

UNIVERSIDAD NACIONAL
FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
ESCUELA DE LITERATURA Y CIENCIAS DEL LENGUAJE

LACTANCIA MATERNA
FUNDAMENTOS TECNICOS Y RECOMENDACIONES

Traducción y Memoria

Trabajo de graduación para aspirar al grado de
Licenciada en Traducción
(Inglés - Español)

presentado por

DENNY MAYELA ROJAS GARCIA

1995

La traducción que se presenta en este tomo se ha realizado para cumplir con el requisito curricular de obtener el grado académico en el Plan de Licenciatura en Traducción, de la Universidad Nacional.

Ni la Escuela de Literatura y Ciencias del Lenguaje de la Universidad Nacional, ni la traductora, tendrán ninguna responsabilidad en el uso posterior que de la versión traducida se haga, incluida su publicación.

Corresponderá a quien desee publicar esa versión gestionar ante las entidades pertinentes la autorización para uso y comercialización, sin perjuicio del derecho de propiedad intelectual del que es depositaria la traductora. En cualquiera de los casos, todo uso que se haga del texto y de su traducción deberá atenerse a los alcances de la Ley de Derechos de Autor y Derechos Conexos, vigente en Costa Rica.

LACTANCIA MATERNA: FUNDAMENTOS TECNICOS Y RECOMENDACIONES,
editado por Randa J. Saadeh de la Organización Mundial de la Salud y la
Nutrición.

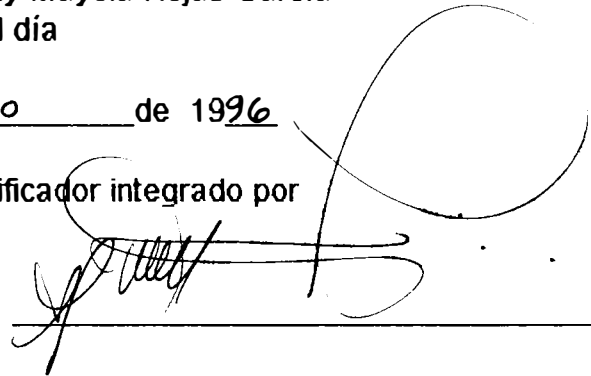
Traducción y Memoria.

Trabajo de Graduación para aspirar al grado de
Licenciada en Traducción (Inglés-Español),
presentada por Denny Mayela Rojas García
el día

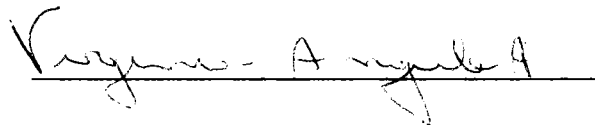
22 de marzo de 1996

ante el tribunal calificador integrado por

M.I. Alban Bonilla Sandi
Decano
Facultad de Filosofía y Letras



M.A. Virginia Angulo A.
Directora
Escuela de Literatura y Ciencias
del Lenguaje



Dr. Carlos Francisco Monge
Profesor guía



M.A. Lelia Yolanda Villalobos
Lectora



Lic. Sherry Gapper
Lectora

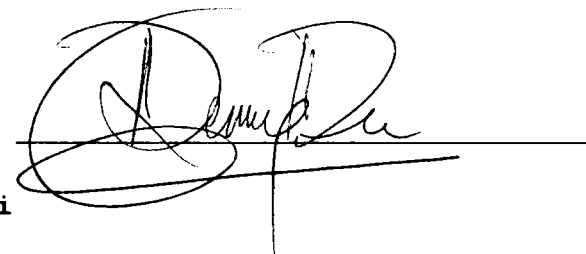


M.L. Seidy Araya Solano
Lectora



Postulante:

Denny Mayela Rojas García



INDICE GENERAL

Prefacio.....	vi
PRIMERA PARTE	
Traducción del texto.....	1
Capítulo I.....	10
Capítulo II.....	48
SEGUNDA PARTE	
Memoria de la traducción	
Introducción.....	116
Capítulo I	
Generalidades.....	121
Análisis.....	122
Capítulo II	
Modificación de estructuras.....	129
I. Modificación de estructuras complejas	
1. Transposición.....	131
2. Modulación.....	135
3. Amplificación y Explicitación.....	138
4. Adaptación.....	143
5. Puntuación.....	145
II. Modificación de la pasiva.....	148
Capítulo III	
Terminología y elaboración de un glosario.....	153
I. Glosario de términos repetidos.....	157
II. Glosario de términos encontrados en otros textos o que el especialista aportó.....	160
III. Glosario de abreviaturas y nombres de instituciones.....	164
IV. Otros términos.....	167
Conclusiones.....	170
Bibliografía.....	173
Apéndice Texto original.....	176

Prefacio

El siguiente trabajo consiste en un proyecto de graduación para optar por el grado de Licenciatura en Traducción, de inglés a español. Este programa lo imparte la Escuela de Literatura y Ciencias del Lenguaje de la Universidad Nacional. A su vez, el trabajo se fundamenta en la traducción de los dos primeros capítulos de un libro de texto en inglés cuyo título es *Breast-feeding: The Technical Basis and Recommendations for Action (Lactancia materna: fundamentos técnicos y recomendaciones)* publicado por la OMS^(*). Se trata de un texto técnico del campo de la nutrición y ha sido traducido al español. Además de su traducción, se desarrollará una memoria que abarca aspectos relacionados con el proceso. Finalmente, se incluirá una copia del texto original.

(*) Saadeh, Rand J. y otros, eds. (1989). *Breast-feeding, the technical basis and recommendations for action*. Genova: World Health Organization

PRIMERA PARTE:

TRADUCCION DEL TEXTO

.

.

.

Lactancia materna

Fundamentos técnicos y recomendaciones

Editado por
Randa J. Saadeh

Organización Mundial de la Salud y la Nutrición, Ginebra, Suiza
con

Miriam H. Labbok
Kristin A. Conney
Peggy Koniz-Bocher

Instituto de Salud Reproductiva
Escuela de Medicina de la Universidad de Georgetown
Washington, DC. EEUU

Organización Mundial de la Salud
Ginebra, 1993

La Organización Mundial de la Salud es una agencia especializada de las Naciones Unidas cuya responsabilidad principal es velar por los asuntos internacionales relacionados con la salud y la salud pública. Por medio de esta organización, creada en 1948, los profesionales de la salud de ciento ochenta países intercambian sus conocimientos y experiencias con el fin de que todos los ciudadanos del mundo tengan, para el año 2000, un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva.

Por medio de la cooperación técnica directa con sus Estados Miembros y la estimulación de esta colaboración entre ellos, la OMS promueve el desarrollo de los servicios de salud comprensivos, el control y prevención de enfermedades, el mejoramiento de las condiciones ambientales, el desarrollo de los recursos humanos para la salud, la coordinación del desarrollo de investigaciones biomédicas y el servicio de salud, y el planeamiento e implementación de los programas de salud.

Estos grandes campos de trabajo comprenden gran variedad de actividades, tales como el desarrollo de sistemas de salud primaria dirigido a toda la población de los países Miembros; la promoción de la salud de las madres y sus hijos; la lucha contra la desnutrición; el control de la malaria y otras enfermedades contagiosas como la tuberculosis y la lepra; la coordinación de una estrategia a nivel mundial para la prevención y control del SIDA; puesto que ya se logró erradicar la viruela, la promoción de la inmunización masiva contra un gran número de otras enfermedades que pueden prevenirse; el mejoramiento de la salud mental; el suministro de agua potable; y la capacitación del personal de la salud en todas las categorías.

El camino hacia una mejor salud en todo el orbe también requiere la cooperación internacional en asuntos como el establecimiento de normativas internacionales para sustancias biológicas, pesticidas y medicinas; la formulación de criterios sobre la salud ambiental; la recomendación de nombres internacionales sin patente para las medicinas; la aplicación de Regulaciones Internacionales de la Salud; la revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud; y la recolección y distribución de información estadística sobre la salud.

A propósito de la reflexión sobre los asuntos y prioridades de la Organización y sus Estados Miembros, las publicaciones de la OMS suministran información y guía de autoridad con el propósito de promover y proteger la salud y prevenir y controlar enfermedades.

© Organización Mundial de la Salud, 1993

Este documento es una publicación informal de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y tiene reservados todos los derechos. Sin embargo, se puede analizar, resumir, reproducir y traducir con libertad ya sea en parte o en su totalidad pero sin fines de lucro ni comerciales.

Las opiniones expresadas en los documentos en los cuales aparece el nombre del autor son responsabilidad única de ellos. -

Indice

Prefacio	8
Agradecimientos	9
1. Frecuencia y disposiciones mundiales sobre la lactancia materna	10
Análisis técnico	13
Frecuencia y tendencias generales	16
Región africana	26
Región del continente americano	29
Región oriental mediterránea	32
Región europea	34
Región del sudeste asiático	35
Región occidental pacífica	57
Conclusiones	38
Recomendaciones	42
Referencias	44
Bibliografía adicional	46
2. Sistemas de salud y procedimientos relacionados con la lactancia	48
Análisis técnico	49
La lactancia materna en los servicios de maternidad	
La lactancia materna en el servicio de salud posterior al parto	54
Implementación del programa	71
Costos	89
Recomendaciones	94
Referencias	100
Bibliografía adicional	110
3. Capacitación en el manejo de la lactancia *	

3. Capacitación en el manejo de la lactancia *

- Análisis técnico
- Implementación del programa
- Conclusiones
- Recomendaciones
- Referencia
- Bibliografía adicional

4. El papel de los grupos de apoyo a la madre

- Análisis técnico
- Implementación del programa
 - Grupos exitosos de apoyo a la madre
 - Investigación y evaluación
- Costos
- Recomendaciones
- Referencias
- Bibliografía adicional

5. Información, educación y comunicación en el apoyo a la lactancia

- Análisis técnico
- Implementación del programa
 - Brasil
 - República Islámica de Irán
 - Guatemala
 - Australia
 - Kenia
- Problemas en la implementación
 - La relación con los logros complementarios
 - Campañas de Educación Pública
 - Mensajes de IEC
 - Escogencia del canal

* A partir del capítulo III no están incluidos en la traducción.

Comunicación entre las personas
Recolección y distribución de la información
Planeamiento estratégico
Manejo
Problemas en la lactancia
El impacto continuo de la industria
Evaluación

Recomendaciones

Bibliografía adicional

6. La mujer, el trabajo y la lactancia

Información técnica

Implementación del programa: derechos sobre el cuidado de
la madre y el niño

A nivel internacional

A nivel nacional

A nivel individual y de la comunidad

Costos

Recomendaciones

Referencias

Bibliografía adicional

ANEXO 1. *Declaración de Innocenti*

Prefacio

Este libro se elaboró para proveer a los encargados de establecer las políticas y los comisionados de planear los programas de información técnica actualizada y recomendaciones para el planeamiento estratégico con el propósito de proteger, promover y apoyar la lactancia. Todo esto es el resultado de muchos años de coordinación interinstitucional. Los representantes técnicos de diversas agencias donantes internacionales se reunieron a mediados de la década de 1980 para analizar la variedad de acciones necesarias para mejorar la situación de la lactancia alrededor del mundo. El grupo, que se conoce informalmente como el Grupo Interinstitucional para la Acción sobre Lactancia Materna (AIALM) sólo para este propósito, celebró cinco reuniones sobre los siguientes temas: prácticas de salud relacionadas con la lactancia; manejo del amamantamiento; apoyo directo-a-la-madre; las mujeres, el trabajo y la lactancia; y la definición de la terminología de la lactancia. Además de las reuniones, se solicitó un documento acerca de la «Información, educación y comunicación», y otros que se prepararon en relación con las conexiones de la salud, tendencias a nivel mundial y problemas relacionados.

En el verano de 1990, la OMS y el UNICEF celebraron dos reuniones a nivel mundial, con el apoyo de la USAID y la ASID (Agencia Sueca Internacional para el Desarrollo). La primera fue la reunión técnica conjunta de la OMS y el UNICEF sobre «lactancia materna en la década de 1990» celebrada en la Organización Mundial de la Salud, Ginebra, del 25 al 28 de junio de 1990. Sirvió como foro para discusión y debate, agrupó los documentos de todas las reuniones anteriores, lo mismo que documentos relacionados para que un grupo de expertos los considerara.

La segunda reunión, «Lactancia materna en la década de 1990: iniciativa a nivel mundial», celebrada en el Spedale degli Innocenti Centre de Florencia, Italia, del 30 de julio al 1 de agosto de 1990, se diseñó para presentar las conclusiones y recomendaciones de la reunión técnica de la OMS y el UNICEF para quienes establecen las políticas en todos los países. La *Declaración Innocenti* sobre la protección, promoción y apoyo a la lactancia (ver Anexo 1) fue lo más sobresaliente de esa reunión y se incorporó más tarde dentro de las declaraciones de la Cumbre Mundial de las Naciones Unidas para los Niños, en setiembre de 1990.

Este libro incluye resúmenes del material discutido en la reunión técnica de la OMS y el UNICEF y las recomendaciones que surgieron de allí

Agradecimientos

Los editores desean agradecer las valiosas contribuciones de las siguientes personas: James Akre, Mary Ann Anderson, Mark Belsey, Silvie I. Cohen, Kathleen Cravero, Isabel de Zoysa, Ted Greiner, Barbara Heiser, Urban Jonsson, Margaret Kyenka-Isabirye, Cessa Lutter, Marina Rea, Jean Rutabanzibwa, Felicity Savage y Penny Van Esterik. También quieren agradecerle a todos aquellos que ayudaron a inaugurar el Grupo Interinstitucional sobre Lactancia Materna (GILM) y también a quienes estuvieron involucrados en forma indirecta en la preparación de este documento: Cholomé O'Gara, Alberto Pradilla, James Shelton y Nina Schlossman, y en especial a la memoria de Martin Forman y su gran aporte en este trabajo. Por último, desean agradecer a Derrick Jelliffe por sus contribuciones durante muchos años en el campo de la nutrición infantil.

El financiamiento para la preparación de este libro lo aportó el Instituto de la Salud Reproductiva, Georgetown University, según el acuerdo cooperativo DPE-3040-A-00-5064-00 con la Agencia para el Desarrollo Internacional de EEUU. Las opiniones expresadas no necesariamente reflejan los puntos de vista o políticas de la OMS, la USAID, la Georgetown University, o el Grupo Interinstitucional para la Acción sobre Lactancia Materna.

1. Frecuencia y disposiciones mundiales sobre la lactancia materna

Resumen

Las investigaciones han demostrado que la lactancia materna es de gran importancia para la salud del niño y de la madre, y la supervivencia infantil. Para que se dé un esfuerzo a nivel mundial que promueva la lactancia natural, es necesario entender la situación actual y las tendencias. Los resultados de las investigaciones de la OMS y las Encuestas sobre Demografía y Salud (EDS) entre 1986 y 1989 revelaron que existe un alto porcentaje de niños en todas las regiones estudiadas que toma leche materna: 98% en Africa, 96% en Asia y 90% en Sudamérica. Pese a que se encontró una leve variación geográfica en el inicio de la lactancia, sí hubo una variación considerable en la duración. Por ejemplo, las madres amamantan durante un lapso mayor en Africa y el sudeste asiático, pero existen diferencias considerables entre los países y regiones. En el sudeste asiático, la duración promedio es de catorce meses, pero muchas madres dejan de amamantar a los tres meses.

Aunque la mayoría de los niños del mundo han tomado leche materna durante determinado tiempo en sus vidas, muchos de ellos no han obtenido los innumerables beneficios que ésta pueda brindar, debido al modo en que sus madres los

amamantan. El ejemplo más destacado de una lactancia inadecuada es cuando no lactan en forma exclusiva entre los primeros cuatro y seis meses de edad. Incluso en los países donde las madres amamantan durante un largo período, es poco frecuente que la lactancia exclusiva se practique durante más de un mes.

Otro ejemplo común de este tipo de lactancia es cuando los recién nacidos no ingerieren el calostro. Este tiene un alto porcentaje de inmunoglobulina y muchas sustancias beneficiosas para ellos e incluso para el niño prematuro. Sin embargo, en muchos países el calostro se elimina o se reemplaza con agua glucosada, sustitutos de la leche materna o mezclas tradicionales.

En los países industrializados el porcentaje de niños que toman leche materna y la duración de la lactancia se mantienen estable. Se ha dado un aumento considerable en su frecuencia y duración, sobre todo entre mujeres educadas y con situación económica solvente. En los países en vías de desarrollo, el porcentaje de niños que tomaban leche materna aumentó un poco durante un período de aproximadamente diez años, comprendido entre las Encuestas Mundiales sobre Fertilidad (EMF) y las EDS, el cual abarcaba un promedio de casi nueve de cada diez niños que habían tomado leche materna al nacer. Sin embargo, en la mayoría de los países, la duración de la lactancia ha disminuido o no demuestra ningún cambio. La lactancia

materna continúa siendo más común entre las mujeres pobres de la zona rural. Además, existe la preocupación de que con el aumento de la urbanización, tanto la frecuencia como la duración de la lactancia pueden disminuir, como ya sucedió en los países industrializados.

Por lo tanto, aunque en un principio los resultados luzcan alentadores, cuando se tiene en cuenta el período de duración de la lactancia exclusiva y la alimentación con calostro, se nota con más frecuencia que la lactancia que se practica no es la más adecuada, pues va en detrimento de la nutrición, la salud y la supervivencia tanto de la madre como del niño.

Los participantes en la reunión técnica conjunta de la OMS y el UNICEF de 1990 recomendaron la elaboración de una declaratoria (Anexo 1) para considerarla en una reunión posterior por celebrarse en Florencia en el Centro Spedale degli Innocenti. Dicha declaración hace hincapié en que la lactancia debe ser exclusiva durante los primeros meses de edad. También recomendaron que las organizaciones internacionales y otras entidades multilaterales y bilaterales establecieran programas para promover la lactancia y que se formaran grupos de asesoramiento, políticas, estrategias y sistemas de control en cada país.

Análisis técnico

El resultado de las investigaciones demuestra que la lactancia beneficia no sólo la supervivencia, la salud y la nutrición del niño sino también la salud de la madre y el espaciamiento de los embarazos. Especialistas nacionales e internacionales admiten que cuando se practica la lactancia exclusiva durante los primeros cuatro o seis meses de edad y se continúa junto con alimentos complementarios apropiados, constituye un procedimiento óptimo de alimentación infantil. La leche materna es un excelente nutriente y promueve el desarrollo y el crecimiento del niño; beneficia tanto al niño como a la madre. A él lo protege contra enfermedades como la diarrea e infecciones, favorece la salud de ella, reduce el riesgo de hemorragias después del parto, el cáncer de ovario y de pecho y ofrece beneficios psicológicos debido al lazo emocional que se crea entre la madre y su hijo. La lactancia también contribuye en forma considerable con el espaciamiento de los embarazos y reduce los niveles de fertilidad. Cuando se complementa con el uso regular de otros métodos anticonceptivos, la fertilidad disminuye aún más, lo que permite el amamantamiento parcial y da tiempo para que la madre recobre energías y minerales para el siguiente embarazo (Akré, 1989).

Hace poco los encargados de establecer las normas analizaron la bibliografía científica (Luttter, 1990; Sharma y otros, 1990). Los análisis demuestran que la lactancia materna salva más vidas infantiles y previene más casos de morbilidad que cualquier otro método de intervención. En la actualidad, la alimentación al pecho salva seis millones de niños cada año pues previene enfermedades como la diarrea e infecciones respiratorias severas, es responsable de entre un cuarto a un tercio de la supresión de la fertilidad y provee nutrición de alta calidad a un costo mucho menor que el de los muy riesgosos de los sustitutos de la leche. La lactancia es un recurso natural muy valioso que no se debe desaprovechar. Esto significaría promover la mortalidad, el sufrimiento y problemas económicos tanto personales como nacionales.

La «modernización» y la urbanización ponen en peligro la lactancia y por lo tanto es hora de actuar. Sin embargo, para hacerlo en forma más efectiva es importante tener una información precisa de las tendencias mundiales relacionadas con la frecuencia de la lactancia y las implicaciones que tendría un cambio.

Para presentar esta información en forma inteligible, se racionalizan la gran variedad de definiciones y términos utilizados en el pasado. Por ejemplo, el término «lactancia» ha originado mucha confusión. Antes no existían definiciones comunes para los términos usados en

este campo tales como, «alguna vez», «exclusiva», «parcial», «completa» y «duración», lo cual dificulta la comparación entre los estudios y el análisis preciso de las tendencias de la lactancia. Por lo tanto es necesario que se establezcan definiciones firmes y valederas sobre este tema para comparar mejor los resultados obtenidos en los diversos países o regiones y para mejorar la comunicación entre los programas y aumentar la utilidad de los resultados de los estudios. Recientemente, se desarrolló un esquema y un marco para las definiciones (Anexo 2) (Labbok y Krasovec, 1990), luego de una reunión del Grupo Interinstitucional para la Acción sobre la Lactancia. Este esquema sirve de base para estandarizar las definiciones de los comportamientos del amamantamiento y provee la terminología para hacer comparaciones.

El presente análisis procura actualizar los datos relacionados con la lactancia obtenidos antes de 1985 y contiene información del banco de datos de la OMS recolectados entre 1985 y 1991. En 1981, la OMS (1981) publicó los resultados de la primera de dos fases de estudios conjuntos sobre lactancia materna en nueve países. Después de esta publicación, se llevó a cabo en 1982 (OMS, 1982) un análisis crítico de los datos sobre la frecuencia de la lactancia en Africa, Asia, Oceanía, el continente americano y Europa. También se estableció un banco de datos del amamantamiento. La información obtenida con los

estudios o encuestas llevados a cabo entre 1980 y 1989 se revisó en este último año (OMS, 1989). Este banco de datos tiene información de más de 1500 investigaciones o estudios nacionales o locales (incluidas las tendencias de tiempo) que se llevaron a cabo en 140 países y territorios de los Estados Miembros de la Organización. También contiene datos de las EMF¹ y las EDS².

Frecuencia y tendencias generales

El gráfico 1.1 muestra los patrones de lactancia en las regiones de la OMS³. Demuestra las diferentes frecuencias y duraciones de la lactancia a nivel nacional e internacional entre distintos grupos de poblaciones. Estos resultados, al igual que los EMF y los EDS demuestran que en general *la frecuencia* de niños que

¹ Elaborado por el Instituto Nacional de Estadísticas, Noorburg, Holanda, con la cooperación de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población y las Naciones Unidas.

² Elaborado y dado a conocer por el Instituto para el Desarrollo de los Recursos, Macro Internacional, Inc., Columbia, MD. EEUU.

³ RAF: región africana; RCA: región del continente americano; ROM: región oriental mediterránea; REU: región europea; SA: región del sudeste asiático; ROP: región occidental pacífica.

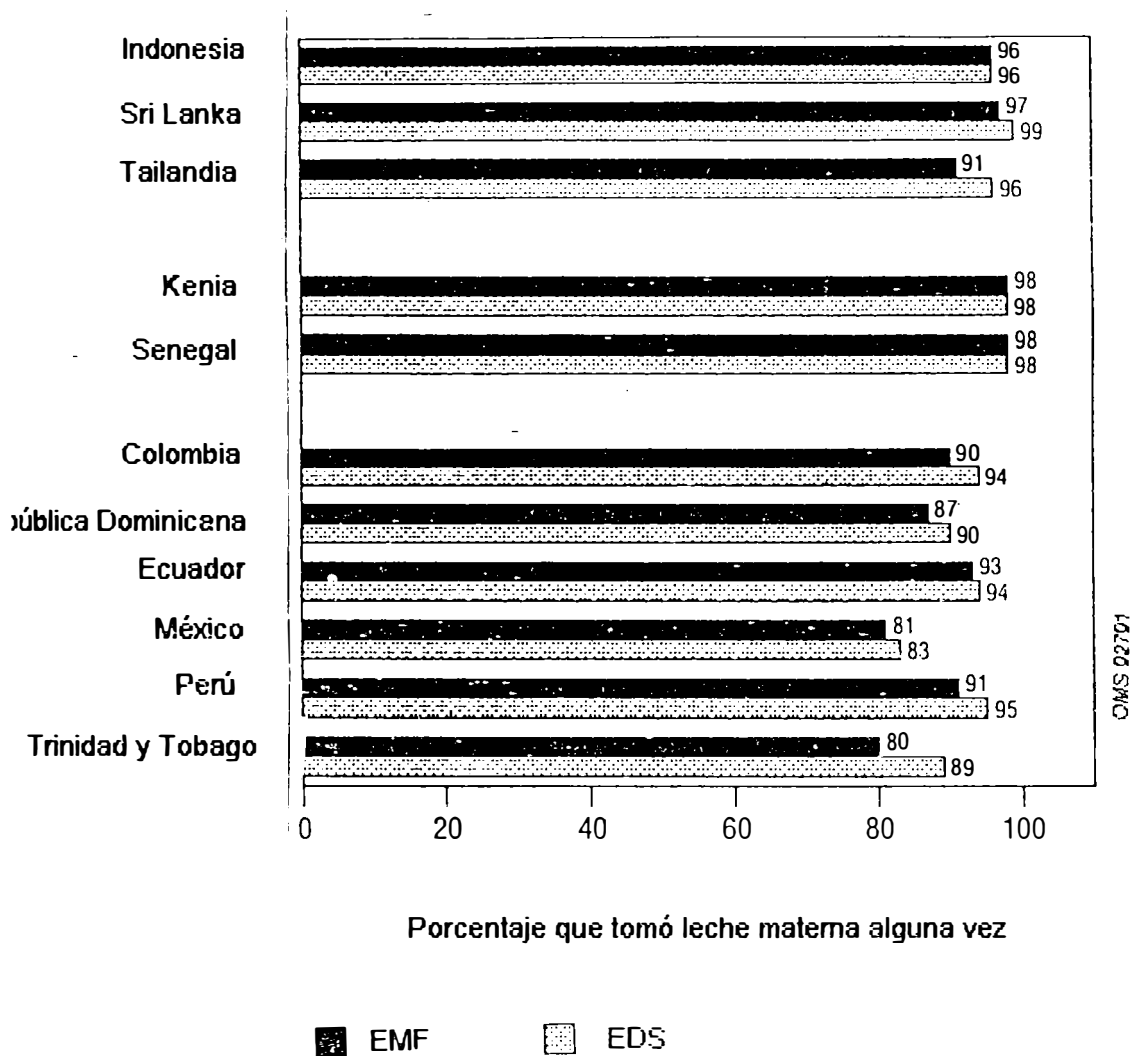


Gráfico 1.2. Cambio entre las EMF (1972-84) y las EDS (1986-89) del porcentaje de niños que han tomado leche materna alguna vez.

Cuadro 1.1 Resumen de las características principales de la incidencia y duración^a de la lactancia según las regiones de la OMS, 1980-1989

	RAP	RCA	ROM	REU	RSA	ROP
Número de países	44	34	23	34	11	20
Porcentaje ^b de países con datos	70%	94%	91%	76%	82%	95%
Porcentaje de países cuyos resultados corresponden al período comprendido entre 1980 y 1989	52%	68%	70%	65%	55%	85%
Porcentaje ^c de niños que fueron amamantados						
Alguna vez	92-98%	81-93%	84-97%	67-86%	73-94%	63-89%
A los 3 meses	79-98%	56-70%	27-93%	35-61%	73-93%	72-89%
A los 6 meses	59-97%	42-59%	29-83%	9-37%	56-83%	46-80%
A los 12 meses	53-86%	16-46%	31-66%	12-24%	35-76%	52-66%
Cambio de la duración ^d del amamantamiento según los meses						
Promedio	14-24	1-19	6-19	2-9	3-25	10-14
Mediana	5-21	3-14	2-20	2-6	4-24	1-18
Población urbana % de total	29%	71%	41%	68%	24%	29%

Fuente: *Registro epidemiológico semanal de la OMS*, No. 42, 1989, I Parte, pags. 321-324.

