctica está oculta y presente aunque no se perciba, si se niega este hecho, se corre el riesgo de falsear los resultados y así creer que el ser humano no puede ser explicado y comprendido sino sólo a través de lo cuantitativo.

Por lo tanto nos atrevemos a decir que si en este trabajo se hubiesen negado los aspectos subjetivos, habría quedado de lado la importancia de la misma psicología social, por lo tanto se retoman los planteamientos que aportó Freud a la ciencia psicológica específicamente el inconsciente, concepto en el que no se profundizó mucho puesto que ameritaría bastante tiempo para entenderlo como Freud en sus distintas manifestaciones, pero si se puede mencionar que éste tiene un efecto en lo cotidiano de la práctica de la L.M. que pasa desapercibido pero es lo que va equilibrando el comportamiento del individuo en su estado anímico.

Dentro de lo cotidiano del vínculo madre - hijo, se dan aspectos psíquicos conocidos por la conciencia como ansiedades, miedos, sentidos de vida, rechazo, sexualidad, fantasías de la mujer al asumirse como madre, expectativas, tabúes, etc.; que se ven reflejados en la interacción y calidad del vínculo situaciones que transpasan los límites de la experiencia de la madre.

Analizando a fondo este último punto se puede enfatizar algo que consideramos importante y que es el hecho de que la mujer (madre) quede particularmente excluida de los planteamientos de un programa es decir, a pesar de que la L.M. implica una relación vincular madre-hijo, la mayoría de los planteamientos se basan en función del bienestar del bebé en sus tres esferas, dejando a la madre circunscrita solamente a sus obligación social que gira en

torno a la consideración de que la maternidad es la forma de realización plena de la mujer, siendo esto el aspecto más importante de su sexualidad.

Es así como a través de estos planteamientos, podemos participar dentro de un problema real logrando que los integrantes de la institución se concienticen de la situación y colaboren en el cambio esto es, el papel del psicólogo debe ser cuestionar lo que está establecido en las instituciones y que va en contra del desarrollo psicológico de las personas, de su bienestar social y dar a conocer que existen una serie de creencias que se pueden superar y al mismo tiempo hacer concientes a los individuos para obtener beneficios de una forma colectiva en pro de la sociedad.

Con esto, se puede ver cómo en el plano de la relación población-psicólogo, al llegar el momento de la concientización se cumplió con uno de los objetivos; sin embargo, en el plano de la comprensión de la situación quedarán un sin fin de cuestionamientos; es por esto que para colaborar en dicha comprensión queremos retomar la inquietud de destacar lo importante que es contemplar esta subespecialidad propuesta como "psicoenfermería", campo que se abriría como una opción de conocimiento para la enfermera que a nuestro juicio es muy relevante pues es ésta una profesional que mantiene un contacto esencial con la población.

Esta puede ser una opción para fomentar lo tan mencionado pero poco practicado que es la multidisciplina, conjuntando así, varios enfoques encaminados a un mismo objetivo, la sociedad.

Por su parte los elementos del análisis institucional sirvieron de guía para comprender algunas situaciones y para analizar nuestra implicación.

El psicólogo está institucionalmente expuesto a muchas problemáticas u obstáculos como se mencionó anteriormente ya que puede jugar distintos roles

dentro de ella, ya sea tomándolo como el promotor de soluciones, de velador de problemas, asistente útil o relleno, sin embargo aquí consideramos que depende de uno mismo buscar un lugar y mostrarse con miras a tener un reconocimiento como psicólogos y a su vez hacer camino para la psicología logrando que ésta sea un arma liberadora y transformadora de la sociedad, para que así en alguna medida el tiempo nos depare un mundo y futuro mejor.

Finalmente con nuestra participación en la institución y por medio de las expectativas, la problemática institucional existente, la creatividad para trabajar ante estas circunstancias, el interés, la credibilidad en la importancia del vínculo madre-hijo a través de la L.M. se puede decir que si bien las expectativas globales de la institución ante la L.M. aún no se han alcanzado, lo que se realizó se llevó a cabo con muchos obstáculos, pero este inicio se dió y con mucha más base que en otros hospitales en donde se lleva el programa y el cual está circunscrito sólo a personal médico y paramédico.