^a Sólo se incluyen los estudios basados en la observación de 100 niños o más.

^b Número de países que presentaron datos del total de países incluidos en la región respectiva de la OMS.

^c Alcance de los valores promedio obtenidos de los datos de la lactancia para cada región y grupo de población.

^d Alcance de las cifras que reportaron los países, sin tomar en consideración el grupo de población.

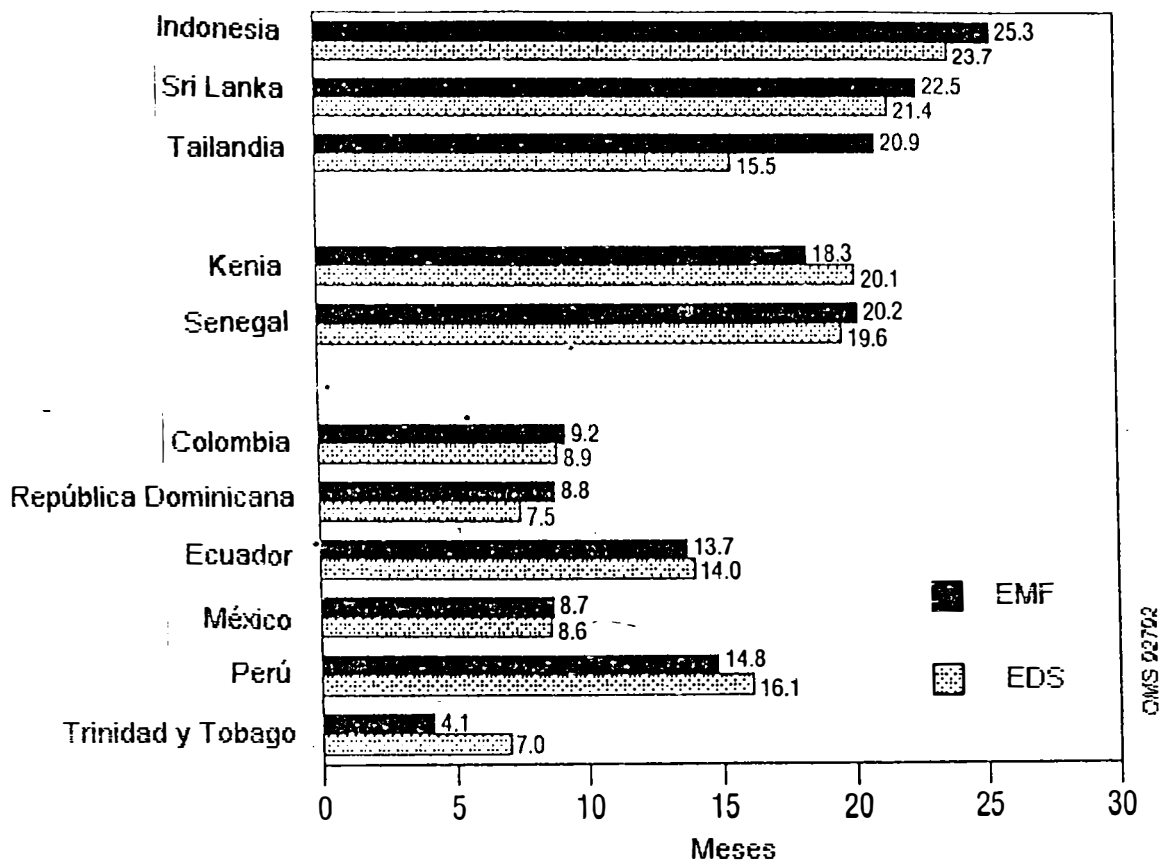


Gráfico 1.3. Variación en la duración de la lactancia entre las EMF (1972-1984) y las EDS (1986-1989).

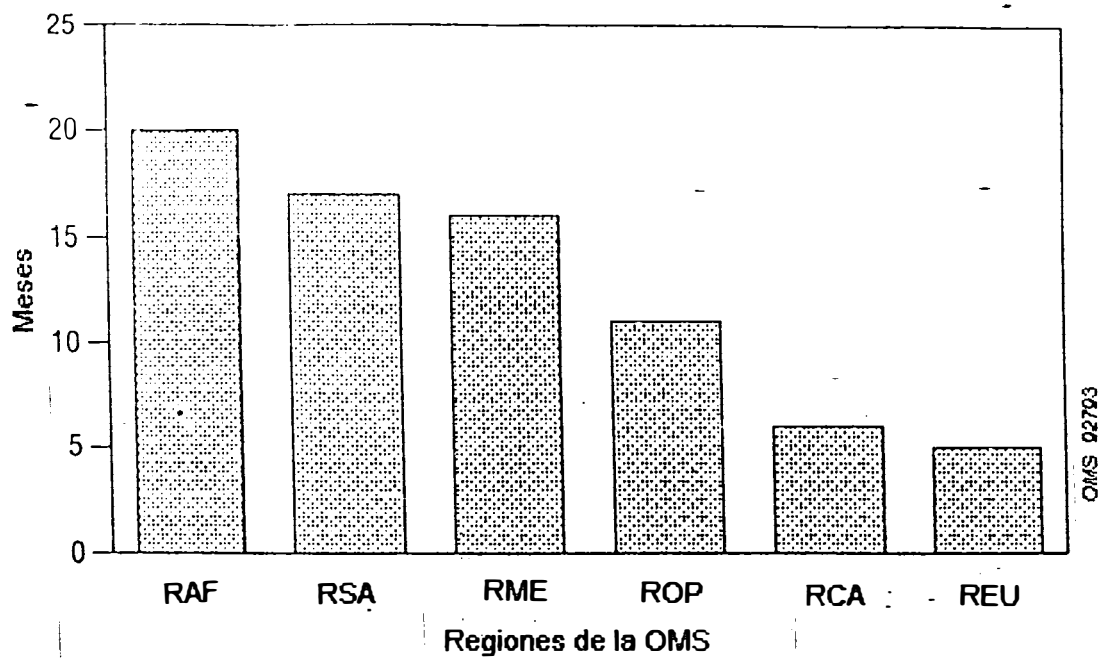


Gráfico 1.4. Duración promedio del período de lactancia en las regiones de la OMS entre 1985 y 1991.

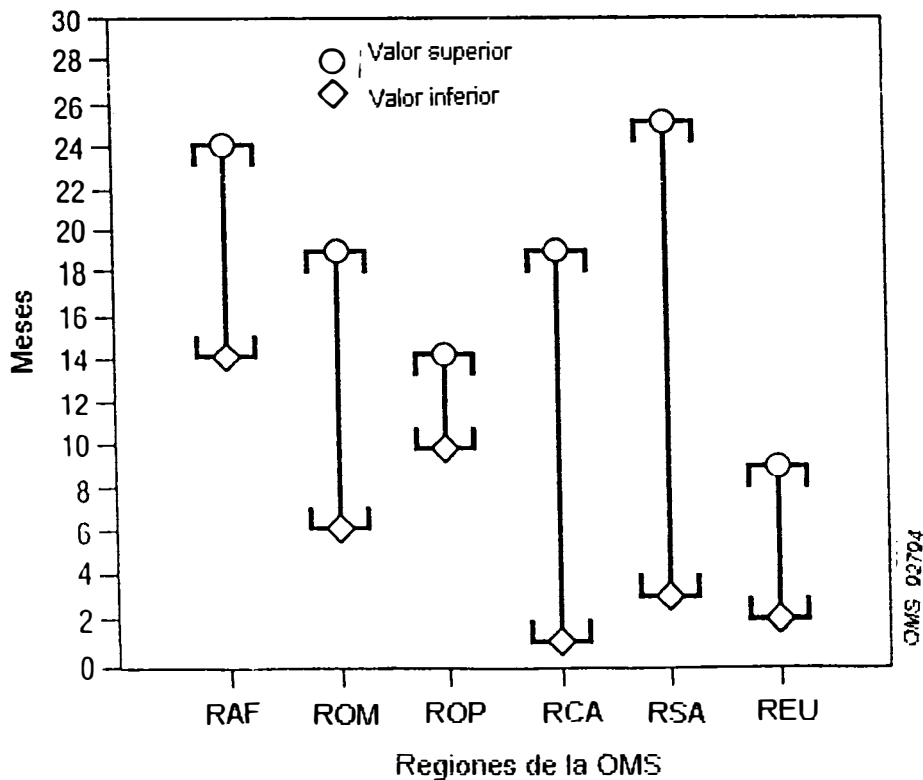


Gráfico 1.5. Duración estimada del período de lactancia según las regiones de la OMS, 1989

Fuente: Registro epidemiológico semanal de la OMS, No. 50:390 (1981).

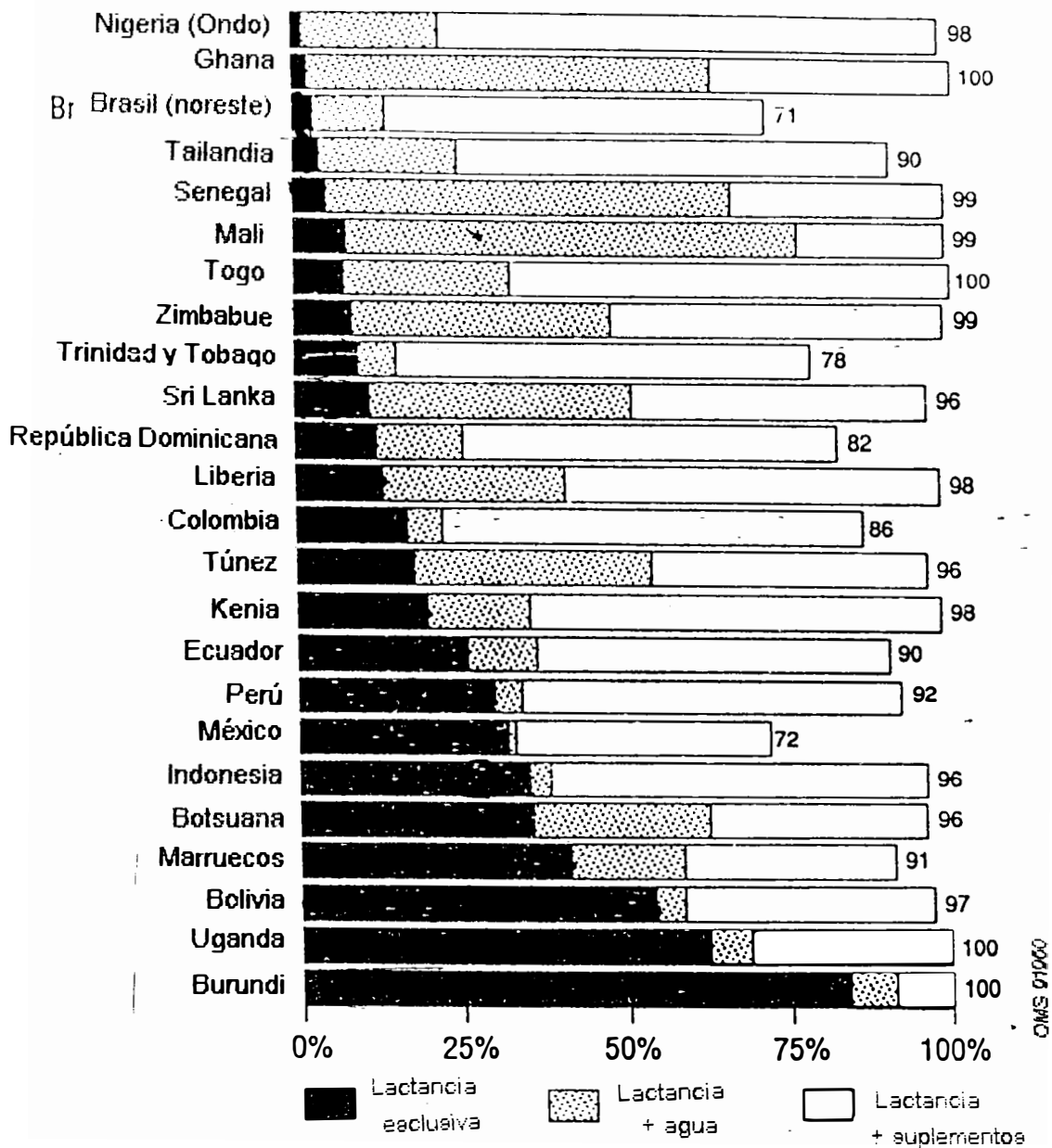


Gráfico 1.6. Porcentaje de niños lactantes en cada país: niños de cero a cuatro meses. Basado en los resultados de las EDS de 1986 y 1989.

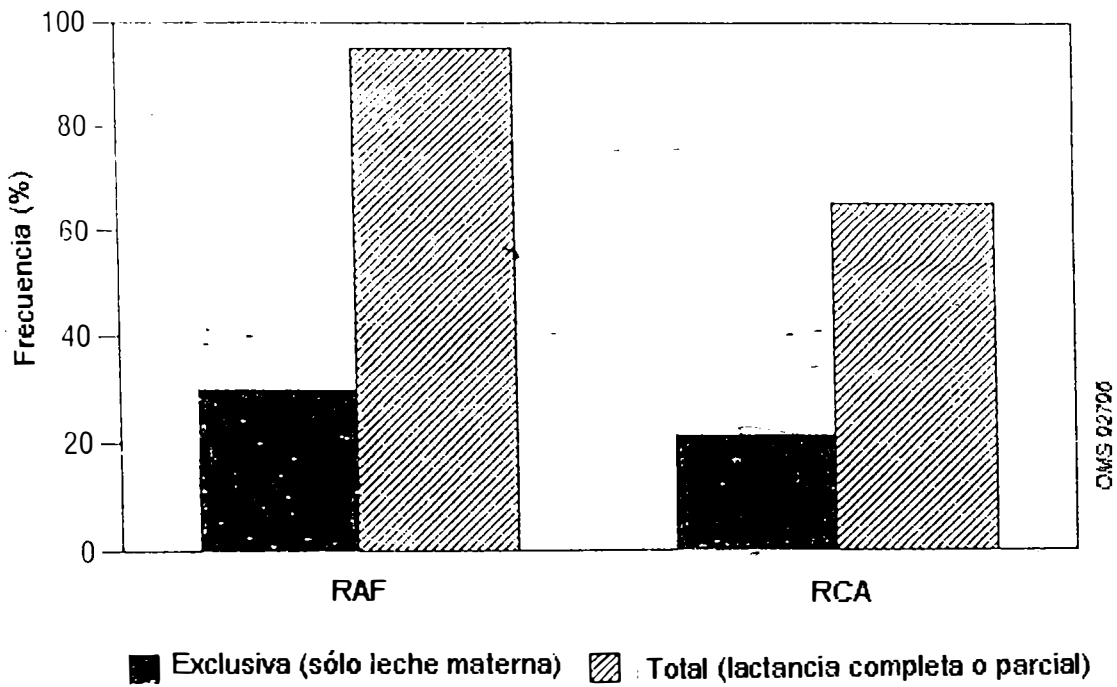


Gráfico 1.7. Frecuencia de la lactancia exclusiva a los tres meses, regiones africana y del continente americano, 1985-1991.

han tomado leche materna alguna vez ha aumentado en los últimos años. De los once países que se comparan en el gráfico 1.2, Trinidad y Tobago demuestra el mayor incremento, mientras que Indonesia, Kenia y Senegal no presentan ningún cambio. Los resultados de las EDS muestran que el porcentaje de niños que han lactado alguna vez es un 98% en Africa, 96% en Asia y 90% en Sudamérica. Los resultados de la OMS muestran porcentajes ligeramente diferentes. Por ejemplo, entre un 92% y un 98% en la región africana, entre un 81% y un 93% en América, y entre un 67% y un 86% en la región europea (Cuadro 1.1).

Según los datos de las EDS y las EMF que se llevaron a cabo en once países, aunque la mayoría de los niños lactan durante algún tiempo, en general la duración de la lactancia no ha aumentado. Ecuador, Kenia, México, Perú y Trinidad y Tobago presentan estabilidad o un ligero incremento en la duración de la lactancia (Gráfico 1.3). Por otro lado, sólo República Dominicana, Indonesia y Sri Lanka mostraron cierta disminución. Tailandia experimentó una disminución considerable: la duración media disminuyó 20%.

La duración promedio de la lactancia en las regiones de la OMS durante el periodo 1985-1991 (Gráfico 1.4) son similares a los resultados de las EDS y demuestran un ligero aumento al compararlos con la revisión de 1989. La duración media es todavía mayor en Africa y el sudeste

asiático y menor en América y Europa. Se observaron variaciones importantes dentro de las regiones (Gráfico 1.5). En el sudeste de asiático, por ejemplo, el período de lactancia varía entre cuatro y veinticuatro meses.

Aunque los datos relacionados con la duración total de la lactancia parecieran favorables, no reflejan necesariamente la duración de la lactancia óptima; o sea, la completa o exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses de vida, siendo el patrón más significativo para la supervivencia infantil. Mientras que los resultados son alentadores en primera instancia, por ejemplo, la alta incidencia de niños que han sido alimentados con leche materna alguna vez y de períodos largos de lactancia natural, en muchos países las prácticas inadecuadas de amamantamiento aún son la norma. Los resultados de las EDS obtenidos entre 1986 y 1989 en 24 países en vías de desarrollo (Gráfico 1.6) demuestran un alto porcentaje *algún* tipo de lactancia en niños de cero a cuatro meses, que oscila entre el 71% en el noreste de Brasil al 100% en Burundi, Ghana, Togo y Uganda. Sin embargo, el comportamiento óptimo de amamantamiento, la lactancia exclusiva, rara vez se practica en los 24 países: oscila entre el 1% en Nigeria y el 84% en Burundi.

Los resultados de las regiones (Gráfico 1.7) demuestran que, aunque la frecuencia del amamantamiento a los tres meses de edad era del 95% y 65% en la región

africana y la región del continente americano, respectivamente, sólo el 32% y el 33% de los niños tomaron leche materna en forma exclusiva.

Región africana

En Africa el porcentaje promedio de niños que aún a los doce meses toman leche materna varía entre el 55% y el 85%. Se encontraron diferencias tanto entre los países como dentro de ellos de acuerdo al grado de urbanización y la condición socioeconómica. Por ejemplo, en Nigeria el porcentaje de niños que al mes de nacidos tomaron sólo leche natural varía entre el 68% en una aldea a menos del 1% en la élite urbana de Ibadan.

Las estimaciones actuales de la duración media de la «lactancia completa», la cual se define para este propósito como leche materna y agua sola, pueden obtenerse en las EDS y las EMS. Los resultados de las EMS de la década de 1970 se compararon con los resultados de las EDS de la década de 1980 en tres países africanos. En Ghana, la duración promedio de la lactancia completa disminuyó 9%, de 3,4 a 3,1 meses, en Kenia disminuyó 43%, de 2,1 a 1,2; mientras que en Senegal la disminución fue del 4%, de 4,2 a 3,6 meses (Sharma y otros, 1990).

Aunque en los países africanos los diferentes tipos de lactancia son casi universales en infantes de cero a cuatro

meses de edad, con un promedio de niños lactantes que oscila entre el 96% en Botsuana y el 100% en Burundi, Ghana y Uganda, existen diferencias considerables en la frecuencia de la lactancia exclusiva, cuyo promedio se extiende entre el 2% y el 5% en Ghana y Senegal hasta el 84% en Burundi (Gráfico 1.6). Se observó una reducción en la duración de la lactancia completa en los últimos diez años en Kenia y Senegal; la media es de aproximadamente un mes menos en ambos casos.

En general, la proporción de niños que toman leche materna es más alta en las zonas rurales, y entre grupos de bajos ingresos de la zona urbana que entre grupos de altos y medianos ingresos de la zona urbana. En las zonas rurales de Etiopía, por ejemplo, hay un 99% de niños que todavía lactan a los seis meses de edad; mientras que en grupos de bajos y altos ingresos de la zona urbana hay 94% y 83%, respectivamente. En Botsuana, el 43% de niños de la zona rural tomaron leche materna hasta los cuatro meses y en la zona urbana 18%. Los resultados de las EDS demuestran variaciones similares en la frecuencia de la lactancia natural entre las poblaciones urbanas y rurales y entre las madres de estatus socioeconómico diferente.

En los veintitrés países de la región que presentó datos las madres empezaron a usar los alimentos suplementarios entre los dos y los cuatro meses y en las zonas urbanas se dio antes que en las rurales. En Lagos,

Nigeria, por ejemplo, el 87% de los grupos de la zona urbana empezaron la alimentación suplementaria a finales del primer mes y sólo el 2% tomaba leche materna en forma exclusiva durante tres meses. En Ghana, el 43% de los niños de la zona urbana lactaban a los cuatro meses y todos ingerían suplementos. A los dos años aún se da algún grado de alimentación con leche materna, en especial en las zonas rurales y entre los grupos de bajos ingresos de zonas urbanas. Sin embargo, este patrón de lactancia y la proporción de las necesidades nutritivas que se obtienen son muy variables.

Las EDS demuestran una duración ligeramente mayor de algún tipo de lactancia que las EMF. En Kenia, por ejemplo, hubo un incremento de entre 18 y 20 meses. Mientras que la práctica de lactancia es bastante homogénea en las regiones estudiadas, hay algunos países tales como Mauricio y Nigeria, donde la incidencia y duración son diferentes al promedio que demuestran las regiones. El porcentaje de niños amamantados entre los seis y doce meses y la duración de la lactancia natural, en especial en la zona urbana, parece ser mucho menor que en los otros países de los que se disponían datos.

Región del continente americano

En la región del continente americano, existen claras diferencias en la práctica de la lactancia de acuerdo con los datos disponibles. La frecuencia inicial de la lactancia es bastante alta, con variaciones considerables en su duración, la cual oscila entre tres y catorce meses. Según los resultados de las EDS, hubo un patrón estable en la lactancia o una tendencia a incrementarse en los siguientes países: Colombia, Ecuador, México, Perú y Trinidad y Tobago. El resultado de las EDS entre 1986 y 1989 reveló que el porcentaje de niños que toman sólo leche materna desde su nacimiento hasta los cuatro meses varía entre el 44% en México al 5% en Brasil. Los resultados de Jamaica demuestran que el porcentaje de niños que toman exclusivamente leche materna ha disminuido y a los seis meses de edad menos del 1% aún continúan. La Encuesta Nacional sobre Salud y Nutrición llevada a cabo en Bahamas entre 1988 y 1989 reveló que las dos terceras partes de las madres amamantaban a sus hijos en el hospital, pero cuando regresaron a sus hogares, el 87% de ellas los alimentaban con biberón (Ministerio de Salud, República Democrática de las Bahamas, en colaboración con el Instituto Caribeño para la Alimentación y Nutrición (ICAN), la OPS (Organización Panamericana para la Salud) y la OMS, 1991).

Mientras que la duración de la lactancia en los niños de las zonas urbanas es menor que la de los de las zonas rurales, existe una rápida disminución durante los primeros tres meses en ambos grupos. A los doce meses, alrededor de la mitad de los niños de las zonas rurales aún toman leche materna, pero en las zonas urbanas sólo el 16%. En muchos países también se dan diferencias de acuerdo al estatus socioeconómico. En la ciudad de Guatemala, por ejemplo, el porcentaje de niños que a los tres meses toman leche materna en forma completa es 3% para el grupo socioeconómico alto, 37% para el grupo de nivel medio y 86% para el grupo de la zona rural. Según un estudio llevado a cabo en México, ningún niño era alimentado con leche materna a los dos o tres meses de edad en el grupo socioeconómico alto, mientras que el 21% y el 26% era amamantado en el grupo de nivel socioeconómico bajo y el grupo de la zona rural, respectivamente. En Honduras, la encuesta nacional de 1987 demostró que la lactancia natural se practicaba durante diecinueve meses en las zonas rurales y dos meses en los distritos urbanos.

En general, la alimentación suplementaria se da a una edad demasiado temprana, antes de los seis meses. En Colombia, los resultados demuestran que en 1991 el 50% de los niños eran alimentados con sustitutos de la leche materna a los dos meses de edad y a esta misma edad sólo el 31% era amamantado en forma exclusiva en la zona rural

lactancia exclusiva y parcial en los primeros tres meses. Los resultados de las EDS demuestran que en Marruecos y Túnez el 91% y el 79% de los niños, respectivamente, tomaban leche materna a los cuatro meses, pero sólo el 46% y el 13% era en forma exclusiva. Los resultados de Pakistán de 1988 demuestran que aunque el 94% de las madres iniciaron la lactancia, sólo el 12% amamantaba exclusivamente a los cuatro meses. En Jordania y Yemen se dieron patrones similares. En Yemen sólo el 10% de los niños de la zona urbana tomaba leche materna en forma exclusiva a los tres meses. En Jordania, el 25% recibieron alimentación complementaria a los tres meses. En Oman, el 25% de las madres utilizaban alguna fórmula cuando sus hijos tenían cuatro meses de edad.

Mientras que la práctica de la lactancia es muy diferente entre las poblaciones y los grupos socioeconómicos, estas desigualdades no se observan cuando se inicia la lactancia pero son considerables a los tres, seis y doce meses. En 1986, una encuesta efectuada en Pakistán demostró que la frecuencia de la lactancia a los seis meses entre la población urbana de clase alta y baja era de un 24% y 68% respectivamente, y 13% y 74% a los doce meses. Aunque la duración promedio de la lactancia es aproximadamente de 15 meses en la región, se reportaron duraciones cortas de hasta dos meses entre los niños de clase alta de Riyah hasta 20 meses en la zona rural de El

Cairo. También se observaron duraciones de dos meses en grupos de altos ingresos en Kuwait y siete meses en grupos de altos y medianos ingresos de Aden (Yemen).

Región europea

Los resultados de mediados de la década de 1970 demuestran una tendencia general de la lactancia a incrementarse. La frecuencia varía en forma considerable: el porcentaje de niños que son amamantados varía de 95% en los países escandinavos, a alrededor de 90% en Austria, Bulgaria, Alemania, Hungría y Suiza, 67% en el Reino Unido, 50% en Francia y 35% en Irlanda. Estos porcentajes disminuyen rápido después del nacimiento. Los promedios indican que de los niños que en un principio lactaban, a los tres meses sólo la mitad continuaba con esta práctica. En 1988 se efectuó un estudio en Londres el cual reveló que el 80% de los niños lactaban después del nacimiento, pero este porcentaje disminuyó al 46% en seis semanas.

La frecuencia de la lactancia natural entre los seis y los doce meses es bastante baja en esta región. Otro estudio ejecutado en Polonia en 1988 demostró que a pesar de que el 90% de los niños lactaba al nacer, sólo el 17% continuaba a los seis meses, de los cuales el 5% era en forma exclusiva. Es muy común el uso de suplementos a una edad muy temprana y la lactancia exclusiva, el

procedimiento óptimo de alimentación durante los primeros cuatro meses, rara vez se logra. La práctica de la lactancia es más común entre los infantes de las zonas rurales que entre los de las zonas urbanas. En general, el promedio de lactancia natural en Hungría, Polonia y Portugal es más alto que en el resto de Europa occidental. En Hungría y Portugal el 90% y el 87% de los niños, respectivamente, toman leche materna a los tres o cuatro meses de edad.

Las variaciones regionales de la duración de la lactancia son más significativas. Mientras que algunos niños lactan durante nueve meses, el patrón más frecuente es de dos a cuatro meses. También existen variaciones en países con poblaciones bastante homogéneas. En Francia, por ejemplo, los porcentajes de niños alimentados con leche materna alguna vez eran los siguientes: 56% en Luneville, 70% en Nancy y 80% en Vandoeuvres-Nancy. Los resultados de Irlanda, Italia y Holanda fueron similares.

Región del sudeste asiático

Los datos disponibles del sudeste asiático demuestran que la leche materna es una fuente importante de alimentación infantil. La duración de la lactancia es similar a la que se observó en la región africana: la frecuencia es de veinte meses o más, en especial en las

zonas rurales. En las zonas urbanas la duración de la lactancia suele ser bastante corta, como en los casos de Bangkok e Indonesia donde sólo dura cuatro y dos meses, respectivamente. Aunque los estudios nacionales revelan que la lactancia es universal, investigaciones más recientes en Bangladesh, India y Tailandia indican que la alimentación con biberón va en aumento y la lactancia exclusiva ha disminuído tanto en la zona urbana como en la rural, pero más en la urbana. En Bangladesh, la lactancia ha disminuído en proporción al crecimiento urbano. Aunque el 98% de las madres amamantan a los tres meses, la norma es la lactancia parcial, incluso en la zona rural. Tailandia fue el único país de las EDS donde hubo una disminución considerable en la duración de la lactancia.

Un estudio efectuado en Indonesia en 1990 reveló que sólo el 36% de los niños sólo tomaba leche materna a los tres meses. En Sri Lanka, los resultados de las EDS demuestran que el 53% de madres amamantan a sus hijos a los cuatro meses, pero sólo el 13% es en forma exclusiva. El mismo estudio refleja diferencias en la zona rural y la zona urbana, con un 41% y un 55% de lactancia natural a los cuatro meses, respectivamente, y sólo el 7% y el 14% es exclusivamente. Otros estudios demuestran que la duración promedio ha disminuído alrededor de dos meses en los últimos diez años y varía en forma considerable de acuerdo al lugar.

Región occidental pacífica

Los datos disponibles de la Región occidental pacífica demuestran una gran diversidad en los patrones de alimentación infantil. La lactancia parece ser universal en algunos países tales como la República Democrática de Laos y Papúa Nueva Guinea. Además es una tradición que casi se ha perdido en muchos otros países tales como China y Filipinas. Los datos de Australia demuestran una fuerte tendencia ascendente de la lactancia a partir de principios de la década de 1970. Sin embargo, se ha estabilizado en años recientes. Existe un comportamiento similar en Japón, Nueva Zelanda y Singapur que refleja la tendencia en otros países industrializados de Europa occidental y Norteamérica. Las diferencias regionales y socioeconómicas también son evidentes. Por ejemplo, en Victoria, Australia, la lactancia materna a los tres meses fue del 60% en las Tierras Altas Centrales y 38% en los suburbios orientales.

Los resultados de la zona urbana de China revelan una disminución alarmante en la frecuencia de la lactancia. Las investigaciones demostraron que en 1975 el promedio de lactancia en los primeros seis meses de edad fue 43% en la zona urbana y 62% en la zona rural, mientras que en 1985 fue 34% y 60%, respectivamente. En 1985 en Beijing, la

frecuencia de la lactancia a los seis meses fue de sólo el 11%.

La información relacionada con la lactancia parcial o suplementaria es escasa, pero los datos disponibles sugieren que la alimentación suplementaria prematura es una práctica común. En 1988 en Polinesia Francesa, por ejemplo, aunque el 61% de las madres iniciaron la lactancia, sólo el 35% de ellas continuó hasta los tres meses, y el 22% era en forma exclusiva. Se observaron diferencias en el amamantamiento entre la zona rural y la urbana, lo mismo que diferencias socioeconómicas. Un estudio efectuado en Filipinas reveló que el 90% de los niños en la zona rural y el 73% en la zona urbana han tomado leche materna. En 1987 en Brunei, Darussalam, el 78% de las madres de la zona rural iniciaron la lactancia natural, mientras que en la zona urbana un 12%.

Los datos disponibles revelan cifras extremas en la duración de la lactancia: 22 meses en Papúa Nueva Guinea, mientras que en Macao, Filipinas, una encuesta nacional en 1986 demostró que la duración promedio era de un mes.

Conclusiones

Los datos anteriores relacionados con la situación mundial de la lactancia materna demuestran una gran variabilidad pero es posible hacer algunas

generalizaciones. En Asia y Africa se observó la frecuencia más elevada de amamantamiento, en especial después de los tres meses, mientras que en Europa y el continente americano se notó la más baja. Ha habido un mejoramiento considerable en la frecuencia y duración de la lactancia en un gran número de países industrializados en donde la combinación de la educación pública, el apoyo social y la concienciación por parte de los funcionarios de salud han logrado que la lactancia sea más atractiva y accesible. Algunos de estos países son Australia, Canadá, Holanda, Suecia y el Reino Unido (Gráfico 1.8). Sin embargo, este incremento se inició con muy pocas bases en las décadas de 1950 y 1960. En los países industrializados, la lactancia prolongada es más común entre las madres instruidas y con una buena situación económica, mientras que en los países en vías de desarrollo es más común entre la clase pobre de la zona rural, en términos de frecuencia y duración. Las tendencias a nivel mundial revelan una disminución entre las clases bajas de los países en vías de desarrollo, para quienes la lactancia marca la diferencia entre la vida o la muerte. En muchos de estos países, una gran proporción de la población se está urbanizando, las estructuras de la familia tradicional se están debilitando y una cantidad creciente de mujeres están formando parte de la fuerza laboral. Todas estas circunstancias dan como resultado una disminución de la

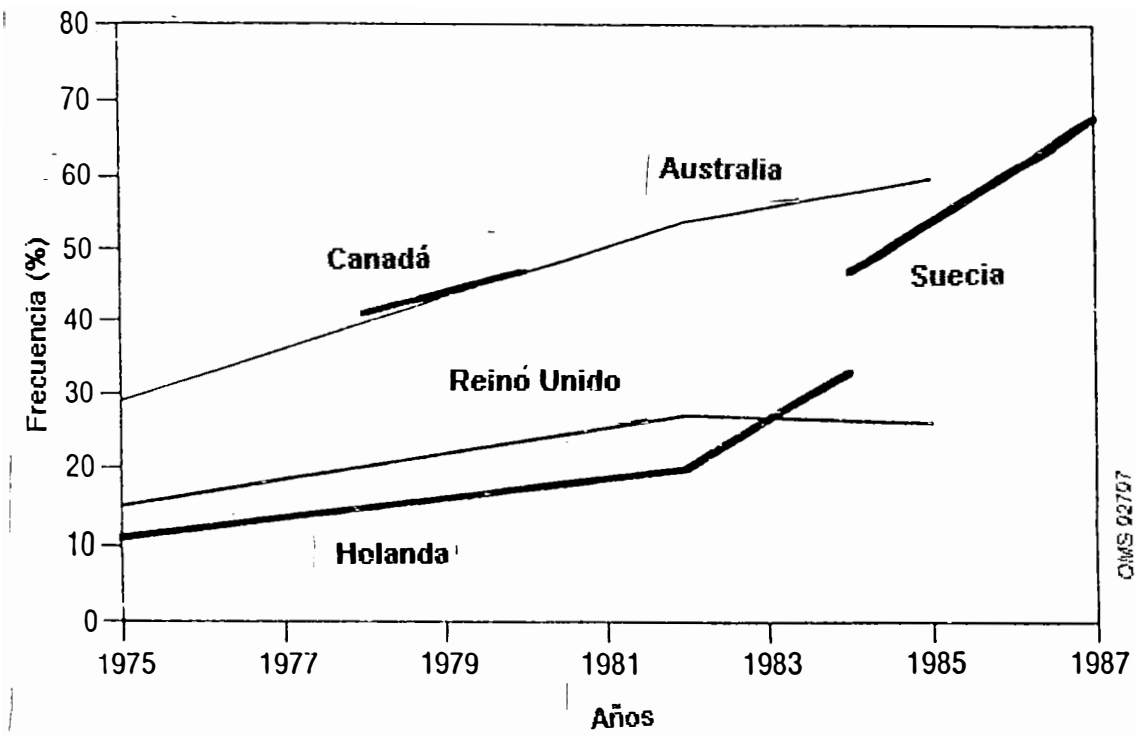


Gráfico 1.8. Incidencia de la lactancia materna a los tres años de edad en cada país

lactancia, similar a la que se observó en los países industrializados a principios de siglo. La tendencia general es la alimentación con biberón, con suplementos a una edad muy temprana, y una leve disminución en la duración total de la lactancia natural.

Las diferencias socioeconómicas, y en las zonas rurales y urbanas en relación con el inicio y duración de la lactancia han disminuido ligeramente. La lactancia materna era más común en la zona rural que en la urbana en la década de 1970, pero a mediados de la década de 1980 esta diferencia ya no era tan evidente. En los países desarrollados, en algunos casos esta diferencia pareciera que es a la inversa. Por ejemplo, en Francia, Holanda y Noruega la incidencia de la lactancia natural en las grandes ciudades es mayor que en la zona rural. Este incremento en general se debe a un mejor acceso a la información sobre lactancia y en particular al control del amamantamiento.

En resumen, las tendencias mundiales revelan promedios bastante altos de inicio de la lactancia en todas las regiones. Sin embargo, la lactancia exclusiva, la cual es considerada el patrón óptimo durante el primer semestre de vida, rara vez se pone en práctica y en la actualidad ha disminuido en los cuatro países donde se efectúa la comparación con base en los resultados de las EDS y las EMF (Ghana, Kenia, Senegal y Túnez). En estos países, la

mayoría de los niños son alimentados con suplementos a una edad demasiado temprana, con el riesgo concomitante de que es expuesto a enfermedades y al bajo contenido nutritivo de los suplementos; además aumenta la fertilidad de la madre y reduce la producción de leche. Estas prácticas inadecuadas de la lactancia tienen consecuencias negativas en la salud de la madre y el niño a corto y largo plazos.

Recomendaciones

Los participantes en la reunión técnica conjunta de la OMS y el UNICEF de 1990 concluyeron que las cuatro áreas de mayor importancia fueron las siguientes:

1. Con el fin de garantizar una salud y nutrición óptimas para la madre y el niño, el objetivo debe ser el permitir que todas las mujeres amamanten en forma exclusiva desde el nacimiento de su hijo hasta por lo menos los cuatro meses, y de preferencia, durante seis meses. Se le debe permitir continuar con la lactancia y al mismo tiempo con los suplementos hasta los dos años o más. La estrategia para lograr este objetivo debería ser la creación de un ambiente de concienciación y apoyo tales que, aquellas mujeres que decidan acogerse a su derecho de amamantar sean capaces de hacerlo.
2. En cada país se debe desarrollar una legislación nacional sobre la lactancia. Estas normas deben apoyarse

en las necesidades locales y podrían incluir: a. objetivos para incrementar los niveles de lactancia óptima; b. las especificaciones de las normas para los procedimientos a seguir en hospitales, clínicas, servicios paramédicos y tradicionales de la salud; c. la recolección y control de información adecuada acerca de la lactancia; d. la consecución de fondos para apoyar la lactancia; y e. la asignación de responsabilidades.

3. En cada país se debe crear un grupo nacional de asesoramiento sobre la lactancia. Cada grupo debe tener un coordinador nacional para las actividades relacionadas con la lactancia y debe incluir representantes del campo de la salud, grupos de apoyo a las madres, organizaciones profesionales, sindicatos, ministerios de trabajo y educación y medios de comunicación.

4. Es necesario que exista un sistema nacional de control para identificar los cambios que se den en la lactancia y evaluar las estrategias empleadas para su protección, fomento y apoyo. Las tendencias de la lactancia se deben controlar con la ayuda de sus definiciones aceptadas y los indicadores comunes, tales como aquellos que en la actualidad elabora la OMS.

Referencias

La fuente de información principal para este capítulo se tomó de Saadeh, R. (1990).

Akré, J., ed. (1989) Infant feeding: the physiological basis. *Bulletin of the World Health Organization*, 67 (Suppl.).

Labbok, M. & Krasovec, K. (1990) Towards consistency in breast-feeding definitions. *Studies in family planning*, 21 (4): 226-230.

Lutter, C., ed. (1990) Towards global breastfeeding. Washington, DC, Instituto de Salud Reproductiva (Institute Issues Report).

Ministerio de Salud, República de las Bahamas, en colaboración con el Instituto Caribeño para la Alimentación y Nutrición (ICAN), OPS/OMS (1991). *National health and nutrition survey (1988-1989): highlights of findings*. Nassau, Servicios de Coordinación de la Información sobre Salud, Ministerio de Salud.

OMS (1981) *Contemporary patterns of breast-feeding: report of a WHO collaborative study on breast-feeding*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

OMS (1982) The prevalence and duration of breast-feeding: a critical review of available information. *World health statistics quarterly*.

OMS (1989) The prevalence and duration of breastfeeding. Información actualizada, 1980-1989. *Registro epidemiológico semanal de la OMS*, No. 42, I Parte: 321-324; No. 43, II Parte: 331-335.

Sharma, R. y otros (1990) *A comparative analysis of trends and differentials in breast-feeding*. Washington, DC. Instituto de Salud Reproductiva, Universidad de Georgetown (Institute Issues Report).

Saadeh, R. (1990) Global breast-feeding prevalence and trends. Un documento preparado por la OMS y el UNICEF durante la reunión técnica de la década de 1990 sobre lactancia materna, junio 25-28, 1990, Ginebra.

La información de estos y otros estudios relacionados, al igual que los detalles del apoyo internacional de organizaciones mundiales tales como la OMS y el UNICEF, se proporciona cada dos años, en años completos, en informes en proceso sobre la nutrición de infantes y niños; y se suministran al director general de la OMS para presentarlos ante la Asamblea Mundial de la Salud.

Bibliografía adicional

Anderson, M. A. (1990) Nature and magnitude of the problem of suboptimal feeding practices. (Documento presentado en la reunión internacional de los encargados de establecer la legislación sobre lactancia materna, julio 30-agosto 1, 1990. Florencia, Agencia para el Desarrollo Internacional).

Anderson, M. A. (1991) The impact of breastfeeding on infant and child morbidity and mortality. (Documento presentado en el taller sobre prioridades de la salud del niño para la década de 1990, Johns Hopkins University, junio 20-22, 1991).

Baumslag, N. (1989) *Infant feeding patterns, practices and trends. Selected Asia/Near East countries.* Preparado por la Agencia para el Desarrollo Internacional de Asia y Cercano Oriente, mayo 1989.

Baumslag, N. (1991) Breastfeeding trends and influencing factors. (Documento presentado en la Conferencia sobre lactancia materna y Hospitales Amistosos de Niños, Ankara, Turquía, junio 27-29, 1991).

Helsing, E. y Saadeh, R. (1992) Breastfeeding trends in global perspective. *News on health care in developing countries*, 3/91, Vol. 5.

Huffman, E. y otros (1991) Breastfeeding saves lives. **En:** *Center to Prevent Childhood Malnutrition Policy Series*,

v. 2 (1). Washington, DC. Instituto de la Universidad de Georgetown para la Salud Reproductiva y Centro para Prevenir la Desnutrición Infantil, pags. 1-12.

Labbok, M. y Koniz-Booher, P., ed. (1990) *Breastfeeding: protecting a natural resource*. Washington, DC, IMPACT, Instituto para la Salud Reproductiva, Universidad de Georgetown.

OMS y UNICEF *Breastfeeding in the 1990s. Review and implications for a global strategy*. Basado en la reunión técnica. Ginebra, junio 25-28, 1990.

2. Sistemas de salud y procedimientos relacionados con la lactancia materna

Resumen

Es necesario que se den cambios en los servicios de maternidad y en los servicios de salud posteriores dirigidos a la madre y el niño, con el objetivo de apoyar a las mujeres lactantes y fomentar el amamantamiento. Considerando que existe un creciente reconocimiento de los beneficios que tiene la lactancia materna para la salud, muchos procedimientos y programas de salud aceptados interrumpen los procesos necesarios para iniciar y continuar la lactancia materna. Puede que otras actividades del campo de salud no interrumpan la lactancia pero tampoco fomentan su práctica óptima. Se hace hincapié en los principales métodos de intervención de los sistemas de salud para fomentar y apoyar la lactancia natural y resolver los obstáculos que se presenten. También se dan algunos ejemplos representativos de los programas de intervención. Finalmente, se revisa y examina el ahorro significativo de los costos de la lactancia exclusiva en los programas de salud.

Análisis técnico

La lactancia materna en los servicios de maternidad

El sistema de salud organizado para la maternidad cumple una función esencial en el inicio y mantenimiento de los procedimientos relacionados con el cuidado del infante. Aunque las mujeres informan que, en general, las decisiones sobre cómo alimentar al niño se toman antes del embarazo con apoyo en el consejo familiar y de otras mujeres, la frecuencia con la cual las rutinas y el personal de los hospitales fomentan o impiden la lactancia materna entre las nuevas madres es uno de los principales indicadores del promedio de inicio del amamantamiento (Winikoff & Baer, 1980; Labbok & Simon, 1988; Winikoff & Costtle, 1988). El inicio exitoso de la lactancia materna es más probable que ocurra cuando se comienza lo más pronto posible después del parto. Aunque en muchas regiones sólo una minoría de nacimientos ocurre en un centro médico, la información directa e indirecta que reciben las madres en estos lugares de cómo alimentar al bebé serán de gran valor y con frecuencia emuladas.

Es más probable que la lactancia materna se mantenga en forma exitosa cuando el amamantamiento exclusivo sea la práctica común tanto a nivel social como médico o cuando exista apoyo para resolver los problemas que obstaculicen

su práctica. Sin embargo, las costumbres que se dan en los hospitales después del parto también influyen en la duración de la lactancia (Winikoff y otros, 1988).

Para fomentar la lactancia natural y evitar que los hospitales adopten medidas desfavorables para su práctica, es necesario que se modifiquen algunos procedimientos en estos lugares. Entre éstos están, la capacitación del personal (Naylor y Wester, 1985; Winikoff y otros, 1987; Potter y otros, 1987), la cohabitación, en lugar de que la madre y el niño estén separados, no sólo en la sala de parto sino también en la sala de recuperación (Mata y otros, 1981; Hardy y otros, 1982; Clavano, 1982) y la eliminación del biberón.

En la actualidad, muchos hospitales promueven la alimentación con biberón y desfavorecen la lactancia materna mediante procedimientos tales como: la separación inmediata de la madre y su hijo después del parto, la alimentación con agua glucosada para evaluar el esófago y calmar al bebé cuando está llorando y la alimentación con fórmula infantil en las primeras horas y días siguientes al parto, lo cual provoca que el recién nacido confunda el biberón con el pezón. Puede ser que la actitud del personal de salud no promueva la lactancia materna ya sea por la falta de información al respecto o porque ésta es errónea. Puede que otros sí la fomenten pero que estén mal capacitados en lo que respecta a los beneficios y métodos

de apoyo a la lactancia natural. Estas actitudes y la información errónea, o, peor aún, la información contradictoria llegan con rapidez a las nuevas madres.

La declaración conjunta entre la OMS y el UNICEF en relación con la lactancia materna (OMS, 1989) enumera los «Diez pasos hacia una lactancia natural exitosa», de los cuales al menos seis son significativos para la capacitación del personal. Estos parten de que todos los servicios de maternidad deberán:

- contar con una normativa escrita a propósito de la lactancia;
- capacitar a todo el personal;
- informar a todas las mujeres embarazadas acerca de los beneficios de la lactancia natural y de cómo practicarla;
- ayudar a las madres a que inicien la lactancia en el transcurso de media hora después del parto;
- indicar a las madres cómo se amamanta;
- promover la formación de grupos de apoyo a la lactancia.

La cohabitación en las unidades de maternidad influye en forma considerable sobre la lactancia materna. En muchos hospitales, los niños permanecen separados de sus madres durante su estadía. Cuando ésta es de corta duración, menos de 24 horas, por ejemplo, no impide que las

madres inicien la lactancia después de que abandonan el hospital pero sí hace imposible que se proporcione apoyo cuando el infante comienza a succionar, lo cual ocasiona que el pezón se obstruya. Si la madre y el niño son separados y permanecen en el hospital durante un largo período, se pierde una excelente oportunidad de iniciar la lactancia. Incluso en los hospitales donde se practica la cohabitación, el personal, aun bien intencionado, evita de manera inconsciente que se inicie la lactancia debido a las constantes separaciones entre la madre y su bebé por razones propias del proceso de estadía. Si esto sucede, el regreso del bebé al lado de su madre para alimentarlo, no sería una buena experiencia para ninguno de los dos. En otros hospitales, el personal da consejos diferentes, e incluso contradictorios, lo que causa que tanto la madre como el niño se confundan y frustren.

Los «Diez pasos» también incluyen dos puntos relacionados con el alojamiento conjunto:

- facilitar el alojamiento conjunto las 24 horas del día;
- y
- promover la lactancia materna cada vez que el niño lo desee.

La alimentación con biberón en el hospital, ya sea en las salas de recién nacidos o durante las separaciones por parte del personal, provoca que el niño lo confunda con el

pezón; la posición que usa para amamantarse varía y muchas veces es ineficiente. Además, los suplementos que contienen agua glucosada o fórmula infantil sacia su hambre y necesidad de mamar, pero reduce el tiempo que en forma voluntaria mama del pecho de su madre. La distribución de fórmula infantil, que a menudo el personal del hospital regala a las madres, también refleja con claridad que ésta es la forma preferida de alimentación. Desafortunadamente, en muchos países aún se distribuye gratis la fórmula infantil pero en algunos lugares ha disminuido. La aprobación del Código Internacional de Mercadeo de Sucedáneos de la Leche Materna en 1981 por parte de la Asamblea Mundial de la Salud preconizó la eliminación de esta actividad. La distribución gratuita de fórmula infantil parece haber disminuido aun más en los últimos cinco años. Por ejemplo, Popkin y otros (1990) manifiestan que la cantidad de centros de salud en Filipinas que recibieron muestras gratis de fórmula infantil disminuyó del 57% en 1984 al 52,6% en 1986, y a sólo 2,8% en 1988.

Los «Diez pasos» también incluyen dos recomendaciones relacionados con la lactancia alternativa:

- no dar a los recién nacidos otro alimento o bebida a menos que el médico lo indique; y
- no usar tetillas artificiales.

La lactancia materna en el servicio de salud posterior al parto

La protección, promoción y apoyo a la lactancia materna debe continuar después del parto si se quiere que ésta continúe y aumente. Mientras que los métodos usados en los hospitales y maternidades influyen notablemente en el establecimiento de la lactancia, y están relacionados con su duración, existen muchos períodos adicionales y decisivos durante los cuales el sistema de salud puede influir positiva o negativamente. Se han identificado seis períodos cruciales durante la lactancia: antes del parto, las primeras 24 horas de vida, entre una y dos semanas, entre seis y ocho semanas, entre cuatro y seis meses y hasta un año (R.G. Feachem y otros, resultados inéditos, 1981).¹ También se propuso un sétimo período, el de la preconcepción. Para cada período se identificaron las variables claves asociadas con el apoyo y continuación de la lactancia materna; y en cada uno de ellos los servicios preventivos y curativos del sector de salud o desempeñan un papel preponderante para brindar este apoyo y continuidad, u originan obstáculos innecesarios.

¹ Taller sobre los Determinantes de la Escogencia y Duración de la Práctica de la Alimentación Infantil. Instituto Nacional del Desarrollo y Salud del Niño, junio de 1981, Chantilly, Virginia.

Además de los «Diez pasos,» se propusieron los «Ocho comportamientos para la lactancia materna óptima» (Anexo 3) (Labbok y otros, 1990b). Aunque coinciden en forma parcial con los «Diez pasos», los «Ocho comportamientos» no dependen de la maternidad y apoyan la lactancia natural después de que los cuidados de maternidad han finalizado. Las actividades de los hospitales influyen en la lactancia durante cualquier enfermedad posterior de la madre o el niño, y por lo tanto, si uno de los dos está enfermo, se debe fomentar la estada del otro en el hospital. Otros sistemas de salud que no se dan en los hospitales y dirigidos a los infantes y madres en período de lactancia tienen diferentes características; pero el cuidado primordial del niño durante los primeros meses, por lo general incluye el control de enfermedades infecciosas, en especial la diarrea e inmunizaciones, el control del desarrollo y la nutrición e higiene en general. Durante el mismo período, la madre acudiría a los servicios de planificación familiar y todos muy pronto (y muy a menudo) reanudarían el cuidado prenatal. Cada uno de estos servicios conlleva la posibilidad de apoyar o desfavorecer la lactancia materna.

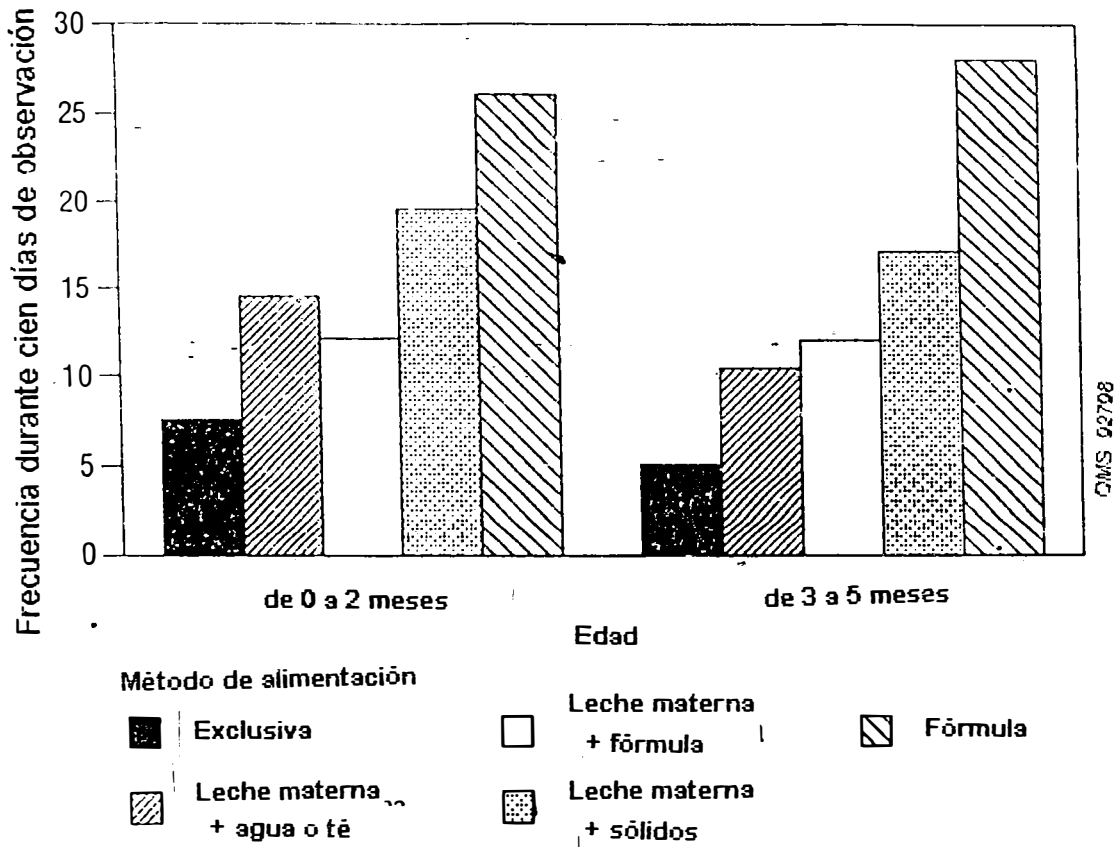


Gráfico 2.1. Prevalencia de la diarrea según el método de alimentación (Huascar, Perú)

Fuente: Brown y otros (1989). Reelaborado con el permiso de Zoysa y otros (1990) y Brown y otros (1989).