Concluyendo podemos decir que estamos contentos por los logros alcanzados en nuestra participación profesional y también conscientes que faltan más y mejores estructuras pero la labor continuará siendo esta intervención solo el comienzos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1). Aberastury, A. (1991). El niño y sus juegos. Paidós. Buenos Aires.
- 2). Bourges, H. (1990). "Los motivos de la lactancia". Cuadernos de nutrición. Vol. 13. Nº. 3. p.p. 5-12. Mayo-junio. México.
- 3). Clavano, N. (1982). "Mode of infant feeding and its effect on infant mortality and morbidity". J. Troy. Pediatr. Vol. 28. p.p. 287-293.
- 4). D.G.S.M.I./S.S. (1991). "Hospital Amigo del Niño y de la Madre". Boletín Hospital Amigo. Nº 1. Año 1. p.p. 1-8. Octubre. México.
- 5). D.G.S.M.I./S.S. (1991). "Hospital Amigo del Niño y de la Madre". Boletín Hospital Amigo. Nº. 1. Año 1. p. 2. Octubre. México.
- 6). D.G.S.M.I./UNICEF (1991). Al rescate de la cultura de la lactancia materna en México. DGSMI-UNICEF. México.
- 7). D.G.S.M.I./S.S. (1992). "Hospital Amigo del Niño y de la Madre". Boletín Hospital Amigo. Nº 4. Año. 2 p.p. 1-8. Septiembre. México.
- 8). Fajardo, G. (1991). "La salud y la comunicación social". Gaceta Médica de México. Vol. 127. Nº 5. p.p. 445-447. Septiembre-octubre. México.
- 9). Family Health International (1989). "La lactancia materna como método de prevención del cáncer mamario". Nework. Vol. 10. Nº 3. p.p. 6-8.
- 10). Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. (1990). "¡ Tomemos una iniciativa en pro de los niños!". UNICEF. New York (folleto).
- 11). Fondo de Naciones Unidas para la Infancia/D.G.S.M.I. (1991). "Puedo dar salud Madres procuradoras de salud. Experiencia en México". UNICEF/DGSMI. México.
- 12). Franco, L., Toca, T. (1977). "Alimentación al seno materno en las clases populares de la ciudad de México". Salud pública en México. Vol. XIX. p.p. 227-232. Marzo-abril.

- 13). Freud, A. (1985). Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente. Paidós. Cap. 5. España.
- 14). Freud, S. (1856-1939). Obras completas. La sexualidad infantil en: tomo VII. La represión en: tomo XIV. Conciencia e inconsciente en: tomo XIX. Esquema del psicoanálisis en: tomo XXIII. Buenos Aires. Amorrortu. 1976.
- 15). Georgetown University/Department of obstetrics and gynecology. (1991). "Lactancia materna - cómo proteger un recurso natural". OMS Washington, D.C. (folleto).
- 16). Gómez, F. (1987). "Desnutrición". Boletín Médico del Hospital Infantil. 1946. En Kaufer, M. Guía práctica para la lactancia al seno materno. Cuadernos de nutrición. Vol. 10. N° 1. p.p. 3-11. Enero-febrero.
- 17). Instituto Mexicano del Seguro Social/Hospital de Gineco-obstetricia Luis Castelazo Ayala (1992). Manual de Alojamiento Conjunto y Lactancia Materna. IMSS. México.
- 18). Insunza, O. (1983). Consideraciones biopsicosociales de la lactancia materna. División de Nutrición de Comunidad. INNSZ. México.
- 19). Jelliffe, D.V. y Jelliffe, EFP. (dirs). (1978) Human milk in the mother world. Oxford. University Press. USA.
- 20). Lacerva, V. (1983) Lactancia Materna. Manual Moderno. México.
- 21). Lepage, P.; Munyakazi, C. (1981). "Breastfeeding and hospital mortality in children in Rwanda". Lancet. Vol. 11. p.p. 409-411.
- 22). Mandl, P. (1983). "La importancia de la lactancia materna". en UNICEF Alimentación al pecho. Pax. México.