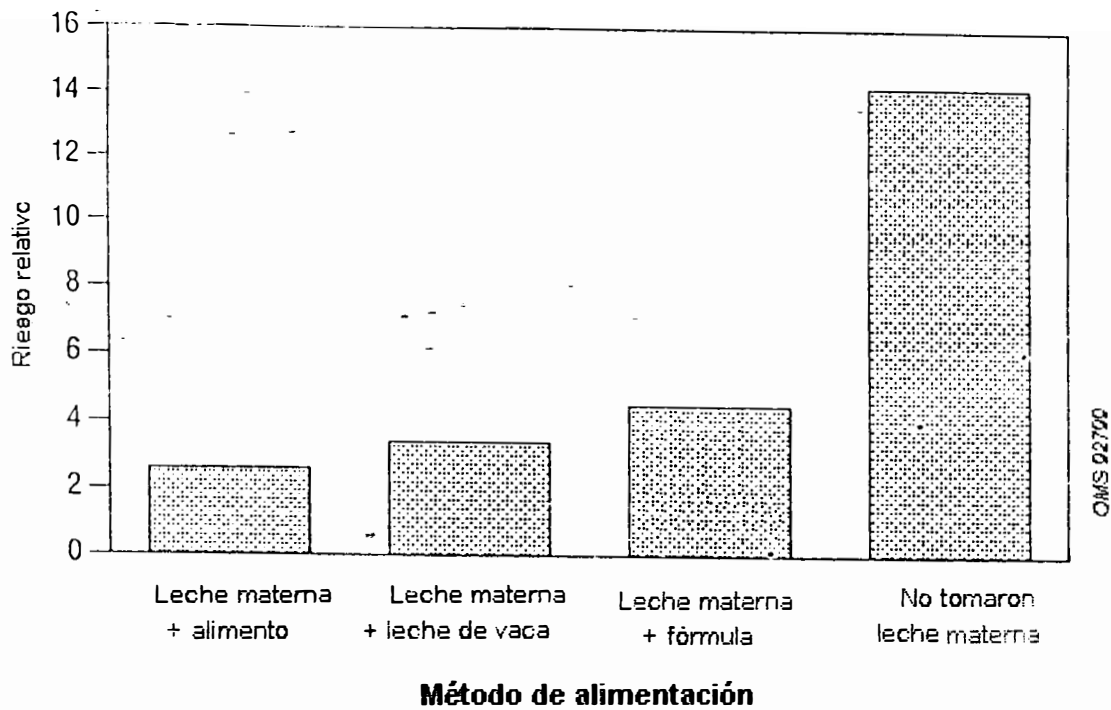


Gráfico 2.2. Riesgo relativo de la morbilidad diarreica durante la infancia de acuerdo al método de alimentación. (Porto Alegre y Pelotas, Brasil). Fuente: Victora y otros (1987). Reelaborado con el permiso de Victora y otros (1987).

El papel de la lactancia natural en la prevención de la diarrea y la deshidratación

Cinco de los «Ocho comportamientos» están directamente relacionados con el control de la diarrea:

- amamante en forma exclusiva durante los primeros seis meses;
- inicie la lactancia materna lo más pronto posible después del parto;
- siga amamantando aunque usted o el bebé estén enfermos;
- evite el uso de biberones, chupetes o cualquier otra tetilla artificial;
- amamante hasta los dos años o más.

La prevalencia de la diarrea se relaciona directamente con las prácticas de alimentación infantil. Feachem y Koblinsky (1984) analizaron treinta y cinco investigaciones en las que se estudió la relación entre el método de alimentación infantil y la morbilidad diarreica. Cuando se compararon los niños que no tomaban leche materna con los que la tomaban en forma exclusiva o parcial, se encontró que la media relativa de los riesgos de morbilidad fueron los siguientes: 3,0 para los niños de 0 a 2 meses, 2,4 para los de 3 a 5 meses y de 1,3 a 1,5 para los niños de 6 a 11 meses. Cuando los niños que no lactaban se compararon

con los que sólo tomaban leche materna, la media relativa de los riesgos fue de 3,5 a 4,9 en el primer semestre de edad. La lactancia exclusiva se asoció con un bajo riesgo de padecer de diarrea (Gráfico 2,1).

La mayoría de los estudios analizados también demostraron que la lactancia natural disminuyó el índice de mortalidad. En un estudio de casos y controles llevado a cabo en Brasil (Victora y otros, 1987), se descubrió que los niños que no tomaban leche materna eran catorce veces más propensos a morir de diarrea que los niños que sólo tomaban leche materna (Gráfico 2,2). Además, los que además de leche natural, tomaban fórmula infantil o leche de vaca tenían cuatro veces más posibilidad de morir de diarrea que los que sólo tomaban leche materna; incluso si además de leche materna se alimentaban con agua, té o jugos, el riesgo de morir por diarrea era más alto. Se observó una relación dosis-respuesta en la que cada niño adicional que lactaba todos los días tenía un 20% menos de probabilidad de morir de diarrea.

En un estudio reciente en una comunidad urbana pobre de Lima, Perú (Brown y otros 1989), la prevalencia general de la diarrea fue mayor entre los infantes (alrededor de 10 casos por niño cada año durante el primer año de vida); a pesar de que se dio un inicio casi universal de la lactancia natural y un 86% de frecuencia en su continuación al cumplir un año de edad. Sin embargo, a la edad de un

año, el 83% de los infantes tomaban agua o té, además de leche materna. La incidencia de la diarrea en niños menores de seis meses fue menor entre los que sólo tomaban leche materna que entre los que, además de leche materna, tomaban agua y té.

Un análisis de los resultados de las EDS demostró que incluso cuando los niños tomaban agua, además de leche materna, la frecuencia diarreica aumentó. La lactancia materna protege especialmente contra la diarrea persistente o severa. En un estudio que se llevó a cabo en el sur de Brasil (de Zoysa y otros, 1991), los niños que en la primera semana de edad empezaron a ingerir suplementos, además de la leche materna, eran tres veces más propensos de padecer de diarrea persistente y tenían cinco veces más probabilidades de ser hospitalizados antes de los tres meses debido a la diarrea, que los niños de la misma edad que tomaron leche materna en forma exclusiva. El riesgo era mayor entre aquellos que no tomaban leche natural del todo. En otro estudio efectuado entre los infantes que dejaron de tomar leche materna durante la primer semana de edad, el riesgo de padecer de diarrea persistente fue cinco veces mayor y el riesgo de ser hospitalizados a los tres meses debido a la diarrea fue doce veces mayor.

La fórmula infantil que los niños toman en biberón pareciera ser particularmente peligrosa. En un estudio de casos y controles efectuado en una zona urbana de Iraq

(Mahmood y otros, 1989), la alimentación con biberón a una edad muy temprana se asoció con un aumento considerable del riesgo de padecer diarrea severa durante el primer año de edad. Los niños de dos a tres meses que eran alimentados con biberón tenían una probabilidad 55 veces mayor de ser hospitalizados debido a la diarrea que los de la misma edad que tomaban sólo leche materna.

La protección que ofrece la lactancia natural contra enfermedades severas está relacionada con su función de prevenir y controlar la deshidratación que se da como consecuencia de la diarrea. Una prueba clínica (Khin Maung U y otros, 1985) demostró que los niños que padecen de deshidratación moderada o severa y que no dejan de tomar leche materna durante la enfermedad sufren menos deyecciones, reducen la producción total de éstas, requieren menos sueros orales de rehidratación y se recuperan más pronto.

Propiedades antiinfecciosas e inmunológicas de la leche materna

La leche materna posee propiedades antiinfecciosas únicas y protege a los niños contra la diarrea, en especial en casos severos, aun cuando la toman en pequeñas cantidades. Los estudios de Bangladesh demostraron que el amamantamiento continuo protege a los niños hasta los

tres años de edad contra la morbilidad y la mortalidad diarreica (Briend y otros, 1988; Clemens y otros 1986, 1990). Por lo tanto, cualquier tipo de lactancia natural que la madre practique es mejor que ninguna. Sin embargo, la lactancia exclusiva es la mejor forma de protección contra la diarrea y otras enfermedades infantiles durante los primeros seis meses de edad; y si continúa junto con suplementos después de esta edad, lo protege contra infecciones hasta los tres años.

Por medio de la lactancia natural, la madre inicia el proceso de inmunización después de que el niño nace y lo protege contra una gran cantidad de patologías virulentas y bacterinas antes de adquirir la inmunidad mediante las vacunas. La inmunización que adquiere el infante al nacer con la vacuna BCG es más efectiva si ha tomado calostro. En realidad, la protección inmunológica que ofrece la leche materna se considera tan importante que la OMS recomienda que incluso las madres con VIH positivo amamenten, a pesar del hecho de que este virus se transmite en raros casos por medio de la leche materna.

Entre las enfermedades infecciosas, las que más perjudican el desarrollo infantil son la diarrea y las enfermedades febriles, como la malaria e infecciones menores de las vías respiratorias inferiores. (Black, en prensa). Existe evidencia según la cual, la lactancia natural protege contra los efectos negativos de la diarrea

en la nutrición (Rowland y otros, 1988; Watkinson, 1981). Por lo general, a los niños les gusta tomar leche materna cuando están con diarrea; sin embargo, tienden a rechazar los alimentos sólidos (Bentley y otros, 1991; Huffman y otros, 1991), y parece ser que la diarrea tiene un efecto muy leve en la frecuencia y duración de la lactancia (Brown y otros, 1990; Dickin y otros, 1990). Normalmente, la energía que produce la leche materna no disminuye durante los períodos de diarrea y otras enfermedades; mientras que la que producen otras fuentes de alimento normalmente sí se reduce. (Hoyle y otros, 1980; Brown y otros, 1990). Puesto que la leche materna provee una parte importante del consumo dietético de energía, ofrece una mayor protección contra las repercusiones de la diarrea en la nutrición durante este período (Brown y otros, 1985).

El papel de la lactancia materna para reducir la exposición a agentes patógenos

En definitiva, los niños alimentados con leche materna han disminuido la exposición a alimentos contaminados. Los patógenos bacterianos crecen rápidamente en los alimentos de destete (Barrel y Rowland, 1979; Black y otros 1982) y pueden contaminar con rapidez incluso el agua hervida y el té si se guardan en recipientes sucios. Los peligros de la alimentación con biberón se demostraron con los estudios

efectuados en Perú y Filipinas que evaluaron los niveles de contaminación en los alimentos que comían los niños. De una muestra que se tomó en una comunidad pobre urbana de Perú, el 35% de las tetillas y el 23% de los biberones estaban contaminados con materia fecal (Black y otros, 1989). En Filipinas, entre el 88% y el 96% de los alimentos que los niños menores de seis meses tomaban en biberón también estaban contaminados (J. Saniel, comunicación personal 1990). Estos resultados explican por qué la lactancia protege en especial en condiciones ambientales pobres (Habicht y otros, 1988) y entre familias de bajos ingresos y poca educación (de Zoysa y otros, 1991).

La lactancia natural: control del desarrollo y nutrición

Es necesario que los servicios de control del desarrollo y la nutrición fomenten y apoyen la lactancia materna. Los «Ocho comportamientos» incluyen tres aspectos significativos para el control del desarrollo y los suplementos:

- amamante con frecuencia, día y noche;
- debe lactar antes de alimentar con suplementos; y
- la madre debe comer y beber lo suficiente para satisfacer su hambre y sed.

La causa inmediata de la mala nutrición es el consumo dietético inadecuado. La lactancia está asociada con el mejoramiento del desarrollo, por lo menos durante los primeros meses de edad y ofrece cierta protección contra las consecuencias de la diarrea en la nutrición. El consumo dietético inadecuado y las enfermedades infecciosas a menudo aparecen simultáneamente en el niño, y a su vez se complican debido a una desnutrición concurrente. Muchas enfermedades afectan tanto el consumo de alimentos, debido a la pérdida del apetito, como el aprovechamiento de los alimentos nutritivos. El amamantamiento exclusivo durante los primeros cuatro a seis meses disminuye la probabilidad de padecer de desnutrición y enfermedades infecciosas; por lo tanto, no permite que se consuman alimentos contaminados y que se den servicios inadecuados de salud.

El consumo dietético es el producto de la frecuencia de alimentación, la cantidad de alimento durante cada comida, la calidad energética y nutritiva de los alimentos y el grado de aprovechamiento biológico. Amamantar cada vez que el niño lo desee maximiza tanto la frecuencia con que se lacta como la cantidad de leche por comida. Esta es, quizás, la razón más importante por la cual la lactancia exclusiva satisface las necesidades energéticas y nutritivas del niño hasta los seis meses de vida. También explica en forma parcial por qué el amamantamiento hasta los dos años o más es de gran beneficio para el niño. En

la mayoría de los países en vías de desarrollo, la frecuencia de alimentación se basa en el patrón de comidas del adulto, que normalmente consiste en dos o tres comidas diarias. Dada la baja calidad energética y nutritiva que contienen la mayoría de las dietas en estos países, se requiere una frecuencia mayor de alimentación para satisfacer las necesidades del niño de los cinco meses a los dos años. También es importante el cuidado que se le da. Por medio del contacto maternal y atención que se origina con el amamantamiento, el niño se siente más confortable de mamar incluso cuando está enfermo y es más fácil que la madre note cualquier cambio debido a la enfermedad. Así, la lactancia contribuye con la programación de la nutrición y se le debe considerar como un componente esencial de todos los programas y proyectos en este campo.

El control del desarrollo, hecho en forma apropiada, implica mucho más que el registro periódico del peso del niño. El control del desarrollo y la promoción de la alimentación adecuada del infante y el niño puede proporcionar a las familias, y en especial a las madres, conocimiento e información acerca de la salud del niño y problemas del desarrollo, incluido el amamantamiento. Este control debería constituirse en una herramienta para dar seguridad y confianza a la madre acerca de su capacidad para lactar en forma exclusiva durante los primeros seis

meses de vida, lo mismo que durante el inicio de la alimentación suplementaria. Para que esta estrategia se lleve a cabo con éxito, se debe empezar el control y promoción del desarrollo lo más pronto posible, preferiblemente después del parto, y desde luego, antes de los tres meses de edad.

La disminución del amamantamiento da como resultado no sólo que se reduzca la duración de la lactancia total, sino también que los patrones de alimentación cambien y que, por consiguiente, se dé el uso prematuro de suplementos. El síndrome de insuficiencia de la leche materna, o lo que es lo mismo, la percepción de no producir suficiente leche, es la razón más importante por la cual las madres empiezan a usar los suplementos a una edad muy temprana. Los expertos informan que la causa principal de este síndrome es la falta de confianza de la madre en la insuficiencia de leche, en calidad y cantidad, para satisfacer las necesidades del niño. Otra causa es la lactancia poco frecuente, lo cual disminuye la producción de leche. Si el control regular demuestra que el niño se está desarrollando satisfactoriamente, es más probable que la confianza de la madre en sí misma se mantenga, disminuyendo así el uso prematuro de los suplementos. Sin embargo, si existe algún problema con el patrón de alimentación, se debe identificar antes de que el desarrollo del niño se vea afectado.

La importancia de que la madre tenga confianza en sí misma se puede ejemplificar con la experiencia del Programa Nacional de Lactancia de Brasil. Un estudio del mercado para identificar los mensajes eficaces de los medios de comunicación descubrió con rapidez que un mensaje convencional de los de la línea de «Dar el pecho está bien hecho», en realidad fue contraproducente: la mayoría de las madres ya se habían convencido de ello, por lo que cuando los problemas efectivamente ocurrieron, ellas sintieron que habían fracasado. Los mensajes eficaces fueron aquellos que explicaron que muchas mujeres habían tenido problemas similares, pero que habían sido capaces de resolverlos y continuar lactando durante muchos meses más. Los mensajes que mejoran su confianza y el control regular del desarrollo prematuro por medio del asesoramiento de los patrones de alimentación con leche materna le dan a la madre una evidencia objetiva de que está actuando correctamente.

En muchos países los suplementos siguen siendo una forma importante que contribuyen a su desarrollo y constituyen algunas veces la mayor intervención sostenida en la vida de las madres y los niños. Es debido a esto que merecen atención no sólo las repercusiones que tienen en la lactancia materna sino también las formas en que se puede usar su distribución para apoyarla.

El peligro principal de los complementos alimenticios es la distribución de productos o mensajes que desfavorecen la autoconfianza, interrumpen la lactancia o fomentan el uso de suplementos a una edad muy temprana. El suministro de leche en polvo en paquetes para llevar a la casa y la tendencia de alimentar con biberón son dos problemas comunes que pueden tener efectos devastadores para la lactancia exitosa.

La lactancia materna y la planificación familiar

La lactancia y la planificación familiar constituyen una relación esencial para la madre. Según los demógrafos, la lactancia natural es una de las principales causas de los niveles de fertilidad y es el factor principal que influye en el intervalo entre los embarazos (el lapso entre nacimientos seguidos) en el 83% de las parejas de los países en vías de desarrollo; quienes, según las estimaciones de la OMS y la ANUPAF (Asociación de las Naciones Unidas para la Planificación Familiar) no usan métodos anticonceptivos modernos. Sin embargo, el uso de anticonceptivos complementarios se debe iniciar en el momento oportuno para permitir que la lactancia continúe hasta los dos años, y así asegurar intervalos saludables de tres a cuatro años o más y permitir que la madre recobre energías.

El efecto anticonceptivo de la lactancia a nivel individual se relaciona con diferentes variables (tales como la duración de la lactancia, la frecuencia y duración de la succión y la administración de alimentos complementarios al infante). En 1988 una reunión internacional de científicos efectuada en Bellagio, Italia, demostró que la lactancia es «un método apropiado que muchas mujeres usan para regular la fertilidad...particularmente cuando no disponen de, o no desean, otros métodos de planificación familiar». La lactancia exclusiva durante los primeros seis meses después del parto ofrece un 98% de probabilidades de que no ocurrirá un nuevo embarazo, hasta tanto no regrese la menstruación.

La lactancia frecuente y exclusiva está asociada con un máximo de supresión de la fertilidad; por lo tanto este efecto se incrementa con procedimientos que aumentan el contacto entre la madre y su hijo, tales como la alimentación cada vez que el niño lo desee y durante la noche. Después de los seis meses, la supresión de la fertilidad aumenta si se mantiene una alta frecuencia de amamantamiento y si se alimenta a los niños no con suplementos sino con leche materna. Este enfoque se ha considerado como un método introductorio de planificación familiar: el Método de Espaciamiento entre Hijos por Amenorrea por Lactancia (LAM, por sus siglas en inglés), el

cual reduce el riesgo de embarazo entre las mujeres que no disponen o no aceptan los métodos anticonceptivos modernos; y contribuye con la introducción oportuna de la planificación familiar pues le da tiempo a la madre de seleccionar el método complementario apropiado.

El efecto que produce la disminución de la lactancia en las poblaciones, o cambio en el patrón de alimentación, incrementa en forma significativa la necesidad de planificar.. Si la lactancia disminuye aunque sea un 25%, el uso de anticonceptivos debe aumentarse hasta un 50% o 200% para compensar la pérdida de supresión de la fertilidad (Thapa y otros, 1988).

Los «Ocho comportamientos» son esenciales para el espaciamiento de los embarazos y contienen un mensaje general de seguir dando de mamar primero y de utilizar métodos anticonceptivos complementarios después de seis meses de alimentación exclusiva y frecuente durante el día y la noche.

Implementación del programa

Los cambios necesarios para que el servicio de salud sea «amigable a la lactancia» varían de acuerdo al lugar y la cultura, el tipo de servicio que se da y la capacidad de los trabajadores de la salud. En los lugares donde las prácticas adecuadas de lactancia aún predominan, los

cambios necesarios son principalmente aquellos que eliminan los obstáculos. En los lugares donde estas prácticas no son comunes, la intervención debe no sólo eliminar los obstáculos, sino también restituir el sistema de apoyo. A nivel mundial, se deben reforzar y apoyar los comportamientos de la lactancia exclusiva.

La lactancia materna en los servicios de maternidad

A menudo, cuando se decide hacer un cambio en los programas de maternidad, éste incluye la capacitación del personal, el alojamiento conjunto y la eliminación o disminución del uso de fórmula infantil. Jelliffe y Jelliffe (1988) y Labbok y otros (1990a) han analizado muchos de los programas cuyo objetivo es promover la lactancia por medio de cambios en las prácticas de salud. A continuación se resumen algunos de éstos.

Capacitación del personal

La preparación del personal de salud para fomentar la promoción y apoyo a la lactancia generalmente se lleva a cabo por medio de algún tipo de capacitación en la práctica de la lactancia, que suele incluir la evaluación del personal.

Anand (1990) se interesó en la inconsistencia e incorrección del asesoramiento que los profesionales de la salud de India daban a las nuevas madres. Atribuye este problema a la falta de conocimiento, la dificultad de dar a conocer la información actualizada acerca de la fisiología y práctica de la lactancia y la falta de normas explícitas y de compromiso. Ofrece diecisiete recomendaciones para resolver estos problemas, las cuales incluyen ideas educativas específicas. Entre ellas también se destaca el desarrollo del compromiso de parte del personal de salud. Existen dos sugerencias importantes: que se difundan en forma amplia las declaraciones de los expertos en este campo y que se disponga de una nómina de los propulsores de la lactancia. Un aspecto importante que Anand puso en práctica para fomentar la educación y el compromiso fue que sus recomendaciones se divulgaran en forma considerable entre los miembros de la Academia India de Pediatría y les pidió que firmaran un documento en el que se comprometían a fomentar la lactancia natural. Él esperaba que el hecho de firmarlo repercutiría en forma psicológica y estimularía el fomento del compromiso.

Helsing (1990) dio a conocer las conclusiones de un seminario internacional celebrado en Wageningen, Holanda, en 1987. La estrategia elaborada en este seminario para modificar los programas comprende siete campos principales que se refieren a:

- las actitudes básicas de los funcionarios de la salud, incluido el apoyo a la madre y su hijo;
- las rutinas de las salas de maternidad, y su adaptación a la nueva concepción del inicio del amamantamiento;
- la formación de grupos de apoyo a la madre en período de lactancia, que hacen hincapié en conocimientos técnicos y prácticos de los trabajadores y las ventajas de la colaboración;
- el apoyo a la madre que trabaja fuera de su hogar y que desea amamantar;
- la investigación a propósito de la lactancia materna y la difusión de los resultados entre los trabajadores de la salud;
- la presión comercial sobre los funcionarios de la salud, poniendo de relieve las repercusiones que podría tener en la madre el apoyo informal;
- la necesidad de promover la lactancia, mediante el fundamental apoyo social y psicológico de parte de los trabajadores de la salud.

El programa educativo del Centro Wellstart para la Lactancia Materna de San Diego, California, propuso siete componentes:

- reclutamiento y selección de equipos;
- participación en un curso intensivo de la práctica de la lactancia;

- planeamiento de la intervención;
- obtención de materiales para la enseñanza;
- prácticas de intervención al regresar al hogar;
- expansión de las actividades a nivel de la comunidad;
- ayuda técnica de seguimiento.

En una evaluación de las repercusiones que tienen los programas de Wellstart en Filipinas, solicitada por el Banco Mundial, se concluyó que el programa tuvo gran éxito en su propósito de influir en las rutinas de los hospitales a nivel nacional. Esto lo logró por medio de la capacitación de los profesionales de la salud que son parte esencial de la toma de decisiones y de los grupos de apoyo en el manejo de la lactancia materna (Wellstart, 1990).

Alojamiento conjunto

En Filipinas se han llevado a cabo varios programas de lactancia materna, pero en total, a través de los años lo más importante ha sido el cambio que se dio de la separación entre la madre y su hijo al alojamiento conjunto. El programa de Clavano (1982), que ha sido muy difundido, fue la causa principal para que se diera una concienciación nacional, e internacional, acerca de la importancia de la cohabitación en la disminución de las enfermedades infantiles. Un trabajo reciente efectuado en

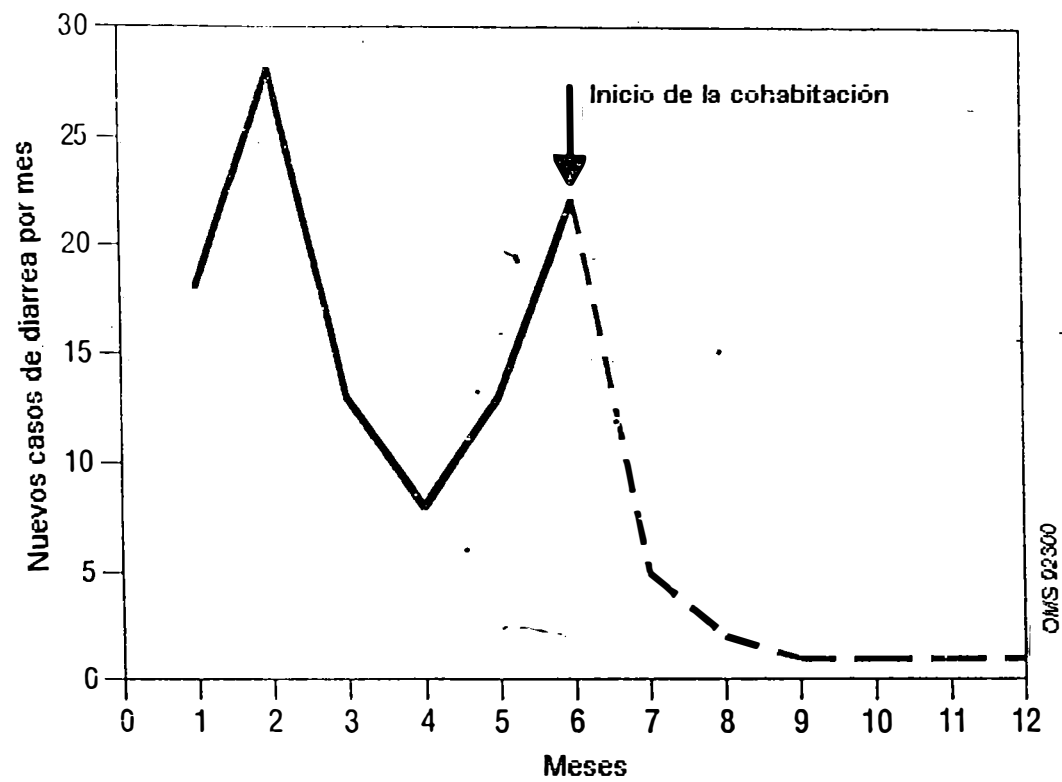


Gráfico 2.3. La influencia del alojamiento conjunto en los casos de diarrea en un hospital de Indonesia después de recibir capacitación en Wellstart.