- 23). Mata, L.; Allen, M. y Colls. (1982). "Efecto de intervenciones hospitalarias sobre la lactancia y la salud en el período neonatal". Revista Médica Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz. Costa Rica. Vol. 17. Nº 1-2. p.p. 99-116.
- 24). Montañó, M., Rodríguez, A. (1982). "Leche... la madre decide". Tiempo. Vol. 2603. p.p. 3-7. Marzo. México.
- 25). Organización Mundial de la Salud. (1981). Contemporary patterns of breastfeeding. OMS. Ginebra.
- 26). OMS/UNICEF (1989). Protección, Promoción y apoyo de la lactancia materna. OMS. Ginebra.
- 27). ONU/Subcomité en Nutrición (1991) . "Una revisión periódica de desarrollos en nutrición internacional". Recopilado de información disponible en ACC/SCN. SCN.NEWS. Estratos. p.p. 1-7. Noviembre.
- 28). Pelayo y Gross. (1985). Larousse Diccionario Usual. Larousse México.
- 29). Pichón-Riviere, E. (1985) El proceso grupal del psicoanálisis a la psicología social. Nueva Visión. Buenos Aires.
- 30). Potter, R. (1991). "Aplications of field studies to resseach on the phisiology of human reproduction: lactation and it effects upon birth intervals in eleven, India". En: Saadeh, R. Lactancia materna y espaciamento de los nacimientos. Boletín de la oficina sanitaria panamericana. Vol. 11. Nº. 2. Agosto.
- 31). Secretaría de Salubridad y Asistencia. (1974). Hospital de la Mujer. Talleres Gráficos de la Nación. México. (folleto).
- 32). S.S./DGSMI (1990) "Lactancia Materna: pasado, presente y futuro". División de educación médica continua. Facultad de Medicina. Vol. 10. No. 10. p.p. 26-29. Octubre.

- 33). S.S./DGSMI (1990). "Lactancia materna: pasado, presente y futuro". División de educación médica continua. Facultad de Medicina. Vol. 10. p.5. Octubre.
- 34). S.S.(1991). Manual de Alojamiento Conjunto y Lactancia Materna. S.S. México.
- 35). S.S. /DGSMI. (1992). Hospital Amigo del Niño y de la Madre. UNICEF. México. (folleto).
- 36). Sociedad Panameña de Pediatría. (1980). Seminario Nacional sobre Lactancia Materna y Nutrición Materno Infantil. Litho impresora Panamá S.A. Panamá.
- 37). Victoria, G., Vaughn, J. (1987). "Evidence for protection by breastfeeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil". Lancet. Vol. 2. p.p. 319-321.

ANEXO 1

Resumen del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna

- Objetivo:** El Código tiene por objeto proteger y fomentar la lactancia materna, mediante la reglamentación de una distribución y comercialización adecuadas de los sucedáneos de la leche materna.
- Alcance:** El Código se aplica a la comercialización de los sucedáneos de la leche materna, cuando están comercializados o cuando de otro modo se indique que pueden emplearse para sustituir parcial o totalmente a la leche materna. Los sucedáneos de la leche materna incluyen los siguientes alimentos y bebidas:
 - fórmulas infantiles
 - otros productos lácteos
 - cereales (en papillas)
 - jugos o mezclas de verduras
 - té y jugos para bebés
 - leches llamadas "de seguimiento".El Código se aplica además a los biberones y tetinas. Algunos países han ampliado el alcance del Código para abarcar además de los alimentos comercializados o de otro modo indicados como sucedáneos de la leche materna también los alimentos usados como sucedáneos de la leche materna.
- Publicidad:** El Código no permite ninguna publicidad destinada al público de los productos arriba mencionados.
- Muestras:** No se permitan muestras a las madres y sus familias ni a los agentes de salud.
- Sistemas de atención de salud:** No se permite ninguna promoción de los productos en los servicios de salud, es decir ninguna exposición de productos, afiches, ni distribución de materiales promocionales. No se permite el uso de personal de las compañías fabricantes de dichos productos en los servicios de salud.
- Agentes de salud:** Los fabricantes no pueden dar regalos ni muestras a los agentes de salud. La información que distribuyan a los agentes de salud sobre productos debe ceñirse a datos científicos y objetivos.
- Suministros:** No se permite la distribución gratuita de suministros de sucedáneos de la leche materna a los hospitales y clínicas.
- Información:** El material informativo y educativo debe explicar los beneficios de la lactancia materna, los riesgos para la salud vinculados al uso del biberón y los costos del uso de las fórmulas infantiles.
- Etiquetas:** Las etiquetas de los productos deben decir claramente que la lactancia materna es superior, explicar la necesidad de consultar a un agente de salud antes de usar un sucedáneo y deben contener una advertencia sobre los riesgos de su uso para la salud.
- Productos:** Los productos que no son apropiados para lactantes, como la leche condensada azucarada, no se deben promover para bebés. Todos los productos deben ser de buena calidad, de acuerdo con las normas del Codex Alimentarius, y deben adecuarse al clima y a las condiciones de almacenamiento del país donde se usan.