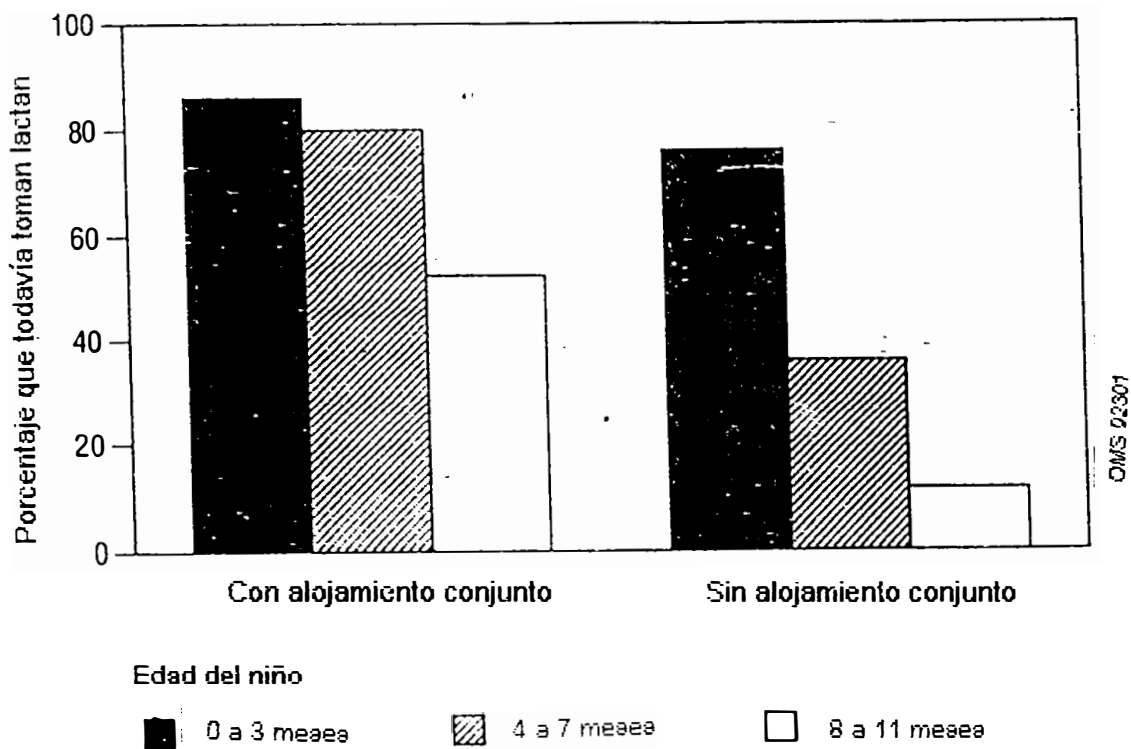


Gráfico 2.4. La influencia de la cohabitación en la lactancia materna, Costa Rica.
Fuente: Mata (1984).

el Dr. José Fabella Memorial Hospital contribuyó con el cambio en esta costumbre a nivel nacional y se instituyó el alojamiento conjunto obligatorio en los servicios de salud gubernamentales (Gonzales, 1990). Ahora que la cohabitación se ha establecido, el próximo paso será empezar a dar capacitación sobre las prácticas de la lactancia materna para contrarrestar procedimientos desfavorables por parte del personal de la salud, tal como la introducción prematura de suplementos (Williamson, 1990).

Los médicos de Indonesia que recibieron capacitación en Wellstart reportaron una incidencia de la diarrea en los hospitales antes y después de iniciar el alojamiento conjunto (USAID, 1990). El resultado fue impresionante (Gráfico 2.3) ya que se dio una disminución promedio por mes de los casos de aproximadamente dieciseis a uno. Los estudios sobre la cohabitación en Brasil y Costa Rica han sido de igual manera convincentes (Hardy y otros, 1982; Mata y otros, 1983). En Brasil, se celebró un seminario nacional, como parte de un proyecto de promoción de la lactancia natural, para establecer directrices sobre la institucionalización del alojamiento conjunto, y dio como resultado su adopción gradual en 581 hospitales estatales y privados (Clearinghouse on Mothers and Children, 1988; Huffman, 1990). En Costa Rica, la cohabitación influyó en forma evidente en la duración de la lactancia. Cuando se

practica este procedimiento, el 80% de las madres aún lactan entre los cuatro y siete meses; si no se daba, el porcentaje era de menos del 40% (Mata, 1984) (Gráfico 2.4).

La eliminación de alimentos alternativos

En Kenia se ha dado un esfuerzo activo para apoyar la lactancia exclusiva con la eliminación de la alimentación alternativa, incluso entre los recién nacidos de bajo peso (Musoke, 1990). Los resultados demostraron que es posible practicar el amamantamiento sacándose la leche manualmente cuando la madre o el infante son incapaces de lactar en forma directa. Por lo tanto, para evitar la confusión con el pezón, se alimenta al infante con una taza pequeña. A las madres se les pide que se saquen la leche justo antes de alimentarlo. Le pueden dar entre 200 a 220 ml/kg con una taza o sonda si pesa al menos 1.600 g. Al mismo tiempo se fomenta la lactancia directa. El Dr. Musoke manifiesta que al principio el personal de la maternidad no quería aceptar esta práctica, pero después de un tiempo, y por el hecho de que se concienciaron de que los casos de diarrea y neumonía ocurren casi siempre entre los niños alimentados en forma artificial, tanto el personal de maternidad del hospital como quienes establecen las normas del Ministerio de Salud reconocieron las ventajas que ofrece este método.

Pérez (1990) elaboró un programa para promover el amamantamiento en los hospitales después de que el personal recibió capacitación en Wellstart. La intervención incluye la capacitación del personal, cuidado prenatal, amamantamiento inmediatamente después del parto, cohabitación, eliminación de alimentos complementarios y chupones y visitas prontas al hogar después del parto (entre cuatro a seis días). También manifestó que es necesario establecer en la clínica cuidados alternativo que apoyen la alimentación al pecho para que el seguimiento y continuación de la lactancia exclusiva sean exitosos. Este proyecto también demostró la repercusión potencial que tiene el LAM en la fertilidad. Los informes preliminares demuestran que el promedio de embarazos es de menos de un medio por ciento (<0,5%) entre quienes usan este método (Valdez y Pérez, 1990).

En la primera fase, el proyecto de Promoción de la Alimentación Materna (PROALMA) de Honduras llevó a cabo con éxito la capacitación del personal de los hospitales y cambió las rutinas de estos centros; por lo consiguiente, se incrementó tanto la frecuencia como la duración de la lactancia (Canahuati, 1990). Hubo cierta preocupación acerca de si el contenido y espíritu se estaban incorporando en su totalidad a las rutinas de maternidad y salud posteriores al parto. Se diseñó un estudio con los siguientes tipos de intervención: capacitación y apoyo pre

y posnatal, la entrega de información con mensajes de apoyo a la salida del hospital, una visita a la clínica para el amamantamiento ocho días después del parto y otra para la planificación familiar a las seis semanas. Los resultados evidencian que estas intervenciones no sólo incrementaron la duración de la lactancia y de la amenorrea, sino también que redujeron la cantidad de embarazos a los seis meses después del parto (una de las causas principales del destete prematuro) y el uso de métodos inadecuados de planificación familiar durante el período de lactancia.

Estos ejemplos muestran que las rutinas de hospitales y maternidades que influyen negativamente en la lactancia se pueden modificar y lograr efectos positivos con la ayuda de un cambio en la capacitación y en las políticas.

La lactancia materna en los servicios de salud posteriores al parto

Las prácticas de salud relacionadas con el amamantamiento deben continuar después del servicio que se da en la maternidad. Es esencial que el personal de salud apoye los «Ocho comportamientos para una lactancia materna óptima.» El Instituto de la Salud Reproductiva¹ desarrolló

¹ Centro Médico de la Georgetown University, Washington, DC., EEUU.

y usó seis pasos para el desarrollo del programa en conjunto con los «Ocho comportamientos» (Labbok y otros, 1990b) que son:

- identificación del personal clave;
- garantía de la competencia por medio de la capacitación adecuada
- desarrollo de los objetivos;
- desarrollo de un plan de acción;
- implementación; y
- evaluación y aceptación.

El apoyo a la lactancia es de gran importancia en especial en cada uno de los siguientes periodos: después del parto, entre una y dos semanas, entre seis y ocho semanas, entre tres y seis meses y hasta un año (Forman y otros, 1981), en cada uno de los programas de intervención que se seleccionaron (inmunización, planificación familiar, terapia de rehidratación oral, nutrición). Cada uno de estos periodos de contacto, o programas, tiene su propia conexión con la lactancia y tiene el poder de apoyarla o desfavorecerla. Muchas de las actividades que no la apoyan se podrían contrarrestar con la capacitación adecuada, pero como Musoke lo demostró en su investigación, a menudo el personal se muestra renuente cuando se necesita un cambio. Algunos cambios requieren modificaciones específicas en la

legislación, mientras que otros necesitan asesoramiento local antes de que se lleve a cabo cualquier acción.

La diarrea

Debido a la trascendencia de la lactancia materna en los niveles de morbilidad y mortalidad diarreicas, es considerable el potencial para la integración total de la promoción de la lactancia con la OMS y otros programas para el control de enfermedades diarreicas. Las unidades de rehidratación oral son un buen lugar para iniciar esta integración. Muchos hospitales tienen salas para administrar sueros orales de rehidratación (SOR) y pabellones especiales para pacientes con diarrea. Estas unidades a menudo son una parte muy importante del servicio de pediatría y el personal de salud a cargo de la diarrea tienen acceso a los administradores encargados de redactar las políticas hospitalarias. Además, trabajan con el personal de los servicios de maternidad quienes eventualmente necesitan que se les persuada acerca de los cambios en las prácticas de salud necesarios para promover y proteger la lactancia materna. Por ejemplo, cada vez que se admiten casos de diarrea, las madres no deben ser separadas de sus hijos, en especial si están amamantando, y el personal de salud de estas unidades debe recibir capacitación acerca de cómo usar estas conexiones para

apoyar y promover la lactancia y ayudar a resolver problemas individuales relacionados con el amamantamiento. Es muy importante que las SOR y otros líquidos se administren con taza y cuchara y jamás en biberón; el uso del biberón se debe evitar de cualquier manera posible.

La unidad de Control de Enfermedades Diarreicas de la OMS ahora se ha dirigido a una pequeña cantidad de países para determinar el interés y capacidad de las autoridades nacionales que dirigen programas para controlar las enfermedades diarreicas y contribuir con las actividades de promoción de la lactancia. En cada país se ponen de relieve los diferentes elementos de la estrategia; sin embargo, algunos campos de colaboración tendrán relevancia en más de un lugar. Mientras que el avance será necesariamente gradual, se debe reforzar con tenacidad la unión entre la promoción de la lactancia y el control de la diarrea, para beneficio tanto de los programas como de los niños.

Control del desarrollo

La lactancia también se puede integrar con éxito dentro de cada una de las cuatro actividades principales del control del desarrollo. El proceso de pesar al bebé es lo que asegura a las madres en período de lactancia que sus hijos se están desarrollando en forma satisfactoria,

mientras que un gráfico puede demostrarles que se ha dado un desarrollo constante gracias a la lactancia. Para la madre es esencial entender la curva de desarrollo del niño amamantado, además se da asesoramiento para reforzar los patrones óptimos de lactancia; y una vez que ella ha centrado su atención en el desarrollo del niño, sería adecuado hacer hincapié en la importancia del asesoramiento en cuanto al amamantamiento exclusivo si el niño tiene menos de seis meses, o con alimentos suplementarios después de esta edad. En esta etapa también se puede aconsejar a las madres acerca del destete, la planificación familiar y otras prácticas que no interfieran con el período de lactancia. Los grupos de apoyo a la madre, formados para ayudar y apoyar el amamantamiento, a menudo son en particular apropiado para que se inicie el control del desarrollo.

Existen muchas maneras mediante las cuales las iniciativas de la alimentación complementaria protegen y apoyan la lactancia con eficacia. Los programas de alimentación complementaria pueden diseñarse no para que enfoquen a los niños sino en especial a las mujeres embarazadas y en período de lactancia. Garantizar que las madres estén bien alimentadas aumentará la oportunidad de que se dé una lactancia exitosa y evitará que los niños sean alimentados en forma artificial. Además pueden incentivar a la madres para que hagan uso de las clínicas

de salud y programas educativos de nutrición. Los programas de alimentos complementarios nunca deben distribuir leche en polvo «para llevar al hogar» ya que es casi inevitable que se dé un mal uso como alimento infantil. Sólo se debe distribuir cereal premezclado para que las madres o niños de más de cuatro meses se alimenten.

Planificación familiar

La promoción de la lactancia se puede integrar con eficacia en los proyectos cuyo objetivo es reducir la fertilidad. Berg & Brems (1989) sugieren la siguiente guía para estos programas:

- Mediante el diálogo a nivel nacional, alertar a quienes están a cargo de desarrollar las políticas en todos los sectores acerca del costo e implicaciones que tendría en la salud la disminución de la lactancia y las posibles alternativas del programa.

- Promover la lactancia exclusiva por medio de la alimentación frecuente, día y noche, por lo menos durante cuatro meses y desfavorecer el uso del biberón durante ese tiempo.

- Promover las prácticas de destete cuyo objetivo sea tanto maximizar el efecto contraceptivo de la lactancia como velar por la salud del niño. Los

mensajes educativos apropiados deben hacer hincapié en mantener la frecuencia, intensidad y duración de la succión, tanto para detener la ovulación como para ayudar a mantener una producción adecuada de leche, mientras que se van introduciendo poco a poco los alimentos de destete.

- Proporcionar a la madre lactante asesoramiento adecuado acerca de los anticonceptivos apropiados de acuerdo con cada localidad.
- Incluir a la lactancia en la capacitación, recolección de datos, IEC¹ y normas y servicios de maternidad.

Estos dos investigadores notaron que el desafío inmediato es la integración de estas estrategias en los programas actuales de planificación familiar.

Existen muchos tipos de programas que demuestran la viabilidad de esta integración. En Chile, Díaz y otros (1982) han respaldado durante muchos años la lactancia en el campo de los servicios de fertilidad. Su enfoque integrado para la atención de la madre y el niño es un modelo de servicios de salud que dan apoyo a la madre. Valdes & Pérez (1990) también dieron asesoramiento del LAM en los programas de apoyo a la lactancia.

¹ Información, educación y comunicación

En Pakistán y Filipinas, la Organización Internacional para la Salud de la Familia trabaja en la evaluación del LAM en los hospitales y otros lugares donde se da asesoramiento

para la planificación familiar. La principal preocupación de estos proyectos es la capacidad de cada mujer de determinar el momento preciso para iniciar la planificación complementaria (Kennedy, entrevista, 1991). En un proyecto llevado a cabo en Quito, Ecuador, en el CEMOPLAF¹, se ofrece asesoramiento para el LAM y la lactancia natural en las clínicas independientes de planificación familiar. Los resultados demuestran que las mujeres están dispuestas a buscar, e incluso, pagar por los servicios del LAM y el apoyo a la lactancia como medio de espaciamiento de los embarazos (Sevilla, 1991).

Un método comunitario que usa la FEMAP², la capacitación de los «promotores» de la planificación familiar en las técnicas de apoyo a la lactancia, dio como resultado un aumento en la frecuencia y duración del amamantamiento y la amenorrea concomitante (Suarez, 1991); mientras que en Honduras, el grupo de apoyo de madre a

¹ Centro Médico de Orientación para la Planificación Familiar.

² Federación Mexicana de Asociaciones Privadas de Salud para el Desarrollo Comunitario.

madre, La Liga de la Leche, ofreció capacitación del LAM para determinar la introducción oportuna de los métodos de planificación familiar (Canauati, 1990). Los legisladores se vieron influidos en Guatemala, donde la Comisión Nacional de Lactancia copatrocinó tres reuniones acerca de los aspectos de fertilidad de la lactancia; y las EDS, que incorporaron un módulo más complejo de lactancia natural, ahora asesoran en todo el mundo a quienes planifican la legislación.

Costos

La estimación del costo que tiene la capacitación del personal de las clínicas, el cambio a alojamiento conjunto y la modernización de los métodos de amamantamiento proviene de la bibliografía reciente y de los informes inéditos. La variación de los costos estimados y de los ahorros directos provenientes de los datos empíricos se muestran en el cuadro 2.1 y son muy parecidos a las estimaciones previas (Levince y otros, 1990). Estos reafirman el hecho de que los costos asociados con los cambios en las rutinas de hospitales son más que compensados, debido a los ahorros directos que se obtienen. Las reducciones considerables en el personal necesario para el alojamiento conjunto constituyen la fuente de ahorro más importante, mientras que las disminuciones en la

**adro 2.1. Resumen de los costos y ahorros directos asociados con los cambios de las
inas de hospitales**
OSTOS

Actividad	Sitio	Por participante (en dólares EEUU)	Por parto (en dólares EEUU)	Referencia
Asistencia inicial, referencia	hipotético	475,00	0,01-1,00	Phillips y otros, 1987
	Panamá	463,00	No se aplica	Huffman, 1990
	Etiopía/Liberia	600,00	No se aplica	Armstrong, 1990
Asistencia personal hospital	hipotético	10-858	0,05-1,35	Phillips y otros, 1987
	Panamá	9,83-67,41	No se aplica	Huffman, 1990
	Honduras	212	5,53	Huffman y Panagides, 1990
	El Salvador	44	No se aplica	Huffman y Panagides, 1990
Apoyo de las mujeres	hipotético	0,35-3,85	0,35-3,85	Phillips y otros, 1987

AHORROS

Actividad	Sitio	% de reducción	Ahorro total (en dólares EEUU)	Referencia
Reducción del personal tempo, con habitación	Chile	34%	27,00/por parto	Labbok, 1990
Cambios fórmula antit	Filipinas	No se aplica	4,20/por parto	Brownlee y Naylor, 1990 ^a
	Honduras	No se aplica	1,2/por parto	Autotte, 1985
	Bali	25%	No se aplica	Soetjningsih y Suraatmaja, 1986
Cambios biberones	Filipinas	80%	0,82/por parto	Brownlee y Naylor, 1990
	Panamá	50-100%	No se aplica	Huffman, 1990
	Filipinas	No se aplica	0,32/por parto	Brownlee y Naylor, 1990
	Panamá	38-100%	No se aplica	Huffman, 1990

Brownlee, A. y Naylor, A. (1990) Comunicación personal. Información basada en la presentación
del Dr. Ricardo Gonzales, Director del Dr. José Fabella Memorial Hospital.

preparación y manejo de fórmulas infantiles y en medicinas también contribuyen en forma significativa.

Los ahorros indirectos producto del inicio y continuación exitosos de la lactancia exclusiva se expresan mejor con las vidas que se salvan. Sin embargo, también podemos estimar los ahorros debido a la disminución de la morbilidad, que a su vez se refleja en la reducción de hospitalizaciones, y el ahorro a nivel del hogar y nacional, producto de la reducción de los gastos por compra de fórmula infantil.

Los cambios que recomiendan los «Diez pasos» y los «Ocho comportamientos» implican pocos costos para la familia y el sistema de salud y al mismo tiempo brindan ahorros directos e indirectos. En general, en los costos de los servicios de salud se invierte antes de obtener ganancia, y a menudo resulta difícil invertir sin ninguna garantía. Sin embargo, argumentos financieros fuertes indican que los costos iniciales darán como resultado ahorros netos.

Por ejemplo, en un esfuerzo por apoyar las actividades de promoción de la lactancia exclusiva en los hospitales de Panamá se redujo la cantidad de biberones preparados para los recién nacidos de alrededor de la mitad a dos tercios entre 1984 y 1986. En uno de los hospitales de Veraguas, la cantidad de fórmula infantil utilizada en la sala de neonatos disminuyó de aproximadamente 61 kg en 1982 a cero

en 1986; como consecuencia, el número de biberones que se compraron se redujo de 3.229 a 0. En dos hospitales de Cocle, la cantidad de biberones disminuyó en un 66%. En el Hospital Santo Tomás de la ciudad de Panamá, la cantidad que se usaba en las salas de recién nacidos disminuyó de 113.503 en 1982 a 49.384 en 1985. Según una estimación, significaba el \$0,20 por biberón, la reducción total a los cuatro años fue de alrededor \$13.000 (Huffman, 1990).

Cuando estas estimaciones de los costos se combinan con los datos de efectividad que Feachen y Koblinsky (1984) reprodujeron en una computadora es posible calcular la probable de eficacia en función de los costos de la intervención (Phillips y otros, 1987) (Cuadro 2.2). El costo de cada caso de diarrea que fue posible evitar varió de \$2,4 (programa de alto impacto y bajos costos; patrón transitorio de la lactancia) a \$143 (programa de bajo impacto y altos costos, patrón "moderno" de la lactancia) (Cuadro 2.2). Para el paquete de intervenciones más barato (alrededor de \$1 por madre), el costo de cada caso diarreico que se evitó fue menos de \$15 incluso en los programas de bajo impacto en lugares con un bajo nivel de lactancia exclusiva.

El costo de cada muerte por diarrea que se pudo prevenir oscila entre \$87 y \$10.753. Para el paquete de intervenciones más barato, \$1 por madre afectada, el costo debido a los casos diarreicos que se evitaron es de menos

de \$550 en todos los programas, excepto los de más bajo impacto. Para los programas de alto impacto, el costo puede ser de menos de \$100 por cada muerte diarreica evitada.

Con el fin de hacer una comparación, en el cuadro 2.3 se muestran los resultados de los análisis de eficacia en función de los costos en seis intervenciones para el control preventivo de la diarrea que Phillips y otros (1987) efectuaron. Estos resultados no deben usarse para seleccionar una intervención en lugar de otra, pues es eficaz en reducir los casos de diarrea o muerte diarreica. Los promedios de los resultados coinciden en forma parcial, y el número de observaciones de donde se derivan los promedios, por lo común es demasiado pequeño como para que se puedan hacer generalizaciones acertadas. Sin embargo, los resultados demuestran que la promoción de la lactancia es una intervención de eficacia en función de los costos para reducir la morbilidad, mortalidad y severidad diarreicas. También afecta ciertos tipos de diarrea que son más difíciles de tratar, como la diarrea persistente y la shigelosis severa.

Finalmente, en el análisis anterior de eficacia en función de los costos sólo se tuvieron en cuenta los efectos de la lactancia en la morbilidad y mortalidad diarreicas. La leche de pecho también reduce la morbilidad y mortalidad debido a otras causas y se asocia con un mejor

espaciamiento de los embarazos. El costo relativo de los esfuerzos masivos por apoyar la lactancia es mínima si se compara con los costos y la pérdida de divisas por compra de fórmula infantil, biberones, tetillas y anticonceptivos. Si las actividades de promoción y apoyo a la lactancia se llevan a cabo de una manera adecuada también pueden mejorar la condición de la mujer. Cuando se tienen en cuenta estos otros beneficios sociales y de salubridad, el valor de la salud pública del amamantamiento se hace aún más evidente.

Recomendaciones

Las recomendaciones de la reunión técnica entre la OMS y el UNICEF de 1990 fueron las siguientes:

1. Desarrollar y apoyar grupos nacionales que coordinen la lactancia por medio de representación multisectorial. Estos grupos deben contar con el compromiso de las organizaciones de profesionales en salud, de sus miembros y de ministros y departamentos de salud. Las actividades de estas organizaciones podrían incluir el control de las tareas de otros programas relacionados y la coordinación con ellos; además de apoyar las actividades locales sobre lactancia.

Cuadro 2.2. El costo por caso y por muerte por diarrea que se evitó con la ayuda de la promoción de la lactancia en niños menores de cinco años (en dólares estadounidenses, 1982)

Patrón de preintervención de la diarrea ^a	Costo por madre afectada ^c	Costo de caso por diarrea y muerte evitados ^b					
		Morbilidad			Mortalidad		
		Alto Impacto	Medio Impacto	Bajo Impacto	Alto Impacto	Medio Impacto	Bajo Impacto
A	10,00	37,0	73,0	142,9	2500	5376	10763
	1,00	3,7	7,3	14,3	250	538	1075
B	10,00	23,6	48,8	96,2	1188	2375	4000
	1,00	2,4	4,8	9,6	19	237	400
C	10,00	26,4	60,6	106,4	875	1603	2747
	1,00	2,6	6,1	10,6	87	160	275

^a El patrón A de la lactancia («moderno») tiene un alto porcentaje de lactancia parcial y de la falta de ésta; el patrón C («tradicional») tiene altos niveles de lactancia exclusiva; y el de B («transitorio») es medio, con una cantidad considerable de niños que son amamantados en forma parcial (Feachem y Koblinsky, 1984).

^b Uso de los resultados de efectividad provenientes de Feachem y Koblinsky (1984).

^c De Phillips y otros (1987).

Cuadro 2.3 Eficacia en función de los costos en las intervenciones preventivas para el control de la diarrea^a

Intervención	Costo (en dólares EE.UU.) por caso diarreico suprimido en niños menores de cinco años		Costo (en dólares EE.UU.) por caso de muerte por diarrea suprimido en niños menores de cinco años	
	Variación	(Media)	Variación	(Media)
Promoción de la lactancia	2,4-143	(45)	87-10.753	(1.000)
Inmunización rotavirus	3-30	(5)	141-1.401	(220)
Inmunización del sarampión	3-60	(7)	66-1.156	(140)
Inmunización del cólera	90-1.450	(174)	1.075-16.710	(2.000)
(en Bangladesh)				
Promoción de prácticas mejoradas de destete			50-2.000	(1.070)
Promoción de la higiene	5-500			

^a Adaptado de Philips y otros, 1987

2. Iniciar un enfoque sistemático orientado hacia la acción para garantizar que la lactancia se incorpore activamente dentro de todos los proyectos de salud dirigidos a las madres y sus hijos. En los programas que controlan las enfermedades diarreicas, se debe asesorar a las madres con hijos enfermos para que continúen amamantando, según los «Ocho comportamientos». Los sueros de rehidratación oral deben administrarse con una taza o cuchara, nunca en biberón. En caso de que los niños deban ser hospitalizados, no hay que separarlos de sus madres. En los programas de planificación familiar, se debe promover y apoyar el LAM. No importa qué método de planificación recomienden o elijan las madres, siempre hay que promover el amamantamiento. El personal de planificación familiar debe ser recompensado por promover la lactancia exclusiva como método de planificación familiar. Las madres que alimentan a sus hijos sólo con leche de pecho durante los primeros seis meses después del parto no deben utilizar anticonceptivos que contengan estrógenos.

3. Instruir y capacitar al personal de todos los sectores de la salud, incluido los programas de nutrición, salud de la madre y el niño y planificación familiar, acerca de las bases y técnicas de la práctica de la

lactancia y acerca de la importancia del amamantamiento en su programa particular.

4. Mejorar el diálogo, estudio e intercambio de información entre los investigadores, los programas y los encargados de establecer las políticas, para evitar la tardanza entre la aprobación de los cambios necesarios y su implementación. La información científica precisa, las definiciones y las declaraciones de consenso se deben difundir en forma amplia a los encargados de desarrollar la legislación, incluidos los «Diez pasos hacia una lactancia natural exitosa», las declaraciones hechas en el Taller Internacional sobre las Prácticas de la Salud Relacionadas con la Lactancia Materna¹, y el Sistema de nociones para las definiciones sobre el amamantamiento, para motivarlos a que usen las recomendaciones en el desarrollo de los programas que apoyan el binomio madre-hijo.