ANEXO 2

Diez pasos hacia una feliz lactancia natural

Declaración Conjunta OMS/UNICEF, 1989

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 esa 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 lactación incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los 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 a su salida del hospital o clínica.

ANEXO 3

HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO Y DE LA MADRE

ACCIONES

MATERNAS

1. CONSULTA PRENATAL.

META: Otorgar 5 consultas al 90% de la población demandante.

2. DETECCION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO.

META: Aplicar la Historia Clínica Simplificada y el Carnet Perinatal en el 100% de la población demandante.

3. ORIENTACION NUTRICIONAL A EMBARAZADAS.

META: 250 pláticas en un año. Una por día hábil.

4. ATENCION INSTITUCIONAL DEL PARTO.

META: Atender al 100% de la población en control prenatal.

5. ATENCION DEL PUERPERIO.

META: Alojamiento conjunto al 100% de puerperas sin complicación. Capacitación sobre lactancia materna en el 100% de puerperas sin complicaciones. Ingreso del 75% de las puerperas al Programa de Planificación Familiar. Otorgar orientación nutricional al 100% de las puerperas.

6. PROMOCION DE PLANIFICACION FAMILIAR.

META: Realizar una plática por día laborable respecto al programa.

7. DETECCION DE CANCER DE MAMA DE LA MUJER.

META: Adiestrar al 90% de las mujeres hospitalizadas por cualquier causa en la auto-exploración de mama. Realizar una plática por día laborable respecto a la detección oportuna de cáncer de mama de la mujer.

8. DETECCION DE CANCER CERVICO UTERINO.

META: Realizar citología vaginal al 100% de mujeres con vida sexual activa y/o mayores de 25 años. Realizar una plática por día laborable respecto a la detección oportuna de cáncer cérvico-uterino.

INFANTILES

9. APLICAR O COMPLETAR EL ESQUEMA DE TOXOIDE TETANICO.

META: Aplicar la vacuna contra el tétanos al 100% de las embarazadas en control.

10. REVISION DEL ESQUEMA DE VACUNACION EN MENORES DE 5 AÑOS.

META: Encuestar al 100% de menores de 5 años asistentes al hospital por cualquier motivo. Referir a Medicina Preventiva al 100% de niños con esquema incompleto.

11. VACUNACION NEONATAL.

META: Aplicar al 100% de recién nacidos la dosis neonatal de Sabin y la vacuna BCG.

12. PROMOCION DEL USO DE VIDA SUERO ORAL.

META: Realizar una plática por día respecto al manejo del niño con diarrea, aguda. Proporcionar un sobre de Vida Suero Oral a todas las madres asistentes a las pláticas.

13. DETECCION Y MANEJO DE IRA EN MENORES DE 5 AÑOS.

META: Realizar una plática por día respecto al manejo del niño con Infección Respiratoria Aguda.

14. VIGILANCIA DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

META: Realizar vigilancia del crecimiento y desarrollo en el 100% de niños asistentes a consulta externa por cualquier causa.

SERVICIOS

15. PROMOVER LA DIFUSION DE LA LACTANCIA MATERNA.

META: Colocar carteles en todas las áreas de consulta externa y hospitalización. Impartir una plática diaria. Elaborar un Manual de Lactancia Materna. Difundir el manual entre el personal de los servicios de pediatría y obstetricia.

16. ESTABLECER LA LACTANCIA MATERNA EN EL HOSPITAL.

META: Implantar la lactancia materna en el 100% de las púerperas sin complicación.

17. PROMOVER LA ERRADICACION DE LA LACTANCIA ARTIFICIAL.

META: Operación del Banco de Leche Artificial, por abajo del 25%.

18. FORMAR GRUPOS DE APOYO A LA LACTANCIA MATERNA.

META: Integrar un grupo constituido por personal de salud. Integrar un grupo constituido por personal voluntario.

19. IDENTIFICAR LAS OPORTUNIDADES PERDIDAS.

META: Elaborar un documento relativo a las oportunidades perdidas.

20. DIFUNDIR EL ALOJAMIENTO CONJUNTO.

META: Elaborar y difundir el manual correspondiente.

21. PRACTICAR EL ALOJAMIENTO CONJUNTO.

META: Alojamiento del 100% de los recién nacidos con la madre, en casos no complicados.

INVESTIGACION.

12. ESTUDIO DE LA MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL.

META: Dictámenes del 100% en defunciones materna y perinatales.

13. SISTEMATIZAR LA EXPERIENCIA.

META: Elaborar un documento con registros gráficos y descriptivos.