5. Establecer los lazos para asegurar la consistencia de los mensajes relacionados con las actividades de la

¹ Celebrado en la Georgetown University, Washington, DC., del 7 al 9 de diciembre de 1988.

alimentación al pecho en todos los programas sociales y de salud significativos. Se deben diseñar los mensajes para que respondan a las necesidades y creencias locales, para apoyar y promover la lactancia exclusiva hasta los cuatro o seis meses de edad, y hasta que la madre y el niño lo deseen después de esta edad, de preferencia hasta los dos años o más. Las mismas funcionarias de la salud deben estar dispuestas a amamantar a sus propios hijos para entender mejor las necesidades de sus pacientes y servir de ejemplo en sus comunidades.

6. Adecuar los sistemas de legislación, regulación e información existentes para apoyar y controlar la lactancia. Por ejemplo las regulaciones que velan por la calidad de los programas pueden usarse para garantizar la práctica del alojamiento conjunto. Este apoyo se logra si se insta a los centros de investigación y desarrollo a considerar las implicaciones relacionadas con los costos y las enfermedades que surgen si estos cambios no se llevan a cabo. El intercambio de datos entre investigadores, líderes de programas y encargados de desarrollar las políticas ayudaría a evitar la tardanza entre la aprobación de los cambios necesarios y su implementación. Además, se debe considerar que la

lactancia materna es lo mejor para el bienestar del niño y _ que el uso de la fórmula infantil es perjudicial.

7. Buscar la ayuda financiera para los costos iniciales de capacitación y revisión del protocolo. A pesar de que las modificaciones en las rutinas de los hospitales que apoyan la alimentación al pecho constituyen costos en función de la eficacia, puede que algunos hospitales necesiten ayuda financiera para los costos iniciales. Estos cambios en los hospitales han sido tan eficaces que los fondos destinados a los costos periódicos pueden cubrirse con lo que se ahorra. En lo posible, se debe buscar apoyo de terceros para promover la lactancia natural como una medida preventiva para la salud.

Referencias

La fuente de información principal para este capítulo se tomó de Labbok, M (1990); Cravero, K. A. y otros (1990) y de Zoysa, T. (1990).

Anand, R. (1990) Recommendations on breastfeeding promotion among pediatricians. *International journal of gynecology and obstetrics*, 31 (suppl.1): 51-55.

- Armstrong, H. (1990) Breastfeeding promotion: training of mid-level and outreach health workers, *International journal of gynecology and obstetrics*, 31 (suppl.1): 91-103.
- Barrel, R. A. E. y Rowland M. G. M. (1979) Infant foods as a potential source of diarrhoeal illness in rural West Africa. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 73: 85-90.
- Bentley, M. E. y otros (1990) Maternal feeding behavior and child acceptance of food during diarrhea, convalescence, and health in the central Sierra of Peru. *American journal of public health*, 81:43-47.
- Berg, A. y Brems, S (1989) *A case for promoting breastfeeding in projects to limit fertility*. Banco Mundial. Documento técnico 102, Washington DC.
- Black, R. E. (1982) Would control of childhood infectious diseases reduce malnutrition? En prensa. *Acta Paediatrica Scandinavica*.
- Black, R. E. y otros (1982) Contamination of weaning food and transmission of enterotoxigenic *Escherichia coli* diarrhoea in children in rural Bangladesh. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 76:259-264.
- Black, R. E. y otros (1989) Incidence and etiology of infantile diarrhea and major routes of transmission in

Huascar, Perú. *American journal of epidemiology*, 129:879-799.

Briend, A. y otros (1988) Breastfeeding, nutritional state, and child survival in rural Bangladesh. *British medical journal*, 296:879-882.

Brown, K. H. y otros (1985) Effects of season and illness on the dietary intake of weanlings during longitudinal studies in rural Bangladesh. *American journal of clinical nutrition*, 41:343-355.

Brown, K. H. y otros (1989) Infant feeding practices and their relationship with diarrheal and other diseases in Huascar (Lima), Perú. *Pediatrics*, 83:31-40.

Brown, K. H. y otros (1992) Effects of common illnesses on infants' energy intakes from breastmilk and other foods during longitudinal community based studies in Huascar (Lima), Perú. *American journal of clinical nutrition*, 52:1005-1113.

Canahuati, J. (1990). One country's story: the PROALMA programme in Honduras. *International journal of gynecology and obstetrics*, 31 (suppl.): 17-24.

Clavano, N. (1982) Mode of feeding and its effect on infant mortality and morbidity. *Journal of tropical pediatrics*, 28:287-293.

Clearinghouse on Infant Feeding and Maternal Nutrition of breastmilk substitutes, (1988) *Government*

legislation and policies to support breastfeeding, improve maternal and infant nutrition, and implement a code of marketing Report #5. Washington DC., Asociación Americana de Salud Pública, 1988.

Clemens, J. D. y otros (1986) Breastfeeding as a determinant of severity in shigellosis. Evidencia para la protección durante los primeros tres años de edad en los niños de Bangladesh. *American journal of epidemiology*, 123:710-720.

Clemens, J. D. y otros (1990) Breast feeding and the risk of severe cholera in rural Bangladeshi children. *American journal of epidemiology*, 131:400-411.

de Zyoysa J. y otros (1991) Why promote breast-feeding in diarrhoea disease control programmes? *Health policy and Planning*, 6:371-379.

Diaz, S. y otros (1982) Fertility regulation in nursing women. *Journal of biosocial science*, 14:329.

Dickin, K. L. y otros (1990) Effects of diarrhea on dietary intake by infants and young children in rural villages of Kwara State, Nigeria. *European Journal of Clinical nutrition* 44:307-317.

Feachem, R. G. y Koblinsky, M. A. (1984) Interventions for the control of diarrhoeal diseases among young children: promotion of breast-feeding. *Bulletin of the World Health Organization*, 62:271-291.

- Feachem, R. G. y otros (1981) Unpublished Reports I and II, NICHD, Workshop on Determinants of Choice and Duration of Infant Feeding Practice, Chantilly, Virginia, junio.
- Gonzales, R. (1990) A large scale room-in programme in a developing country: Dr Jose Fabella Memorial Hospital experience. *International journal of gynecology and obstetrics*, 31 (suppl. 1):31-34.
- Habicht, J-P. y otros (1988) Mother's milk and sewage: their interactive effects on infant mortality. *Pediatrics*, 81:456-461.
- Hardy, E. E. y otros (1982) Breastfeeding promotion: effects of an educational programme in Brazil. *Studies in family planning*, 13 (3):79-86.
- Helsing, E. (1990) Supporting breastfeeding: what governments and health workers can do. *International journal of gynecology and obstetrics*, 31 (suppl. 1):69-76.
- Hoyle, B. y otros (1980) Breastfeeding and food intake among children with acute diarrheal diseases. *American journal of clinical nutrition*, 33:2365-2371.
- Huffman, S. L. (1990) *Promotion of breastfeeding: yes, it works!* Centro de Prevención de la Desnutrición Infantil. Monografía. Bethesda, Maryland.
- Huffman, S. L. y Panagides, D (1991) Breast feeding promotion in Central America: high impact at low cost.

- Washington DC. Centro de Prevención de la Desnutrición infantil y la Academia para el Desarrollo Educativo.
- Huffman, S. L. y otros (1992) Do child practices change due to diarrhea in the central Peruvian highlands? En prensa. *Journal of Diarrhoeal Disease research*.
- Jelliffe, D. B. y Jelliffe, E. F. P. (1988) *Programmes to promote breastfeeding*. Oxford, Oxford, University Press.
- Khin Maung, U. y otros (1985) Effect on clinical outcome of breastfeeding during acute diarrhoea. *British medical journal*, 290:587-589.
- Labbok, M. (1987) IF BORN: A meaningful acronym for interventions in child survival. *American journal of preventive medicine*, 3 (5):262-266.
- Labbok, M. (1990) Health care systems and practices as they relate to breastfeeding. (Informe técnico preparado en la reunión de la OMS. Documento de base preparado en la reunión técnica de la OMS y el UNICEF sobre lactancia materna en la década de 1990, junio 25-28, 1990. Ginebra).
- Labbok, M. y Simon, S. (1988) A community study of a decade of in-hospital breast-feeding. *American journal of preventive medicine*, 4(2):62-67.
- Labbok, M. y otros, ed. (1990a) Proceedings of the Interagency Workshop on Health Care Practices Related

- to Breastfeeding. *International journal of gynecology and obstetrics*, 31 (suppl. 1).
- Labbok, M. y otros (1990b) *Guidelines for breastfeeding in family planning and child survival programmes*. Instituto de Salud Reproductiva, Washington, DC, Georgetown University (enero).
- Levine, R. y otros, ed. (1990) *Changing hospital practices to promote breast feeding: financial considerations*. Centro para la Prevención de la Desnutrición Infantil. Washington, DC, Monografía del Instituto de Salud Reproductiva, Georgetown University.
- Lutter, C., ed. (1990) *Towards global breastfeeding*. Washington, DC, Instituto de Salud Reproductiva (Monografía de la Georgetown University).
- Mahmood, D. A. y otros (1989) Infant feeding and risk of severe diarrhoea in Basrah City, Iraq: a case control study. *Bulletin of the World Health Organization*, 67:701-706.
- Mata, L. (1984) The importance of breastfeeding for optimal child health and well-being. *Clinical nutrition*, 3(1).
- Mata, L. y otros (1981) Promotion of breastfeeding, health, and growth among hospital born neonates, and among infants of a rural area of Costa Rica. En: Chen, L. y Scrimshaw, N. S., ed. *Diarrhea y desnutrición*:

- interacciones, mecanismos e intervenciones.* New York. Plenum Press, pags. 177-202.
- Musoke, R. (1990) Feeding the low birth weight infant. *International journal of gynecology and obstetrics*, 31(suppl. 1):57-59.
- Naylor, A. J. y Wester, R. A. (1985) *Lactation specialist training for health professionals from developing nations. Summary report of sessions I-IV, August 1983-January 1985.* San Diego, Programa de la Lactancia de Wellstart.
- OMS (1989) *Protecting, promoting and supporting breast-feeding: the special role of maternity services. La declaración de la OMS y el UNICEF.* Ginebra, OMS.
- Perez, A. (1990) The effect of breastfeeding promotion on the infertile postpartum period. *International journal of gynecology and obstetrics*, 31(suppl. 1):24-30.
- Phillips, M. A. y otros (1987) *Options for diarrhoea control: the cost and cost-effectiveness of selected interventions for the prevention of diarrhoea.* London. London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Popkin, B. M. y otros (1990) Infant formula promotion and the health sector in the Philippines. *American journal of public health*, 80(1):74-75.

- Potter, J. y otros (1987) The influence of maternal health care on the prevalence and duration of breastfeeding in rural Mexico. *Studies in family planning*, 18(6):309-319.
- Rowland, M. G. M. y otros (1988) Impact of infection on the growth of children from 0 to 2 years in an urban West African community. *American journal of clinical nutrition*, 47:134-138.
- Sevilla, F. (1991) -CEMOPLAF final report on the introduction of LAM into a multimethod family planning delivery system. Georgetown University, Washington DC.
- Suraatmaja, S. y Suraatmaja, S. (1986) The advantages of rooming-in. *Paediatrics Indonesiana*, 26:229-235.
- Suarez, E. y otros (1991) *Final report, Breastfeeding Project*. México, FEMAP.
- Thapa, S. y otros (1988) Breastfeeding, birth spacing and their effects of child survival. *Nature*, 335:679-682.
- USAID (1990) Breastfeeding: a report on A.I.D. programs. Washington DC.
- Valdez, V. y Perez, A. (1990) Lactancia materna. Santiago: PUCC and The Institute for Reproductive Health: Georgetown University.

- Victora, C. G. y otros (1987) Evidence for protection by breastfeeding against infant deaths from infectious disease in Brazil. *Lancet*, ii:319-322.
- Watkinson, M. (1981) Delayed onset of weanling diarrhoea associated with high breast milk intake. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 75:432-435.
- Williamson, N. (1990) Breastfeeding in the Philippines. *International journal of gynecology and obstetrics*, 31(suppl.):35-41.
- Winikoff, B. y Baer, E. C. (1980) The obstetrician's opportunity: translating "breast is best" from theory to practice. *American journal of obstetrics and gynecology*, 138:105-117.
- Winikoff, B. y Castle, M. A. (1988) The influence of health services on infant feeding. En: Winikoff, B. y otros, ed. *Feeding infants in four societies: causes and consequences of mother's choices*. New York, Population Council/Greenwood Press, pags. 14-164.
- Winikoff, B. y otros (1987) Overcoming obstacles to breastfeeding in a large municipal hospital: applications of lessons learned. *Pediatrics*, 80(3):423-433.
- Winikoff, B. y otros (1988) Infant feeding in Bangkok, Thailand. En: Winikoff, B. y otros, ed. *Feeding infants in four societies: causes and consequences of*

mother's choices. New York, Population Council/Greenwood Press, pags. 15-42.

Bibliografía adicional

Almroth, S. y otros (1979) Economic importance of breastfeeding. *Food and nutrition*, 5:4-10.

Autotte, P. A. (1985) A mid-term evaluation of hospital institutions for the PROALMA project.- Honduras. INCS Report Series. Centro de Desarrollo Educativo, Newton, MA (marzo).

Bagalay, R. (1989) The lactation management programme at Dr. Jose Fabella Memorial Hospital. En: *Wellstart, Proceedings of the Invitational Asian Regional Lactation Management Workshop and Related Events.* Indonesia, Wellstart y el Programa de Lactancia de San Diego, pags. 145-154.

Bergevin, Y. y otros (1983) Do infant formula samples shorten the duration of breastfeeding? *Lancet*, 1:1148-1151.

Biddulf, J (1981) Promotion of breastfeeding: experience in Papua New Guinea. En: Jelliffe, D. B. y Jelliffe, E. F. P. ed. *Advances in international maternal and child health*, v. 1. Oxford, Oxford University Press.

- Cravero, K. A. y otros, (1990) Making the connection: linkages of breastfeeding to other primary health care programmes. (Documento de base preparado para la reunión técnica conjunta entre la OMS y el UNICEF sobre lactancia en la década de 1990, junio 25-28, 1990. Ginebra).
- Daga, S. R. y Daga, A. S. (1985) Impact of breastmilk on the cost effectiveness of special care unit for the new born. *Journal of tropical pediatrics*, 31:121-123.
- de Zoysa, I. (1990) Breastfeeding and the control of diarrhoeal diseases. (Documento de base preparado para la reunión técnica conjunta entre la OMS y el UNICEF sobre la lactancia en la década de 1990, junio 25-28, 1990).
- Feachem, R. G. (1986) Preventing diarrhoea: what are the policy options? *Health policy and planning*, 1(2):109-117.
- Howie, P. W. y otros (1990) Protective effect of breastfeeding against infection. *British medical journal*, 300:11-16.
- Jelliffe, D. B. (1978) *Human milk in the modern world*. Oxford, Oxford University Press.
- Jelliffe, D. B. y Jelliffe, E. F. P. (1982) *An assessment of the Brazilian national breastfeeding promotion campaign*. Consultant Report, INCS.

- Jolly, R. (1990) Breastfeeding and health care services. *International journal of gynecology obstetrics*, 31 (suppl. 1):7-9.
- Klaus, N. H. y Kennell, J. H. (1982) *An assessment of the Brazilian national breastfeeding promotion campaign. Consultant Report for Brazil, March 21-23.* Servicio Internacional de Comunicación sobre la Nutrición.
- Labbok, M. y Koniz-Booher, P., ed. (1990) *Breastfeeding: protecting a natural resource.* Washington, DC. IMPACT.
- Labbok, M. y Krasovec, K. (1990) Toward consistency in breastfeeding definitions. *Studies in family planning*, 21(4):226-230.
- Labbok, M. (1989) Breastfeeding and family planning: a vital complementary. En: Baumslag, N., ed. *Breastfeeding: passport to life.* New York, UNICEF.
- Launer, L. J. y otros (1990) Breastfeeding protects infants in Indonesia against illness and weight loss due to illness. *American journal of epidemiology*, 131:322-331.
- Lee, L. W. (1988) Breastfeeding practices and postpartum amenorrhea. En Winikoff, B. y otros, ed. *Feeding infants in four societies: causes and consequences of mother's choices.* New York. Population Council/Greenwood Press, pags. 203-214.

- Monteiro, C. A. y otros (1990) Can breastfeeding reduce infant mortality? *Health policy and planning*, 5:23-29.
- Naylor, A. J. (1990) Professional education and training for trainers. *International journal of gynecology and obstetrics*, 31 (suppl. 1):25-27.
- O'Gara, C. (1983) *Evaluation plan for the PROALMA project and report on baseline data collection*. Tegucigalpa, Honduras, USAID, pags. 931-1010.
- Perez, A. y Valdez, V. (1990) Santiago breastfeeding promotion programme: preliminary results of an intervention study. *American journal of obstetrics and gynecology*. 165(6):2039-2044.
- Sharma, R. y otros (1991) *A comparative analysis of trends and differentials in breastfeeding*. Washington, DC. Georgetown University (Monografía del Instituto para Estudios Internacionales en Métodos Naturales de Planificación Familiar).
- Tognetti, J. (1985) A review of breastfeeding programme evaluations. En: *A retrospective and prospective look at international breastfeeding promotion programmes*. Servicio Internacional de Comunicación de la Nutrición, Boston, MA.
- Victora, C. G. y otros (1989) Infant feeding and deaths due to diarrhea: a case control study. *American journal of epidemiology*, 129:1032-1041.

Wirtz, G. y Lazarov, M. (1989) *The health and cost benefits of breastfeeding: a case for additional breastfeeding promotion funds in the WIC reauthorization bill.* Monografía resumida. Reunión anual de la Asociación Americana de Salud Pública, Boston, MA.

SEGUNDA PARTE:

MEMORIA DE LA TRADUCCION

INTRODUCCION

En la siguiente memoria de trabajo se analizarán los obstáculos que el traductor encontró en el momento de llevar a cabo su labor. El propósito de la memoria es cumplir con uno de los requisitos del trabajo final de graduación y primordialmente para que sirva de ayuda a aquellos traductores que en el futuro tengan que trabajar con este tipo de texto.

En la memoria se analizarán dos problemas principales que el traductor tuvo que resolver durante el proceso de la traducción:

1. Modificación de estructuras del texto original que originaron problemas al pasarlas al texto terminal.

- a. Se modificaron estructuras complejas en las cuales fue necesario utilizar técnicas sugeridas por autores como Peter Newmark y Gerardo Vásquez-Ayora. Así, se utilizó la transposición con la que, por ejemplo, un verbo del texto original se transformó en adjetivo en el texto meta. Dicha técnica consiste, por lo tanto, en el reemplazo de una parte del discurso del texto de la lengua original por una diferente en el texto de la lengua terminal, transponiendo así su contenido semántico. Otra

técnica que se utilizó de manera exhaustiva en la traducción de todo el texto fue la modulación. Consiste en modificar una idea del texto original pero sin variar su significado. Se utilizaron diferentes formas de modulación dependiendo de las necesidades del texto, como por ejemplo, una parte por otra y por inversión de términos. Cabe destacar que tanto la transposición como la modulación se utilizaron para evitar que el texto traducido fuera una copia textual del original y para que no resultara literal. Es así como se copiaron las ideas o el mensaje, no así las estructuras del texto original. También se utilizaron otras técnicas como la adaptación, amplificación y explicitación, que aunque con menos frecuencia que la modulación y la transposición, contribuyeron con el desarrollo del trabajo.

b. Se cambiaron las estructuras que contenían la voz pasiva. Aunque este accidente del verbo es poco común en español, los textos técnicos suelen caracterizarse por su uso moderado. Por lo tanto, el traductor decidió conservar la pasiva en casos muy raros, en otros casos la cambió a activa y en la mayor parte optó por utilizar la pasiva con *se*, pues es el uso más común en el idioma del texto meta.

c. Finalmente, se decidió transformar el estilo de los párrafos por medio de la puntuación o la

amplificación del mensaje con el uso de conectores, para así lograr la unificación dentro de éstos y evitar que la traducción sonara "seca".

2. La terminología fue otro aspecto que merece ser comentado pues dificultó en muchos casos el trabajo del traductor. En este apartado del capítulo se analizarán los términos que se repitieron muchas veces en el texto original y para los cuales el traductor tuvo que buscar sinónimos, pues la repetición no es común en los textos en español. Según Marina Orellana, «...es un hecho que el castellano la tolera menos que el inglés» (Orellana, p.190). Además se mencionarán aquellos términos que ofrecieron dificultades para conocer su equivalencia en el texto terminal y los recursos que utilizó el traductor para descubrirlo. Las siglas y nombres de instituciones también significaron un problema por resolver, ya que, no era posible encontrarlas en diccionarios comunes de abreviaturas; de manera que fue necesario recurrir a otras fuentes de información como textos o especialistas de este campo.

El libro *Breast-feeding, the technical basis and recommendations for action* (Saadeh, 1993) consta de seis capítulos de los cuales se tradujeron los dos primeros ~~primeros~~. El texto abarca aspectos relacionados con la

lactancia materna y los esfuerzos que se llevan a cabo a nivel mundial para fomentarla. Los dos primeros capítulos del original se redactaron con un mismo parámetro. Cada uno consta de un análisis técnico, implementación del programa, conclusiones, recomendaciones, referencias y bibliografía adicional.

Cabe destacar que el texto pertenece a la Escuela de Nutrición de la Universidad de Costa Rica. Puesto que en dicha escuela la mayoría del material bibliográfico está en inglés, esto representa un obstáculo para estudiantes y profesores, pues se les dificulta su comprensión. Por lo tanto, la traducción del libro *Breast-feeding, the technical basis and recommendations for action* será de gran ayuda para ellos y facilitará los trabajos que deban llevar a cabo. Además, no se descarta la posibilidad de que el libro lo utilicen otras instituciones y personal del campo de la salud ahora que el libro está traducido.

Por otro lado, con la traducción del vocabulario especializado tal como *exclusive breast-feeding, preterm infant, rooming-in* y *oral rehydration salts* se facilitará la labor de futuros traductores de este campo. Principalmente, el texto servirá para ejemplificar las técnicas de traducción que se pueden utilizar en textos de este tipo y resolver problemas semánticos y estilísticos. Por ejemplo, el uso de la pasiva, por ser más frecuente en

inglés que en español, el traductor tuvo que analizar cada caso para decidir si transformarlo o no. Además, no existe bibliografía que especifique qué hacer con los textos donde se dan estos usos. Asimismo, nada se comenta con respecto a estructuras complejas en textos en inglés que luego serán traducidos al castellano. Hay que tener presente también, que muchos de los libros que existen en el país, relacionados con la nutrición, se redactaron con cierto grado de interferencias lingüísticas. Por lo tanto, el hecho de que el traductor mejore su trabajo en el sentido de que tendrá cuidado de utilizar verdaderas estructuras y vocabulario castellanos, marcará un precedente para traductores potenciales del campo.

Consecuentemente, el propósito del presente trabajo es demostrar cómo resolver problemas semánticos, establecer técnicas que sirvan de apoyo en la traducción de textos similares, promover el uso de estructuras y estilos propios del español en el campo de la nutrición, así como la solución de aspectos de terminología.

CAPITULO I

GENERALIDADES

En primer lugar, conviene señalar que en las siguientes páginas se hará un análisis tanto del texto fuente como del texto terminal. Para ello se tomarán como base no sólo los textos en sí, sino también alguna bibliografía pertinente de especialistas en el campo de la traducción, para comprender el tema tratado.

Para este análisis, hemos considerado conveniente hacer hincapié en los siguientes aspectos:

1. Una breve reseña del texto traducido;
2. Intención del texto original y objetivos del texto terminal;
3. Los destinatarios de cada uno de los textos;
4. Campos y temas principales presentes en el texto;
5. Tipo de publicación del texto original y de la traducción;
6. Tipos de discursos presentes en el texto original y su reelaboración en la versión traducida;
7. Modalidades discursivas principales presentes en el texto original, y sus consecuencias en la traducción.

Asimismo, nos referiremos al método utilizado en el texto terminal y a la razón por la cual se usó.

ANALISIS

El libro consta de seis capítulos, dos de los cuales, se tradujeron. Los capítulos restantes se traducirán posteriormente. En estos dos primeros capítulos se analizaron diversos aspectos relacionados con la lactancia materna. El primer tema tiene que ver con la frecuencia e implicaciones de la lactancia en las regiones que estudia la OMS y que incluye países de diferentes partes del mundo. Luego, se refiere a los sistemas y procedimientos de salud que están relacionados con la lactancia materna.

Por último, cabe mencionar que el libro fue publicado por la OMS en 1993 y en él hay recopilados numerosos estudios de diferentes lugares y autores.

El texto fuente está dirigido a instituciones, organizaciones u otras entidades como hospitales, clínicas y maternidades relacionados con la lactancia materna. Su objetivo es que se fomente la lactancia por medio de estas instituciones que están directamente relacionadas con las madres en período de lactancia y así aprovechar al máximo el potencial de este tipo de alimentación que tantos beneficios tiene para la mujer y su hijo. El texto terminal va a ser usado como material de consulta para estudiantes y profesores. Sin embargo, es posible que el libro sea de ayuda para el tipo de instituciones para las cuales fue dirigido el texto original.

Los destinatarios del texto original son el personal de salud relacionado con la mujer embarazada y en período de lactancia y todo el personal que está directamente relacionado con el cuidado de la madre y su hijo. También se dirige hasta cierto punto a la madre en sí, ya que ella y su bebé están en estrecha relación con el tema del texto. Por otro lado, aunque el texto terminal esté dirigido a estudiantes y profesores del área de nutrición, es también posible que sea de ayuda para el tipo de audiencia del texto fuente.

En general, el texto se encuentra dentro del campo de la nutrición. De ahí se originan diversos aspectos, como los sociales y económicos, entre otros; sociales, porque hace hincapié en la problemática de la lactancia materna, de sus implicaciones tanto a nivel individual, en la madre y el niño, como a nivel nacional e internacional; y económicos, porque influye de esta manera a nivel individual y por ende nacional y mundial. El texto incluso presenta aspectos estadísticos, ya que se basa en gran parte en estudios que la OMS llevó a cabo y sus resultados.

En él se recopilan los resultados de investigaciones realizadas en diferentes países y estratos sociales en relación con la frecuencia y duración de la lactancia materna. Como texto terminal, no tendrá la misma difusión que tuvo el texto fuente, puesto que en principio sólo será utilizado por un grupo reducido: estudiantes y profesores.

Por otra parte, el texto es descriptivo; por lo tanto, utiliza bastante la voz pasiva y el vocabulario especializado. En el texto traducido siempre se mantuvo el discurso descriptivo, aunque sí hubo modificaciones en cuanto al uso de la voz pasiva, ya que es de poco uso en español. Con respecto al vocabulario especializado, se hará hincapié principalmente en el léxico que usan los nutricionistas, aunque cabe la posibilidad de que también usemos un vocabulario más neutral, porque eventualmente puede ser usado por otro tipo de destinatario; por ejemplo, de otros países. Asimismo, el texto está dirigido a un público en general; es decir, puede ser educado o no.

Por lo tanto, según la clasificación de Newmark, este texto es **informativo** (Newmark, p.40). Está basado en datos que relatan lo que se ha hecho y lo que se está haciendo para promover la lactancia natural en el mundo. Es un informe técnico y al mismo tiempo un texto de consulta para quienes están interesados en el tema. Su estilo es formal, sin emotividad y técnico. Debido a esto, usa la voz pasiva, el tiempo presente y pasado, sustantivos compuestos y vocabulario especializado. El estilo tiene estructuras muy complejas, a veces difíciles de comprender por su ambigüedad, gran extensión o vocabulario muy técnico. Por lo tanto, el traductor tiene que tener mucho cuidado de no traducir en forma literal. Con respecto a este estilo del texto original, también mencionaremos que se encontraron

algunas formas de inconsistencias que dificultaron la comprensión del texto en muchos casos. Así, el uso de las siglas o el título de grupos, instituciones y otros no guardó un parámetro estable, pues se daban casos en que primero se presentaba la sigla luego el título completo, o se mencionaba primero, por ejemplo, en dos ocasiones el título, luego la sigla, luego otra vez el título. También hubo repeticiones de frases dentro de una misma oración o numeraciones incongruentes.

Comprender el presente texto fuente es de suma importancia para su traducción. No es posible traducirlo como se nos presenta, porque estaríamos ante un texto terminal ininteligible. Según Nida, debe sonar «natural» (Nida, citado por Vásquez-Ayora, p.361) y agregamos que, debe transmitir el mensaje del original. Por lo tanto, las inconsistencias y las estructuras gramaticales confusas del texto original son superadas en el texto traducido. Esto con el objetivo de que el destinatario logre entenderlo. Así, el método que se usa es comunicativo. De acuerdo con Newmark, la intención de la traducción es reproducir el significado exacto del texto original, de manera que el lector pueda comprender tanto el contenido como el lenguaje (Newmark, p.47). Con el objetivo de obtener mayor claridad en el texto terminal, el efecto equivalente no se puede lograr; al contrario, es necesario hacer cambios importantes en la estructura y el estilo.

Con este propósito el traductor decidió utilizar ciertos procedimientos técnicos de ejecución estilística: la transposición, donde la idea del texto original se expresa en el texto terminal con distintas categorías; la modulación, donde lo que se expresa en el texto fuente, se manifiesta con un punto de vista diferente en la traducción; y la adaptación, donde el mensaje se expresa con otra situación equivalente. Cabe destacar, sin embargo, que este último método no se utilizó tanto como los dos primeros pero todos son vitales para transmitir el mensaje en forma total. Asimismo, se usaron otros recursos, tales como la amplificación. La lengua inglesa tiende a ser económica y el español necesita más monemas para expresar la idea. Así, en inglés, en especial el de tipo científico, las preposiciones tienen «mayor fuerza semántica» que en español; por lo que hay que recurrir a «giros analíticos» que hacen el texto meta más extenso. Pero en algunos casos se puede dar todo lo contrario. Por ejemplo, en el texto en inglés se dan muchas repeticiones e ideas que se expresan con dos o más palabras, como dos adjetivos consecutivos que en español significan lo mismo. La repetición tan constante del texto fuente no es necesario transmitirla al texto terminal (Orellana, p.190), ya que ese no es el estilo del castellano. Otro método muy usado en la traducción es la explicitación. Hay muchas ideas que se dan en forma implícita en el texto original;

por lo tanto, es necesario explicarlas, de lo contrario la traducción carecería de precisión. Pero el traductor debe cuidarse de no utilizar en exceso los recursos mencionados anteriormente, porque podría desviarse del mensaje original.

Otros aspectos que se utilizaron en la traducción fueron los conectores, con el objetivo de que los párrafos no quedaran «huecos» o «secos» y mejorar la redacción del texto.

Finalmente, por ser un texto técnico, el traductor enfrentó problemas de terminología, no sólo en lo que respecta a su significado, sino también en cuanto al hecho de tener que decidir entre usar lo que los estudiantes y profesores de nutrición emplean, o utilizar un vocabulario más neutral, pensando en que el texto podría ser utilizado por un lector fuera de nuestras fronteras. Así, por ejemplo, qué grado de neutralidad tiene *las mamás que dan el pecho*, qué *las madres que amamantan* y qué *las madres lactantes*. Estos tres casos provienen de *breast-feeding mothers*.

Los cambios que el traductor utilizó básicamente fueron de dos tipos: la voz pasiva del texto original cambió a activa en algunos casos o se transformó en **pasiva con se** o **refleja**. Tales cambios se utilizaron para producir estructuras verdaderas del castellano, donde lo más común es este tipo de uso.

El estilo que un traductor usa en su trabajo es vital para la comprensión del texto. Existen diferencias importantes entre una lengua y otra, lo cual es el caso entre el inglés y el español. El inglés se caracteriza por ser conciso y usar más la voz pasiva que en la lengua meta, por ejemplo. Por lo tanto, es imposible que el traductor se apegue al texto original; si lo hace, el producto podría ser un texto ininteligible. Para evitarlo, es necesario que recurra a diferentes técnicas que lo ayudarán a alcanzar su meta, entre las cuales están la modulación y la transferencia y evitar el uso de la pasiva en lo posible. Además, todo esto es esencial para obtener una redacción natural en el texto terminal.

Un aspecto importante en el proceso de la traducción es el análisis exhaustivo del texto original, en el que se abarcan aspectos como el público para quien va dirigido, su propósito y su estilo. De igual manera esto deberá tenerse en cuenta en el texto traducido. Será trascendental también el método que se utilizará para traducir el texto, para lo cual se hará hincapié en el mensaje del original. El objetivo de textos especializados será la reproducción del significado; con esto se hará hincapié en el público a quien va dirigido el texto terminal.

CAPITULO II

MODIFICACION DE ESTRUCTURAS

En el presente capítulo se desarrollarán dos temas principales. Primero se analizarán aquellas estructuras con las cuales el traductor tuvo problemas al pasarlas al lenguaje terminal, ya sea porque eran muy largas, estaban cargadas de cláusulas relativas, eran ambiguas o incluso en muchas ocasiones eran difíciles de comprender. A propósito de este mismo tema, la voz pasiva también fue de cuidado puesto que este accidente gramatical es poco común en castellano. El problema radicó en qué hacer con las estructuras que contenían la voz pasiva en el momento de transportarlas a la lengua meta. El segundo tema de importancia lo representó la terminología estandarizada. Por lo tanto, fue necesario recurrir a fuentes especiales para determinar su significado: diccionarios técnicos, textos relacionados con el mismo tema del texto a traducir y expertos de este campo u otro campo.

I. MODIFICACION DE ESTRUCTURAS COMPLEJAS

A través de todo el texto el traductor se enfrentó con estructuras complejas por su longitud, difíciles de comprender o por su estilo, lo que muchas veces dió por

resultado que el texto se tradujera con interferencias lingüísticas puesto que «cuando dos lenguas están en contacto en la práctica de un mismo individuo se producen con frecuencia distanciamientos de las normas de esas lenguas» (Aguado de Cea, p.163). La consecuencia de esto fue también la literalidad y por lo consiguiente la falta de comprensión del texto. Por lo tanto, con el fin de que el texto muestre un lenguaje intellegible evitamos el uso de repeticiones excesivas, cacofonías y ambigüedades; de este modo se logró una mejor redacción. Según Marina Orellana,

la buena traducción no consiste sólo en reflejar las ideas del texto original, sino en expresarlas en el idioma al cual se traduce con corrección y refinamiento, además de otras preocupaciones en cuanto a gramática, sintaxis, monotonía, cacofonía, orden, repetición, etc.

Puesto que las lenguas no poseen la misma estructura gramatical, si se traduce en forma literal no es posible expresar el significado del texto original. Por lo tanto, el traductor obtiene un texto más natural si cambia el orden de las palabras, partes del discurso o construcciones. A este proceso se le conoce como **transposición**. Para evitar la literalidad, el mensaje también lo puede transmitir por medio de la **modulación** (Brinton y otros, 1981). Consiste en un cambio de la «base conceptual» en el interior de una proposición, sin alterar su sentido. La base es la misma, pero los símbolos usados

en ambos textos son diferentes (Vásquez-Ayora, 1977). Otros procedimientos usados en la traducción fueron la **adaptación** (un mismo mensaje se expresa con otra situación equivalente); la **amplificación** (hay «expansión» de las categorías gramaticales); y la **explicitación** (es parecido a la amplificación, se expresa lo que está implícito en la lengua original). Para expresar mejor el significado también recurrimos a cambios en la puntuación, por ejemplo con la creación de más oraciones a partir de una sola o viceversa. Sin embargo conservamos la misma división de los párrafos, pero fue necesario agregar conectores dentro de éstos o entre uno y otro, con el fin de expresar mejor las ideas. Esto será explicado y ejemplificado con detalle más adelante.

1. TRANSPOSICION

Debido a que en muchos casos no hay correspondencia entre las estructuras de un texto y del otro, fue necesario utilizar la **transposición**, que consiste en reemplazar una palabra del texto original por otra diferente en el texto terminal, o incluso, la sustitución de la estructura completa, pero esta parte que se utiliza para reemplazar debe llevar el principal contenido semántico (Vásquez-Ayora, p. 266) Por ejemplo, para evitar la repetición se hicieron los siguientes cambios:

1) Un sustantivo cambió por un pronombre: Colostrum is high in immunoglobulins (p.1) → Este tiene un alto porcentaje de inmunoglobulina...

El cambio se efectuó porque en la oración anterior a *colostrum is high in immunoglobulins*, también encontramos la palabra colostrum, por lo que para evitar la repetición, se utilizó el pronombre en la LT.

2) Un sustantivo cambió por un pronombre: Breast-feeding provides protection...(p.2) → A él lo protege...

Obsérvese que el sustantivo *breast-feeding* y el verbo *provides* se eliminaron y que el sustantivo *protection* cambió por el verbo *protege*. Se agregó la preposición *a* y el artículo *él* para que el mensaje quede más claro, y lo sustituye a *breast-feeding*.

3) *Whereas the hospital and maternity practices can be a major influence on the establishment of lactation, and may be related to the duration of breast-feeding, there are several additional crucial periods during lactation when the health care system can serve as a positive or negative influence* (p.22) → **Mientras que los métodos usados en los hospitales y maternidades influyen en forma considerable en la práctica de la lactancia materna, y están relacionados con su duración, existen muchos períodos**

adicionales y decisivos durante los cuales el sistema de salud puede influir positiva o negativamente.

La oración de la lengua de origen repite tres veces la palabra *lactancia*, por lo que para evitar tal repetición en la lengua de llegada usamos en el primer caso *lactancia materna*, en el segundo la sustituimos por el adjetivo posesivo *su* y en el último *por los cuales*.

Para evitar la ambigüedad, también se introdujeron los siguientes cambios:

4) Un adjetivo + un verbo cambiaron por un verbo + un sustantivo, respectivamente; y un adverbio cambió por un adjetivo: *...makes it difficult to compare studies and accurately analyze trends in breast-feeding* (p.3). → *lo cual dificulta la comparación entre los estudios y el análisis preciso de las tendencias de la lactancia.*

Como podemos observar, el verbo («makes») y el pronombre («it»), que inicia el complemento directo, se eliminaron; razón por la cual fue necesario convertir el adjetivo *difficult* de la lengua de origen en verbo en la lengua de llegada. La oración se inicia así: «The previous lack of common definitions of the terms used, e.g., «ever», «exclusive», «partial», «full», «duration», makes it

difficult...», y se tradujo como: **Antes no existían definiciones comunes para los términos usados en este campo, tales como,** Además, el adverbio accurately cambió por el adjetivo preciso.

5) Un sustantivo + preposición cambió por adjetivo; un adjetivo + sustantivo cambió por un adjetivo; una frase sustantiva (*protective factors*) cambió por un sólo sustantivo; y una frase sustantiva (*newborn infants*) cambió por un pronombre: ...and a number of other protective factors of great benefit to newborn infants...(p.1) → ...y muchas otras sustancias beneficiosas para ellos...

Observemos que *a number of* cambió por *muchas*, *protective factors* por *sustancias*, *great benefit* por *beneficiosas* y *newborn infants* cambió por *ellos*. La frase prepositiva *of great benefit* se eliminó y sólo queda el adjetivo *beneficiosas* en la LT.

6) Un verbo cambió por adjetivo y un sustantivo + preposición cambió por verbo: ...to increase comparability of data.... (p.3) → para comparar mejor los resultados.

En el ejemplo anterior, el verbo *increase* cambió por el adjetivo *mejor* y el sustantivo *comparability* cambió por el

verbo *comparar*. Así, evitamos usar una estructura propia del inglés en la lengua meta.

Con el objetivo de usar monemas propios del español hicimos los siguientes casos de transposición:

7) Un adverbio cambió por un sustantivo o frase sustantiva: *give newborn infants no other food or drink, unless medically indicated* (p.22). → **no dar a los recién nacidos otro alimento o bebida a menos que el médico lo indique.**

8) Un sustantivo de dos palabras cambió por uno sólo: *Most of the studies reviewed also showed that breast-feeding decreased the case-fatality rate* (p.24). → **La mayoría de los estudios analizados también demostraron que la lactancia natural disminuyó el índice de mortalidad.**

2. MODULACION

La **modulación** también la utilizamos en muchos casos para evitar la literalidad y así conservar el nivel lingüístico y estilo del original. Consiste en cambiar la estructura completa del original en la traducción, pero sin variar su significado. Es decir, el mensaje será el mismo pero se expresa de manera diferente. Por ejemplo, en las

siguientes ocasiones es necesario usar la modulación, y para lograrlo tuvimos en cuenta qué era lo que «sonaba mejor», puesto que como manifiesta Vázquez Ayora, «la modulación requiere profundos conocimientos en materia de lengua y estilística» y por lo tanto es necesario «poseer gran discernimiento» (Vázquez-Ayora, p.45). Sin embargo, evitamos la ambigüedad y vaguedad del mensaje.

1) MODULACION DE UNA PARTE POR EL TODO: . . .

a) *Scientific study confirms the importance of breast-feeding for maternal and child health and infant survival*(p.1):

Las investigaciones han demostrado que la lactancia materna es de gran importancia para la salud del niño y de la madre, y la supervivencia infantil.

b) *The present review updates the data collected on breast-feeding prior to 1985, and presents figures from the WHO databank...* (p.3):

El presente análisis procura actualizar los datos relacionados con la lactancia obtenidos antes de 1985 y contiene información del banco de datos de la OMS...

2) UNA PARTE POR OTRA:

a) *Breast-feeding is continued longest in Africa and South-East Asia...*(p.1):

...las madres amamantan durante un lapso mayor en Africa y el sudeste asiático...

Para mejorar el estilo se decidió cambiar el sustantivo *brest-feeding* por la frase *las madres amamantan*.

b) *...the percentage of fully breast-fed infants at 1 month varies...*(p.10)

...el porcentaje de niños que al mes de nacidos tomaron sólo leche natural varía...

Notamos que fully cambió por sólo, pues queremos evitar la literalidad al traducirlo por completamente.

3) POR INVERSION DE TERMINOS

a) *Changes are necessary in maternity services...*(p.20)

Es necesario que se den cambios en los servicios de maternidad.

b) Inadequate dietary intake is the immediate cause of malnutrition (p.27) → La causa inmediata de una mala nutrición es el consumo dietético inadecuado.

c) Failure to breast-feeding exclusively thorough the first 4-6 months of infancy is the prime example of a suboptimal breast-feeding practice (p.1) → El ejemplo más destacado de una lactancia unadecuada es cuando no lactan en forma exclusiva durante los primeros cuatro y seis meses de edad.

d) Patterns of breast-feeding within WHO regions are presented in Fig. 1.1 (p.3) → El gráfico 1.1 muestra los patrones de lactancia en las regiones de la OMS.

3. AMPLIFICACION Y EXPLICITACION

Cabe recordar que el inglés es una lengua sintética y el español una lengua analítica; por lo tanto aquel es más conciso (**Segundos Encuentros**, p.166). Fue necesario, por lo consiguiente, reforzar el sentido de muchas palabras y frases en el texto terminal. Por lo tanto utilizamos la técnica de **explicitación** y la **amplificación** en casos como los siguientes:

1) *Currently, many hospitals orient infant feeding towards the bottle and away from the breast by practices such as immediate separation of mother and infant, feeding of glucose-water to test the patency of the oesophagus and to calm crying infants, and provision of bottle and infant formula feedings in the first hours and days of life, leading to nipple confusion (p.21) → En la actualidad, muchos hospitales promueven la alimentación infantil con biberón y desfavorecen la lactancia materna mediante procedimientos tales como: la separación inmediata de la madre y su hijo después del parto, la alimentación con agua glucosada para evaluar el esófago y calmar al bebé cuando está llorando y la alimentación con fórmula infantil durante las primeras horas y días después del parto, lo cual provoca que el recién nacido confunda el biberón con el pezón.*

Al principio del párrafo utilizamos la amplificación en el verbo «orient» y las preposiciones «towards» y «away» pues se utilizó «promueven», «con» y «desfavorecen». La explicitación se efectuó al agregar «después del parto», «el recién nacido» y «el biberón». Asimismo, se amplificó el gerundio «leading» y se tradujo como «lo cual provoca que». Por otro lado, «the patency» y «provision of bottle» se eliminaron, ya que el verbo «evaluar» posee suficiente «fuerza semántica» para transmitir el mensaje del texto

original y «alimentación con fórmula infantil» ya tiene implicado que se alimenta con biberón. Con esta muestra de traducción notamos como efectivamente la lengua original tiende a ser económico pero que al mismo tiempo se puede dar en algunos casos en la lengua meta.

2) *The importance of reassurance can be illustrated from the experience of the Brazilian Breast-feeding Programme* (p.28): La importancia de que la madre tenga confianza en sí misma se puede ejemplificar con la experiencia del Programa Nacional de Lactancia de Brasil.

Con esta frase efectuamos la expansión del sustantivo reassurance por razones semánticas. Para lograr un equivalente más preciso explicamos que ese «reassurance» se refiere a la madre, lo cual está implícito en el párrafo anterior.

3) *Ensuring better-nourished mothers will increase the chances of successful breast-feeding and avoid the problem of commodities being diverted to young infants* (p.36). → Garantizar que las madres estén bien alimentadas aumentará la oportunidad de que se dé una lactancia exitosa y evitará que los niños sean alimentados en forma artificial.

En la lengua meta se pone en claro que «comodities» se refiere a los productos artificiales usados para alimentar a los bebés, por lo tanto, explicamos ese mensaje. También, eliminamos «the problem» porque consideramos que «evitará» explica por sí sólo la intención de la lengua original.

4) *For the most part, the health services costs are "up-front" costs, and it is often difficult to make investment on faith* (p.38) → **En general, en los costos de los servicios de salud se invierte antes de obtener ganancia, y a menudo resulta difícil invertir sin ninguna garantía.**

En el caso anterior hubo una reestructuración de la semántica, se explicó casi por completo el significado de la frase original, ya que no existe un equivalente exacto para «up-front costs» y «to make investment of faith» es una frase hecha.

5) *Even in hospitals in which rooming-in is practised, well intentioned hospital staff may unwittingly upset the establishment of lactation through frequent separations for procedural reasons* (p.22) → **Incluso en los hospitales donde se practica la cohabitación, el personal, aun bien intencionado, evitaría de manera inconsciente que**

se inicie la lactancia debido a las constantes separaciones entre la madre y su bebé por razones propias del proceso de estadia.

En el ejemplo anterior observamos que «procedural reasons» no tiene ningún significado si se traslada tal como está a la lengua de llegada; por lo tanto, fue necesario explicarlo en detalle.

6) *The use of bottles in the nursery, or during the administrative separations, can create nipple confusion* (p.22) → **La alimentación con biberón en el hospital, ya sea en las salas de neonatos o durante las separaciones por parte del personal, provoca que el niño lo confunda con el pezón.**

Esta frase es una muestra importante de explicitación. De las palabras «nursery» y «administrative separations», el traductor concluyó que se trata del hospital, por lo tanto introdujo «en el hospital». Además, como ya se demostró con el ejemplo número cinco, «administrative separations» y con el ejemplo número uno, «nipple confusion» se explicaron como «separaciones por parte del personal» y «provoca que el niño lo confunda con el pezón», con el objetivo de comprender mejor el mensaje.

7) *Other, non-hospital-based health care for the infants an nursing_mothers takes many forms...*(p.23) →
Otros sistemas de salud que no se dan en los hospitales y dirigidos a los infantes y a las madres en período de lactancia tienen diferentes características...

Debido a que no hay un paralelismo anterior que concuerde con este «other» que inicia la frase del texto fuente y por el contexto de la misma, concluimos que el signo de puntuación que aparece después de esta palabra (la coma) es un error. Por lo tanto la omitimos para poder descifrar el mensaje del original y se convierte en modificador de «health care». Así con «otros sistemas de salud...» y «que no se dan en los hospitales» se explica «other non-hospital-based health care».

4. ADAPTACION

La adaptación es un procedimiento con el que el mensaje de la lengua original se expresa con otra situación equivalente y natural para que la audiencia del texto 2 sea capaz de percibir la idea con claridad. Algunos ejemplos casos donde se aplicó esta técnica son:

1) *Market research to identify effective media messages soon found that a conventional message along the*

line of "Breast is Best" was actually counterproductive...(p.28) → Un estudio del mercado para identificar los mensajes eficaces en los medios de comunicación descubrió que un mensaje convencional de la línea de «Dar el pecho está bien hecho», en realidad fue contraproducente...

Notemos que la frase «Breast is Best» tiene rima puesto que es un mensaje publicitario. Aquí la rima es importante para que el público capte el mensaje. De igual manera, el traductor quiso transmitir esa rima en la versión en español, por lo que optó por «Dar el pecho está bien hecho».

2) *The use of bottles in the nursery...*(p.22) → El uso de biberones en los hospitales, ya sea en la sala de neonatos...

Para expresar la idea de «the nursery» con claridad en el texto meta, decidimos utilizar «sala de neonatos» que es el nombre que se le da al lugar donde permanecen los bebés en el hospital. Sin embargo hay que aclarar que los niños al nacer permanecen con sus madres, y si son llevados a la «sala de neonatos» es porque van a recibir atención médica debido a alguna enfermedad. Por lo tanto, no se da como en el concepto de «nursery» en el texto fuente, o sea el lugar

especial para los recién nacidos donde son llevados cuando no están con sus madres.

5. PUNTUACION

Para lograr una mejor redacción hicimos algunos cambios en puntuación lo que a su vez conllevó el uso de algunos recursos lingüísticos y toda una modificación interna.

1) Por ejemplo, en el siguiente ejemplo creamos una nueva oración en donde para evitar la repetición sustituimos *breast-feeding* por el artículo *ésta*, a partir del sustantivo *establishment* creamos una pasiva con *se*; finalmente, utilizamos el adverbio *también* para conectar una oración con la otra:

...by a critical review of data concerning the prevalence of breast-feeding in Africa, Asia, Oceania, the Americas, and Europe; and the establishment of a databank in breast-feeding (p.3) → ...un análisis crítico de los resultados relacionados con la frecuencia de la lactancia en Africa, Asia, Oceanía, el continente americano y Europa. También se estableció un banco de datos acerca de ésta.

2) En el siguiente ejemplo se eliminó una frase sustantiva que se encontraba dentro de la oración principal separada por una coma y se creó una nueva oración para efectos de comprenderla mejor. Por lo tanto se recurrió a la modulación e introducimos la oración con dos nuevos elementos, el pretérito perfecto del verbo *decir* y *declaración* que está funcionando como sujeto:

...to be considered at a subsequent meeting in Florence, at the Spedale degli Innocenti Centre, emphasizing exclusivity of breast-feeding in the early months (p.2) →
...para tenerla en cuenta en una reunión por celebrarse en Florencia en el Spedale degli Innocenti Centre. Dicha declaración hace hincapié en la lactancia exclusiva durante los primeros meses de edad.

3) La oración del texto original se convierte en dos en el texto meta para lograr una mejor claridad del mensaje. Se divide después de «Fig. 1.1» y «with recognition» se elimina para expresar la idea con sólo «presenta».

Patterns of breast-feeding within WHO regions are presented in Fig. 1.1, with recognition of the national and international differences in breast-feeding prevalence and duration among various population groups (p.3) → El

gráfico 1.1 muestra los patrones de lactancia en las regiones de la OMS. Presenta las diferentes frecuencias y duraciones de la lactancia a nivel nacional e internacional entre distintos grupos de poblaciones.

4) Consideramos que el traslado del siguiente párrafo al castellano originaría una oración demasiado extensa que incluso obligaría al lector a tener que devolverse para captar la idea mejor. Es así como la dividimos y la nueva oración inicia con «Esto lo logré», elemento que se introduce para unirla con la anterior y que a su vez expresa el mensaje de «through».

An evaluation of the Wellstart programme's impact in the Philipines, requested by the World Bank, concludes that the programme had considerable success in achieving its goal of influencing hospital practices nationally through the training of key health professional decision-makers and provider teams in lactation management. (p.32) → En una evaluación de las repercusiones que tienen los programas de Wellstart en Filipinas, solicitada por el Banco Mundial, se concluyó que el programa tuvo un éxito considerable en su propósito de influir a nivel nacional en las rutinas de los hospitales. Esto lo logró por medio de la capacitación de los funcionarios de la salud que son parte esencial de la

toma de decisiones y de los grupos de apoyo en el manejo de la lactancia materna.

II. MODIFICACION DE LA PASIVA

El texto original es técnico y en gran parte de él se analizan las investigaciones que se han realizado en el campo de la lactancia materna, por lo tanto hay un uso excesivo de la voz pasiva. En la mayoría de los casos este accidente del verbo se tenía que conservar pero en muchos otros fue necesario un cambio para conservar la estructura propia del español, ya que, como lo menciona el Esbozo de la Real Academia,

en comparación con otras lenguas modernas, el uso de la construcción pasiva es poco frecuente en español, y está sujeto a algunas restricciones que han influido en que ordinariamente se prefiera la construcción activa (p.378).

La voz pasiva se usa cuando interesa poner de relieve quién o qué cosa recibe la acción del verbo (García Yebra, 1982, p. 212), lo cual es el caso en el texto original. Aunque el uso de la pasiva es más común en inglés que en castellano, porque el orden de la frase en inglés es sujeto-verbo-predicado (Orellana p.188), en el texto meta se debe, en muchos casos, mantener la pasiva, ya que éste

es el estilo de los textos técnicos de investigación, según los que se han consultado.

La voz pasiva no se utilizó en muchos casos porque optamos por utilizar la voz activa por lo que ya expresamos con anterioridad: es lo más común en castellano y por ejemplo, en el siguiente ejemplo no se podía utilizar la pasiva con *se*:

1. *...babies in the world are breast-feed...*(p.1) → **niños del mundo toman leche materna...** Aunque, otros casos donde aparece ésta misma construcción se tradujeron en diferente forma; por ejemplo: *...babies are breast-fed...*(p.5) → **...niños que son amamantados...** En este caso utilizamos una cláusula relativa en donde aparece una pasiva incompleta puesto que no aparece el complemento agente (Alfaro, p.113). Además, en los libros consultados (escritos originalmente en español) a propósito de este tema, encontramos este mismo uso.

2. *However, in many countries colostrum is discarded or pre-empted...*(p.1) → **Sin embargo, en muchos países, el calostro se elimina o se reemplaza...** En el caso anterior, observamos que se usa el sujeto pronominal *se*. El sujeto de la oración pasiva inglesa se conserva como tal en la

versión castellana y obtenemos una pasiva refleja (El Esbozo p. 379).