14. INVESTIGAR FACTORES DE RIESGO.

META: Elaborar un protocolo de investigación sobre factores de riesgo locales.

CAPACITACION.

25. CAPACITAR AL PERSONAL DE SALUD SOBRE LACTANCIA MATERNA.

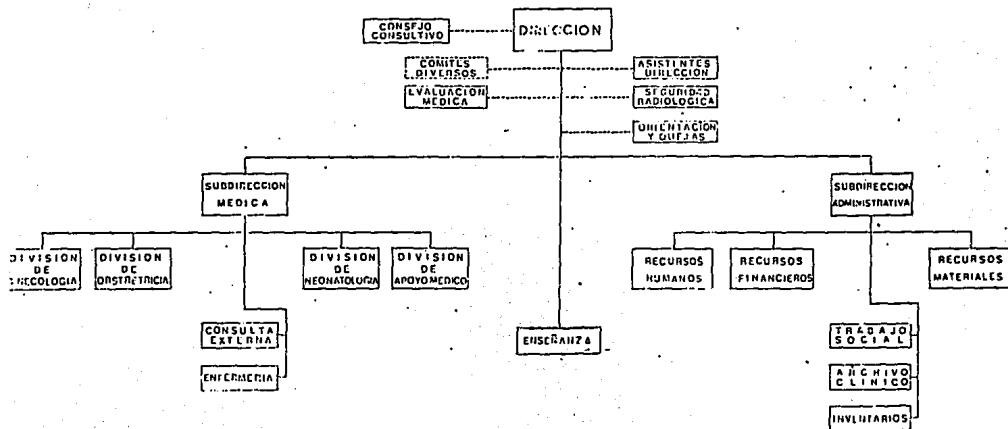
META: Realizar un curso de capacitación al año para el 100% de personal de pediatría y gineco-obstetricia. Realizar dos sesiones generales informativas al resto del personal de la unidad.

ANEXO 4



SECRETARIA DE SALUD
COORDINACION GENERAL DE HOSPITALES EN EL D.F.
HOSPITAL DE LA MUJER

ORGANIGRAMA



ANEXO 5

III SIMPOSIUM INTERNACIONAL DE LACTANCIA MATERNA

CONTENIDO TEMATICO:

- Acciones para promover la lactancia materna.
- Hospitales Amigos del niño y de la madre.
- Actualidades en lactancia materna.
- Importancia de la lactancia materna en la salud infantil.
- Propiedades de la leche materna.
- Técnicas prácticas y rutinarias de la lactancia materna.
- Factores de relación madre hijo.
- Problemas al amamantamiento.
- Situaciones especiales de la lactancia materna.
- Relactación.

ANEXO 6

SECRETARIA DE SALUD
DIRECCION GENERAL DE ATENCION MATERNO INFANTIL

III REUNION TECNICA DEL GRUPO DE ENFERMERAS Y TRABAJADORAS SOCIALES
DE LOS HOSPITALES AMIGO DEL NINO Y DE LA MADRE., AREA METROPOLITANA.

FECHA: 5 DE MAYO DE 1992

INTRODUCCION

El trabajo en grupos pequeños, tiene como objetivo discutir un tema que sea de inters en todos los hospitales, con objeto de unificar criterios, analizar problemas y dar propuestas de solución a los mismos.

En el grupo se trabajará con un coordinador de la Dirección General de Atención Materno Infantil y un relator miembro del grupo, que será responsable de preservar las conclusiones en sesión plenaria.

El resultado del trabajo realizado, se expondrá en forma breve y en la misma es muy importante que se den alternativas de solución factibles. El resumen entregará por escrito a su coordinador.

GRUPO	TEMA	CONTENIDO	COORDINADOR
I	LACTANCIA EXCLUSIVA PROHIBICION DE BIBERONES	DEFINICION DIFICULTADES Y BARRERAS PARA SU USO PORCENTAJE DE DISMINUCION. DIFICULTADES. CONCEPTOS.	
II	10 PASOS HACIA UNA FELIZ LACTANCIA NATURAL	FACTIBILIDAD AVANCE BARRERAS CONCEPTOS	
III	CODIGO INTERNACIONAL DE COMERCIALIZACION DE SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA	CONOCIMIENTO APLICACION DIFICULTADES DE INTERPRETACION Y	

ANEXO 7



La Liga de la Leche de México, A.C.

Wes # 76 Esq. Bajío
Col. Roma Sur
C.P. 06760
Tel. 564-0956

PROGRAMA "GRUPOS DE APOYO" en los HOSPITALES AMIGOS DEL NIÑO
Y DE LA MADRE.

CURSO PARA MONITORAS DE LACTANCIA MATERNA
Del 17 al 21 de Mayo de 1993.
La Liga de la Leche de México, A.C.

Lunes 17 de Mayo

- 8:30 Registro de participantes.
- 9:00 Bienvenida y presentación de las participantes.
Edith Nava
- 9:30 Presentación de la Liga de la Leche de México, A.C.
Mari Carmen Vera
- 10:00 Anatomía y fisiología de la glándula mamaria
Dra. Guadalupe Vargas.
- 11:00 Receso
- 11:30 Ventajas emocionales de la lactancia materna.
Renate Guillen
- 12:30 Ventajas nutricionales y fisiológicas de la leche
materna
Dr. Horacio Reyes
- 13:30 Video
Lactancia materna prioridad global

Martes 18 de Mayo

- 9:00 Mesa de trabajo La lactancia materna en sus
lugares de trabajo
Pilar Mina
- 10:00 Manejo práctico de la lactancia materna I
Pilar Mina
- 10:45 Receso
- 11:15 Manejo práctico de la lactancia materna II
Lourdes Garza
- 12:30 La importancia de los grupos de apoyo en los
hospitales amigos del niño y de la madre
Lourdes Garza



La Liga de la Leche de México, A.C.

Wes # 76 Esq. Bajío

Col. Roma Sur

C.P. 06760

Tel. 564 0956

Miercoles 19 de Mayo

- 9:30 Video
La Lactancia en la práctica
- 10:30 Salida al Hospital General de México
- 11:00 Grupo A: Alojamiento Conjunto
Enf. Julia Martinez
Grupo B: Clínica de Lactancia
- 11:30 Grupo A: Clínica de Lactancia
Grupo B: Alojamiento Conjunto
Enf. Julia Martinez
- 12:15 Salida a la casa de promoción de lactancia materna
y Receso
- 13:00 Resolución de dudas sobre la práctica
Edith Nava
- 13:30 Video
Posiciones al amamantar

Jueves 20 de Mayo

- 9:00 Alimentación del niño durante su primer año de vida
Dr. Alejandro Rangel
- 10:00 Mitos de la lactancia materna
Renate Guillen
- 10:45 Receso
- 11:15 Sesión práctica: Como se dirige un grupo de apoyo
Edith Nava
- 12:45 Resolución de dudas y manejo práctico del material de apoyo
Edith Nava
- 13:45 Video
Extracción Manual

Viernes 21 de Mayo

- 9:00 Situaciones especiales en la Lactancia Materna
Dra. Guadalupe Vargas y Dr. Juan José Almaraz
- 10:30 Receso
- 10:45 Relaciones Humanas
Edith Catarrivas
- 12:00 Relaciones de trabajo futuras
Pila Mina
- 13:30 Clausura del curso de monitoras de lactancia materna

ANEXO 8

VIDEO: LACTANCIA MATERNA: COMO SALVAR UN RECURSO NATURAL

CONTENIDO TEMATICO

- Riesgos a la salud por falta del amamantamiento
- Surgimiento de los Hospitales Amigo.
- Grupos de apoyo.
- Ventajas del amamntamiento.
- Fortalecimiento del vínculo madre-hijo a través de la práctica de la lactancia materna.

UNICEF / LIGA DE LA LECHE .

ANEXO 9

CARTA DESCRIPTIVA
SEGUNDO PERIODO: COORDINACION PARA LA FORMACION PSICOLOGICA HACIA UN GRUPO DE ENFERMERAS

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPEC	MODULO	CONTENIDO	TIEMPO	TECNICAS DE ENSEÑANZA	MATERIALES
Formar en el personal de enfermería una actitud nueva en pro de la L.M.	Incrementar los conocimientos que sobre L.M. tiene el personal de enfermería a través de la capacitación y entrenamiento	TEORICO	-Iniciativa para hospitales amigos de los niños. -Promoción y apoyo de la L.M. -Ventajas de la L.M. - Fisiológica - Sociales - Psicológicas -Factores que intervienen en la disponibilidad de la madre para amamantar. -Técnicas de comunicación educativa en L.M.	25 min. 25 min. 30min. 30 min.	Técnica expositiva (medio audiovisual) Técnica expositiva. Conferencia	Videocinta (1) Videocasetera (1) T.V. (1) libros, revistas y folletos. Rotafolio, libros y revistas.
		PRACTICO	-Factores que intervienen en la disponibilidad de la madre para amamantar. -Técnicas de comunicación educativa en L.M. - Motivar a la acción - Ganarse la confianza - Conocimiento de creencias - Conocimiento de prácticas sobre alimentación -Alternativas de acción ante problemas frecuentes. - Pezones invertidos y planos - Grietas - Confusión de succión - Ansiedad de la madre - Negación a amamantar - Modelamiento de las técnicas de comunicación educativa en L.M.	30 min. 30 min cu 20 min 20 min. 20 min. 30 min. 30 min. 20-30 min	Técnica expositiva Técnica demostrativa (Modelamiento) y Conferencia	Pizarrón. Rotafolio y población materno infantil hospitalizada en A.C.

ANEXO 10

CARTA DESCRIPTIVA
TERCER PERIODO: INTERVENCION CON EL VINCULO MADRE - HIJO

OBJETIVO GENERAL	OBJ. ESPEC	MODULO	CONTENIDO	INTERVENCIÓN	TIEMPO	TECNICAS DE ENSEÑANZA	MATERIALES
Concentrar a la población acerca de la importancia que tiene la L.M. en el establecimiento del vínculo madre-hijo y las repercusiones de éste en la salud materno infantil	-Brindar orientación y adiestramiento en L.M. a la población en A.C	TEORICO	-Ventajas que aporta la L.M. al binomio Fisiológicas Sociales Psicológicas	30 min.	GRUPAL e INDIVIDUAL	-Técnica expositiva	Rotafolio
	-Motivar y sensibilizar a la población, con el fin de disminuir la ansiedad que implica retomar a una práctica poco usual.		-Consejos prácticos para la L.M. exitosa	30 min.	GRUPAL e INDIVIDUAL	Técnica expositiva (medio audiovisual) Conferencia con participación	T.V. (1) Videocassetera(1) Videocinta (1) Rotafolio
	-Colaborar en la formación de una contracultura que fomente la práctica de la L.M. a través de la desmitificación que impera alrededor de ésta.		-Estado emocional de la madre y la influencia de la relación madre-hijo.	30 min.			
		PRACTICO	-Adiestramiento ante situaciones especiales Pezones planos e invertidos Gnefas Congestión mamaria Confusión de succión Técnicas de amamantamiento Situación emocional, ansiedad, miedo y rechazo	acorde a cada situación	INDIVIDUAL	Técnica demostrativa. (modelamiento) y Charla	Rotafolio y folletos y Binomio madre-hijo

ANEXO 11

VIDEO: "L.M. CONSEJOS PRACTICOS"

CONTENIDO TEMATICO

- Técnica de amamantamiento.
- Importancia del contacto ocular y contaco piel a piel.
- Requerimientos del recién nacido.
- Vínculo madre-hijo

ANEXO 12

COMITÉ ORGANIZADOR

PRESIDENTA

Enf. en Admón. Julia Martínez Huerta
Hospital General de México, SSA

VICEPRESIDENTA

Lic. y T.S. Ma. Luisa González Alonso
Hospital General de México, SSA

TESORERA

T.S. Ma. Lugarda Cervantes Molina
Hospital General de México, SSA

COORDINADOR OPERATIVO

Sr. Sergio Velasco Carbajal

T.S. Graciela Cadena Sorio

Hospital Materno Infantil de Inguarán, SSDDF

Enf. Leticia Carrera Zanco

Hospital "1° de Octubre", ISSSTE

T.S. María Ana Castañeda Mandillo

Hospital Materno Infantil de Tlaxhuac, SSDDF

Enf. Carolina Fernández Ramírez

Hospital General "La Perla", Cd. Nezahualcóyotl, SSA

Enf. Magdalena Flores Cruz

Hospital "1° de Octubre", ISSSTE

T.S. Graciela García Hernández

Hospital General de México, SSA

Lic. y Enf. Diana Lilia Gutiérrez Castillo

Hospital de La Mujer, SSA

Dr. Miguel Guzmán Pineda

Hospital "1° de Octubre", ISSSTE

T.S. Ma. Guadalupe Macías Torres

Hospital General de México, SSA

Enf. Rufaela Ocaña Zavaleta

Hospital Central de Alta Especialidad, PEMEX

T.S. María Isabel Ortega T.

Hospital General "La Perla", Cd. Nezahualcóyotl, SSA

Enf. Ma. Uno Pérez Flores

Hospital General "La Perla", Cd. Nezahualcóyotl, SSA

Enf. Leticia de la Rosa Ruiz

Hospital General de México, SSA

T.S. Guadalupe de los Santos Alvarado

Hospital "Manuel Gea González", SSA

Enf. Sandra Luz Sumaya

Hospital "1° de Octubre", ISSSTE

T.S. Dolores Vázquez Almeida

Hospital "1° de Octubre", ISSSTE

Enf. Leticia Ventura Medellín

Hospital Central de Alta Especialidad, PEMEX

PRIMER CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA Y TRABAJO SOCIAL EN EL PROGRAMA HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO Y DE LA MADRE



Del 3 al 6 de agosto de 1993
Oaxtepec, Morelos

Organizado por el personal de
Enfermería y Trabajo Social
del Sistema Nacional de Salud

Patrocinado por:

Dirección General de Atención
Materno Infantil
Secretaría de Salud

Fondo de las Naciones Unidas para
la Infancia (UNICEF)

La Liga de la Leche de México A.C

ANEXO 13

◆ PROGRAMA CIENTIFICO ◆

MIÉRCOLES 4 DE AGOSTO

- 7:00 - 9:00 Registro e Inscripción
- 9:00 - 9:15 Bienvenida y Propósitos del Congreso
Enf. en Admón. Julia Martínez Huerta
- 9:15 - 9:30 Inauguración
- 9:30 - 10:30 Conferencia Magistral
"Programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre"
Lic. Yolanda Senties E. QFB
Directora General de Atención Materno Infantil, SSA
- 10:30 - 11:00 Receso
- 11:00 - 12:30 Panel
"Avances y Perspectivas del Programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre"
Dra. Aurora Rábago Ordóñez
IMSS
Enf. Sanitarista Beatriz Hernández de León
IMSS Solidaridad
Dr. Javier Domínguez del Olmo
ISSSTE
Dr. Samuel Fuentes Aguirre
Servicios de Salud, DDF
Dr. Rodolfo Reyes Pérez
PEMEX
Tte. Dra. Evangelina Muñoz Sorio
Servicios Médicos de la Secretaría de Marina
Coordinador:
Dr. Fernando Herrera Lasso
Dirección General de Atención Materno Infantil, SSA
- 12:30 - 14:30 Taller
"Seguimiento y Evaluación del Programa"
SALA 6 Dra. Aurora Martínez González
Dirección General de Atención Materno Infantil, SSA
SALA 4 Dr. Amando Mantaña Uzcanga
Centro Nacional de Lactancia Materna,
Hospital General de México, SSA
AUDITORIO Dr. Arturo González Pineda
UNICEF
- 14:30 - 16:00 Comida

VIERNES 6 DE AGOSTO

- 8:30 - 10:00 Panel
"Perspectivas para introducir el tema de la lactancia materna en los Planes de Estudio de Enfermería y Trabajo Social"
Lic. en Enf. Ma. Teresa Ayala Quintana
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM
Lic. en T.S. Margarita Ruiz Valdepeña
Escuela de Trabajo Social, Universidad del Valle de México
Lic. en Enf. José Gabriel Reyes
Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia, IPN
Lic. en T.S. Anael Borja Pérez
Escuela Nacional de Trabajo Social, UNAM
Lic. Antonio González Barranco
Centro de Estudios Tecnológicos N° 5, Trabajo Social, SEP
Coordinador:
Lic. Rafael Rodríguez González
Hospital General "La Perla", Cd. Nezahualcóyotl
- 10:00 - 10:30 Receso
- 10:30 - 12:30 Talleres
- SALA 4 "Manejo de la Lactancia en Situaciones Especiales"
Dr. Horacio Reyes Vázquez
Centro Nacional de Lactancia Materna
- AUDITORIO "Técnicas para lograr una lactancia exitosa"
Dra. Guadalupe Santos
Hospital General "La Perla", Cd. Nezahualcóyotl
Enf. Carolina Fernández Román
Hospital General "La Perla", Cd. Nezahualcóyotl
- 12:30 - 13:30 Conferencia Magistral
"Aspectos Psicosociales de la Lactancia Materna"
Dr. Federico G. Puente Silva
Federación Mundial de Salud Mental
- 13:30 - 14:00 Relatoría
- 14:00 - 14:30 Clausura y Entrega de Constancias
- 14:30 Comida de Clausura