3. *Breast-feeding is endangered by «modernization» and urbanization...*(p.3) → La «modernización» y la urbanización ponen en peligro la lactancia natural... En español, el orden de las palabras es mucho menos rígido que el del inglés. Para destacar quién o qué recibe la acción, no se necesita recurrir a la voz pasiva; por ejemplo, basta poner el nombre del objeto al comienzo de la frase, resumiéndolo luego en un pronombre seguido del verbo activo. Por lo tanto, *Esta casa la pintó Mario*, es mejor solución que *Esta casa fué pintada por Mario*. En el ejemplo citado al principio, el texto original hace hincapié en breast-feeding al poner la oración en pasiva. El traductor pasa la oración pasiva a activa y el verbo *ponen en peligro* permite que se destaque *lactancia natural*.

4. *In order to present this data intelligibly the variety of definitions and terms used in the past must be rationalized...*(p.3) → Para presentar esta información en forma intelegible, se debe racionalizar la gran variedad de definiciones y términos usados en el pasado. La pasiva se eliminó y utilizamos la pasiva refleja con se.

5. *Consistent and valid definitions of breast-feeding are needed to increase comparability of data...*(p.3) → ...es necesario que se establezcan definiciones consistentes acerca de la lactancia... Nótese que el adjetivo *valid* se eliminó porque consideramos que en español *consistente* conlleva el significado que en el texto original se expresó con dos adjetivos.

En estos dos últimos ejemplos, el traductor resolvió la pasiva usando oraciones impersonales en la versión en español, puesto que no se sabe cuál es el sujeto de la oración activa; sin embargo, no es necesario saberlo para formular la oración en español.

Los cambios que el traductor utilizó básicamente fueron de dos tipos: la voz pasiva del texto original cambió a activa en algunos casos o se transformó en pasiva con *se* o *refleja*. Tales cambios se utilizaron para producir estructuras verdaderas del castellano, donde lo más común es este tipo de uso.

El estilo que un traductor usa en su trabajo es vital para la comprensión del texto. Existen diferencias importantes entre una lengua y otra, lo cual es el caso entre el inglés y el español. El inglés se caracteriza por ser conciso y usar más la voz pasiva que en la lengua meta,

por ejemplo. Por lo tanto, es imposible que el traductor se apegue al texto original; si lo hace, el producto podría resultar un texto ininteligible. Para evitarlo, es necesario que recurra a diferentes técnicas que lo ayudarán a alcanzar su meta, entre las cuales están la modulación y la transferencia y evitar el uso de la pasiva en lo posible. Además, todo esto es importante para obtener una redacción natural en el texto terminal.

CAPITULO III

TERMINOLOGIA Y ELABORACION DE UN GLOSARIO DE GUIA

La terminología es otro aspecto que tuvimos que resolver durante el proceso de la traducción. Principalmente consistió en decidir entre usar la terminología que utilizan quienes trabajan en el campo de la salud o un lenguaje más neutral, por si eventualmente el documento fuera a ser leído en otros lugares o campos. En la mayoría de los casos se utilizó sólo el vocabulario que manejan los nutricionistas. Otro tema se fundamentó en determinados monemas técnicos que fue imposible encontrar en diccionarios bilingües. La única opción posible fue indagar con los nutricionistas; por lo tanto en estos casos nos quedamos con el término que ellos nos proporcionaron, sin pensar en si era neutral o no. Sin embargo, sí fue necesario cambiar el estilo en algunos casos que serán explicados en los ejemplos.

Según criterios lingüísticos, para realizar una tipificación lexicográfica nos podemos basar en los distintos modos de ser de la lengua y en los distintos aspectos de la descripción lingüística. Los glosarios, por consiguiente, son discursos individuales de codificaciones lexicográficas (Haensch y otros, p.97). En el presente

trabajo presentamos un glosario con fines explicativos y didácticos.

El capítulo está dividido en cuatro secciones principales: terminología que aparece varias veces en el texto; terminología cuyo significado sólo fue posible traducir con la ayuda de especialistas o libros del campo de la nutrición; abreviaturas y nombres de instituciones con las cuales también fue necesario recurrir a especialistas, además de los diccionarios de abreviaturas; y otros términos a los cuales decidimos referirnos para hacer algunas aclaraciones que no sólo pueden ayudar a futuros traductores sino que también ayudarían a que los lectores entiendan mejor el texto.

TIPOS DE TERMINOS

El texto está compuesto básicamente por términos relacionados con el área de salud, más específicamente con nutrición y dentro de ésta se encuentran términos relacionados con la lactancia materna. Hay también, algunos casos de términos estadísticos por la naturaleza del texto; ya que se basa en estudios realizados en diferentes países y se hace un análisis de los resultados. Asimismo, hay terminología médica, ya que menciona algunos tipos de enfermedades que resultan de la malnutrición.

TEXTOS CONSULTADOS: Con el propósito de estudiar el estilo y uso de terminología relacionada con este tema, se consultaron varios textos; algunos de ellos son estudios que efectuaron estudiantes de enfermería u otros campos; otros son estudios de la Escuela de Nutrición en conjunto con otras instituciones como el Ministerio de Salud, y otros que han publicado organizaciones mundiales como la OMS y que originalmente fueron escritos en inglés.

TIPO DE INFORMACION: Para cada término, frase, abreviatura o nombre de institución se decidió incluir la siguiente información:

1. **Campo**
2. **Entrada en la lengua original**
3. **Indicaciones gramaticales**
4. **Variedades eventuales (siglas, abreviaciones, variaciones gráficas, etc.)**
5. **Definición**
6. **Contexto**
7. **Referencias eventuales (sinónimos, antónimos, analogías, etc.)**
8. **Otras informaciones (como observaciones personales, notas e ilustraciones)**

Se decidió utilizar la información anterior para facilitar el trabajo de futuros traductores de este campo. De esta manera, podrán recurrir al glosario para aclarar cualquier duda con respecto a los términos estandarizados.

ORDEN DE LA TERMINOLOGÍA- GLOSARIO: Primero, decidimos colocar las palabras que se usan en forma repetida en el texto original con sus respectivos sinónimos; segundo, los términos que sólo se pudieron encontrar en los textos consultados o cuya equivalencia facilitaron los especialistas del campo; tercero, las abreviaturas y nombres de instituciones; y cuarto, otros términos. Asimismo, la información de cada apartado está organizada alfabéticamente.

Los lexemas especializados constituyen un aspecto importante de los textos técnicos. Además todo texto de este tipo tiene una misión que cumplir. En el caso del presente texto, su propósito es informar y hacer ejecutar un comportamiento, ya que hace un reporte de investigaciones que realizó la OMS y al mismo tiempo las analiza para que se pongan en práctica en las instituciones que apoyan la lactancia natural. Por consiguiente, consideramos que la equivalencia del término es vital para transmitir la misma idea del texto original. Los caminos

que se utilizaron para conocer esa equivalencia fueron diferentes y al mismo tiempo valederos.

GLOSARIO

I PARTE. GLOSARIO DE TERMINOS REPETIDOS

A propósito del tema de la repetición de palabras en el texto original, se hace necesario indicar que «es un hecho que el castellano la tolera menos que el inglés» (Orellana, p. 190); por lo tanto, no hay motivo justificado para incurrir en ella, si se dispone de sinónimos (Orellana, p.197), con los cuales será posible tratar el tema.

1. FICHA TERMINOLOGICA DE FRECUENCIA

- a. Campo: nutrición
- b. Entrada en la lengua original: **prevalence, incidence**
- c. Indicaciones gramaticales: sustantivo, femenino, singular
- d. Definición: Repetición a menudo de un acto o proceso.
- e. Contextos: *...it is necessary to understand the current prevalence and trends (p.1); incidence of ever breast-fed infants (p.5); the prevalence of breast-*

feeding; breast-feeding prevalence; incidence of breast-feeding.

f. Otras observaciones:

Observaciones personales: Con este término, pese a la frecuencia de su aparición, no fue necesario utilizar sinónimos (además de que no se encontró uno apropiado para el contexto), puesto que la repetición no se daba en un mismo párrafo. Los textos traducidos y originalmente escritos en español que consultamos, la traducen como «prevalencia», término usado en el campo de la medicina cuando se refieren a la frecuencia con que ocurre una enfermedad o la cantidad de casos. Sin embargo, no ha sido posible localizarla con el significado de «frecuencia» en otros campos, por lo tanto se evitó utilizarla en el texto meta. Otro aspecto de importancia en el uso de las palabras mencionadas se da en el siguiente contexto: *The incidence and prevalence rates of diarrhoea* (p.24). Según los diccionarios consultados, en materia médica *incidence* se refiere a la «frecuencia con que se presentan nuevos casos de alguna enfermedad» (Torrents Dels Prats, p.256); por otro lado, *prevalence* también se define como la frecuencia con que sucede una enfermedad. Por lo tanto, decidimos traducir la frase como «la incidencia de la diarrea».

2. FICHA TERMINOLOGICA DE LACTANCIA

- a. Campo: nutrición
- b. Entrada en lengua original: breast-feeding
- c. Indicaciones gramaticales: sustantivo, femenino, singular.
- d. Definición: Período de vida en que la criatura mama.
- e. Contexto: Scientific study confirms the importance of **breast-feeding** and child health and infant survival.
- f. Referencias:
sinónimos: amamantamiento, alimentación de pecho, lactancia natural, lactancia materna (Orellana, p.60)
sinónimos en la lengua original: lactation, suckling
- g. Otras informaciones:
Observaciones personales: la palabra *breast-feeding* se repite hasta seis veces en un sólo párrafo (ver pág. 22). Los diccionarios de sinónimos sólo ofrecen *amamantamiento*, pero también recurrimos a otros sinónimos que aportaron los textos consultados. Por otra parte, también se usa como adjetivo o como verbo en el texto fuente; como por ejemplo, en *children are breast-fed* o *breast-fed children*. En estos casos utilizamos una cláusula relativa en el texto terminal: los niños que son amamantados/alimentados o los niños que lactan/toman

leche materna. En algunos casos también utilizamos «los niños amamantados/alimentados con leche materna. También se da la repetición de los diferentes tipos de lactancia: *exclusive breast-feeding*, que se trasladó como *lactancia exclusiva* o *sólo lactancia*; *full breast-feeding*, *lactancia completa*; *optimal breast-feeding*, *lactancia óptima*; *suboptimal breast-feeding*, *lactancia inadecuada*; *partial breast-feeding*, *lactancia parcial*.

II PARTE. GLOSARIO DE TERMINOS ENCONTRADOS EN OTROS TEXTOS O QUE EL ESPECIALISTA APORTO

Una buena parte del vocabulario desconocido fue posible encontrarlo con la ayuda de entrevistas personales y telefónicas con la D.a Maritza Castro, profesora de nutrición y, por ende, conocedora del tema. De igual manera, el traductor leyó gran cantidad de textos relacionados con el tema, al mismo tiempo que consultó diccionarios especializados y monolingües para corroborar en lo posible el uso de tales términos

1. FICHA TERMINOLOGICA DE AGUA GLUCOSADA

- a. Campo: Nutrición
- b. Entrada en la lengua original: glucose-water

- c. Indicaciones gramaticales: Sustantivo compuesto, masculino, singular.
- d. Definición: Es lo que comúnmente se conoce como *suero* y está compuesto de agua y sacarosa; por lo tanto es la mitad de dulce que el azúcar corriente.
- e. Contexto: However, in many countries colostrum is discarded or pre-empted by **glucose-water**.
- f. Otras informaciones:
 - Observaciones personales: En el texto original dice que esta sustancia se suministra en hospitales y maternidades, pero se da inconsistencia cuando se refiere a que las madres la usan en sus hogares. Es poco creíble que una madre del Tercer Mundo le suministre agua glucosada a su hijo, siendo lo más común, el agua azucarada.

2. FICHA TERMINOLOGICA DE ALOJAMIENTO CONJUNTO

- a. Campo: Salud
- b. Entrada en lengua original: rooming-in o rooming
- c. Indicaciones gramaticales: sustantivo compuesto, singular, masculino.
- d. Definición: Es cuando la madre y el niño comparten la habitación durante el período de lactancia para facilitarles esta práctica.

- e. Contexto: rooming arrangements, ...rooming-in is practised...
- f. Referencias:
Sinónimos: Cohabitación
- g. Otras informaciones:
Observaciones personales: el término también se usa como verbo.

3. FICHA TERMINOLÓGICA DE ESPACIAMIENTO DE LOS EMBARAZOS

- a. Campo: Salud
- b. Entrada en la lengua original: child-spacing
- c. Indicaciones gramaticales: sustantivo compuesto, singular, masculino.
- d. Definición: Es el lapso durante el cual la madre no concibe debido a que está en período de lactancia.
- e. Contexto: Breast-feeding helps to child-spacing.
- f. Referencias:
Sinónimos: intervalo entre embarazos, distanciamiento de los embarazos, intervalo entre nacimientos.
- g. Otras informaciones:
Observaciones personales: En la equivalencia de este término utilizamos la modulación, traduciendo así, el concepto.

4. FICHA TERMINOLOGICA DE **PREMATURO**

- a. Campo: Salud
- b. Entrada en la lengua original: **preterm**
- c. Indicaciones gramaticales: adjetivo
- d. Definición: Dícese del niño que nace viable antes del término del embarazo.
- e. Contexto: **preterm** infant
- f. Referencias eventuales:
Sinónimos: sietemesino
- g. Otras informaciones:
Observaciones personales: El término ofreció dificultad porque no fue posible entender el contexto hasta que se consultó con el especialista. Sin embargo, el equivalente que ella proporcionó fue **pretérmino** que muy bien puede ser un calco ya que además de que no aparece en los diccionarios, tampoco se encontró en otros textos. Por lo tanto, utilizamos **prematuro** que es un término utilizado en forma común.

III PARTE. GLOSARIO DE ABREVIATURAS Y NOMBRES DE INSTITUCIONES

El texto original tiene diferentes abreviaturas y nombres de instituciones u organizaciones mundiales que están relacionados con los estudios efectuados o con la práctica de la lactancia materna a nivel mundial. Para su traducción recurrimos a diccionarios de abreviaturas o la consulta con Lic. Castro o Alejandrina Mata, secretaria del UNICEF.

1. FICHA TERMINOLOGICA DE ASOCIACION DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA PLANIFICACION FAMILIAR (ANUPAF)

- a. Campo: Salud
- b. Entrada en la lengua original: UNFPA
- c. Otras informaciones:

Observaciones personales: en el texto original lo que tenemos es la abreviatura, que significa *United Nations Family Planification Association*. Es importante notar que el texto es inconsistente en la presentación de las abreviaturas y los nombres de instituciones, grupos o nombres propios. Algunas veces mencionaba primero la sigla, otras el nombre completo o viceversa. No hubo un parámetro, como primero dar el nombre y luego sólo la sigla si tenía que seguir usando la referencia.

2. FICHA TERMINOLOGICA DE CODIGO INTERNACIONAL DE
MERCADERO DE SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA

- a. Campo: salud
- b. Entrada en la lengua original: International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes

3. FICHA TERMINOLOGICA DE ENCUESTAS MUNDIALES DE
FERTILIDAD

- a. Campo: Salud
- b. Entrada en la lengua original: World Fertility Surveys
- c. Otras informaciones:

Observaciones personales: Para su traducción, en un principio utilizamos el método recomendado por Peter Newmark (Newmark, Approaches, p.76) en la que por su transparencia se traduce literalmente. Por lo tanto, el resultado fue Estudios Mundiales sobre Fertilidad; sin embargo, Lic. Castro especificó que la equivalencia usada es Encuestas Mundiales de Fertilidad.

4. FICHA TERMINOLOGICA DE ENCUESTAS MUNDIALES
SOBRE DEMOGRAFIA Y SALUD

- a. Campo: Salud

b. Entrada en la lengua original: Demographic and Health Surveys (DHS).

c. Otras informaciones:

Observación personal: También para este término se utilizó el método de traducción por transparencia recomendado por Peter Newmark (App. p. 176). El resultado fue Estudios de Demografía y Salud. Después de consultar con el especialista, el resultado fue Encuestas de Demografía y Salud (EDS).

5. FICHA TERMINOLOGICA DE METODO DE ESPACIAMIENTO ENTRE HIJOS POR AMENORREA POR LACTANCIA (LAM)

a. Campo: salud

b. Entrada en la lengua original: Lactational Amenorrhea Method (LAM)

c. Otras informaciones:

Observaciones personales: Para referirnos a este método utilizamos las siglas en inglés, pues si utilizamos las del término en español sería MEHAL y para una mejor pronunciación y presentación más corta decidimos utilizar la misma sigla del texto fuente.

6. FICHA TERMINOLOGICA DE ORGANIZACION PANAMERICANA PARA LA SALUD (OPS)

- a. Campo: salud
- b. Entrada en la lengua original: PAHO; Panamerican Health Organization (PAHO)

IV. GLOSARIO DE OTROS TERMINOS

1. FICHA TERMINOLGICA DE PREVENTIVO

- a. Campo: salud
- b. Entrada en lengua original: **proactive**
- c. Indicaciones gramaticales: adjetivo
- d. Definción: Que previene
- e. Contexto: *the proactive and the curative services*
(p.23)
- f. Otras informaciones:

Observaciones personales: El concepto de «proactive» no se pudo encontrar en ningún texto ni diccionario. Los especialistas del campo lo traducen sin embargo, como «proactivo», término que evidentemente es un calco de la lengua de origen. Pudimos constatar su significado, después de preguntarle a un hablante nativo de la lengua de origen: «servicios que llegan

a la madre para que amamante». Según el entrevistado, el término «proactive» significa «a favor de hacerlo». Por lo tanto, por el contexto en que se encuentra y su significado concluimos que se trata de «preventivo».

2. FICHA TERMINOLOGICA DE SUPLEMENTOS

- a. Campo: nutrición
- b.- Entrada en la lengua original: **supplementation**
- c. Indicaciones gramaticales: sustantivo, masculino
- d. Definición: en el contexto se refiere a los alimentos usados como suplemento de la lactancia
- e. Contexto: *...supplementation takes place between 2 and 4 months...* (p.11)
- f. Referencias:

Sinónimos de *supplementation*: supplements, supplemental feeding, supplements, supplementary foods
Sinónimos de *suplementos*: alimentos suplementarios, alimentación suplementaria

3. FICHA TERMINOLOGICA DE EFICACIA EN FUNCION DE LOS COSTOS

- a. Campo: estadística
- b. Entrada en la lengua original: **cost-effectiveness**
- c. Indicaciones gramaticales: sustantivo

d. Contexto: *the probable cost-effectiveness of the intervention can be calculated* (p.40)

e. Otras informaciones:

Observaciones personales: notemos que el sustantivo de dos palabras del texto fuente se convierte en una frase en la traducción. En el texto 1 también se usa como adjetivo: *...the results indicate that breast-feeding promotion is a cost-effective intervention...*

(p.40). Y se trasladó al texto de llegada como: *...los resultados demuestran que la promoción de la lactancia es una intervención de eficacia en función de los costos...* Por lo tanto, el adjetivo lo trasladamos como que si fuera un sustantivo; utilizamos la misma traducción tanto para el sustantivo como para el adjetivo.

CONCLUSION

Con la traducción del texto anterior se logró concluir una etapa que conllevó diferentes procesos que van desde el momento en que se escogió hasta este punto en que se concluye. Al mismo tiempo, todo el proceso es muy enriquecedor para el traductor no sólo por la experiencia que se adquiere sino también por el tema en sí, pues se adquirieron conocimientos valiosos que pueden ser de utilidad a nivel personal o para transmitirlos a otras personas.

Con respecto al proceso de la traducción en sí, creemos que lo que origina los obstáculos cuando se transfiere un texto de un idioma a otro son las diversas características entre las lenguas y todo traductor debe concienciarse acerca de esto con el fin de lograr su propósito.

Esta memoria tuvo como propósito localizar esos obstáculos y ofrecer soluciones para aquellos traductores que trabajen con el campo de la nutrición o salud. Asimismo, las recomendaciones finales pueden ser de ayuda para todo traductor.

En el texto fuente encontramos aspectos semánticos y estilísticos como la pasiva, vocabulario especializado y estructuras que hicieron patente las diferencias entre el inglés y el español y que fue necesario modificar.

Utilizamos procedimientos recomendados por los autores como la modulación, la amplificación, la adaptación, la explicitación, la amplificación y términos acuñados en español no sólo para facilitar la comprensión del texto sino también para fomentar el uso de estructuras propias de la lengua meta. Con respecto a este último, el traductor considera que hace su aporte al campo de la traductología. La claridad del texto traducido, como en cualquier otro texto, es trascendental si se quiere cumplir con la meta de cualquier escritor: que el mensaje llegue al lector sin ningún tipo de interferencia. Por lo tanto, consideramos que es deber del traductor analizar con profundidad las estructuras y estilo presentes en el texto original y trasladarlo al texto meta teniendo en cuenta cómo es la semántica y estilística de éste.

El otro aporte del traductor es el glosario que desarrolló del léxico que de alguna u otra manera dificultó su labor, pues en él se describe el tipo de vocabulario y lo que se puede hacer en tales casos; lo cual futuros traductores pueden usar como guía para textos de este tipo.

Por último, cabe mencionar que los demás capítulos del texto original que no se incluyeron en el presente trabajo, ya se tradujeron. Queda por hacer revisiones y mejorar el estilo si es el caso.

BIBLIOGRAFIA

A. LIBRO TRADUCIDO

Saadeh, Rand J. y otros, eds. (1993). *Breast-feeding, the technical basis and recommendations for action*. Genova: World Health Organization.

B. LIBROS SOBRE TRADUCCION

Aguado de Cea, Guadalupe. *Interferencias lingüísticas en los textos técnicos*. En: **Segundos encuentros cumpletenses**. Universidad Politécnica de Madrid.

Dueiex, C. (1988). *Fondement Didactique de la Traduction Technique*. Didier Erudition, París.

García Yebra, Valentín (1984). *Teoría y práctica de la traducción*. Madrid: Gredos.

Haensch, G. y otros (1982). *La lexicografía de la lingüística teorica a la lexicografía práctica*. Madrid: Editorial Gredos.

Newmark, Peter (1988). *A Textbook of Translation*. Great Britain: Prentice Hall International Ltd.

Nida, E.A. y Tabe, Ch.R. (1986). *La traducción teórica y práctica*. Madrid: Ediciones Cristiandad.

Orellana, Marina (1986). *La traducción del inglés al castellano, guía para el traductor*. Chile: Editorial Universitaria.

Vásquez-Ayora, Gerardo (1977). *Introducción a la traductología: Curso Básico de Traducción*. Georgetown: Georgetown University.

C. DICCIONARIOS

Beigbeder Atienza, Federico (1990). *Nuevo diccionario politécnico de las lenguas española e inglesa*. Madrid: Ediciones Dos Santos, S.A.

Diccionario práctico Larousse sinónimos/antónimos (1988). México: Ediciones Larousse.

Martínez de Sousa, José (1987). *Diccionario de ortografía técnica: normas de metodología y presentación de trabajos científicos, bibliográficos y tipográficos*. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A.

Martínez de Sousa, José (1978). *Diccionario internacional de siglas*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Orellana, Marina (1990). *Glosario internacional para el traductor*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.

Torrents Dels Prats, Alonso (1976). *Diccionario de dificultades del inglés*. Barcelona: Editorial Juventud, S.A.

D. LIBROS SOBRE GRAMATICA

Agencia EFE (1990). *Manual de español urgente*. Ediciones Cátedra, S.A.

Alfaro P., Jorge y Villalobos G. María Eugenia (1994). *El verbo*. Costa Rica: Montecinos Editor.

Real Academia Española (1989). *Esbozo de una nueva gramática de la lengua española*. Madrid: Espasa-Calpe, S.A.

E. LIBROS SOBRE LACTANCIA MATERNA

Gerard, Alice (1981). *Por favor, amamante a su bebé*. México: Diana, S. A. Título original: *Please Breast-feed your Baby*. Traductora: Mercedes Pizarro Suárez de Parlange.

Helsing, Elisabeth y Felicity Savage King (1985). *Guía práctica para una buena lactancia*. México: Editorial Pax. Título del original en inglés: *Breast-Feeding in Practice. A Manual for Health Workers*. Traducido por Beatriz Romero de Rodriguez. Adaptado para América Latina por: Esther Gally.

Koniz-Booher y otros, ed. *P/R Preguntas y respuestas sobre la alimentación infantil: un nuevo análisis realizado por un panel de expertos*. (1990) Recomendaciones emanadas de la Reunión de Expertos sobre PRACTICAS OPTIMAS PARA LA ALIMENTACION INFANTIL 24 Y 25 de setiembre de 1990. Traducido del inglés por el Dr. Mauricio R. Calderón.

La Leche League International (1980). *El arte femenino de amamantar*. Illinois: Interstate Printers and Publishers, Inc. Traducido del inglés por Carol I. Lathrop.

OMS/UNICEF (1989). *Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad*. España: Gráficas Reunidas.

OMS/UNICEF (1992). *Práctica y promoción de la lactancia natural en Hospitales Amigos del Niño: Curso de 18 horas para el personal de maternidad*.

Organización Mundial de la Salud (1981). *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna*. Francia: OMS.

Organización Mundial de la Salud (1989). *Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad*. España: Gráficas Reunidas.

F. ENTREVISTAS

Entrevista con Lic. Maritza Castro, profesora de nutrición

Entrevista con Alejandrina Mata, secretaria del UNICEF

Entrevista con Ph.D. Steven Palmer, historiador

de El Salvador. Los resultados de las EDS demuestran que en Brasil, a pesar de que el 67% de los niños de la zona urbana y el 81% de la zona rural lactaban desde su nacimiento hasta los cuatro meses, sólo el 3% de la zona urbana y el 7% de la zona rural tomaban sólo leche materna. En una zona urbana de Colombia, el 64% de los niños lactaba a los tres meses, pero sólo el 2% era en forma exclusiva. Un estudio llevado a cabo en 1984 en un hospital de La Habana, Cuba, demuestra que después del nacimiento, el 88% de los niños tomaban leche materna en forma exclusiva, el 63% a los quince días y sólo el 10% a los tres meses.

Aunque la lactancia exclusiva no es frecuente en esta región, se pueden observar dos subgrupos principales de países: los países con un nivel razonable de lactancia natural que experimentan una disminución prolongada y los países con niveles más bajos donde es evidente algún grado de recuperación.

Entre las EMF y las EDS casi ninguno de los países de América Latina demuestra una disminución en ninguno de los tipos de lactancia natural. En realidad, los resultados de las EDS revelan que la lactancia duró básicamente lo mismo en el momento en que se llevaron a cabo las dos encuestas en Colombia, Ecuador, México y Perú, con una leve disminución en República Dominicana y un aumento en Trinidad y Tobago. En estos países, la duración promedio de la lactancia rara vez es de más de un año. Hubo

excepciones en los grupos tradicionales o de las zonas rurales de Guatemala, Honduras y Perú, donde dura 18 meses o más.

También hay países con un bajo nivel de lactancia materna, pero su práctica ha aumentado de nuevo desde mediados de la década de 1970, en especial en Canadá y EEUU. En 1982, una encuesta nacional que se llevó a cabo en Canadá reveló que el 69% de las madres inició la lactancia natural, mientras que en 1987 fue un 80%; el 30% todavía amamantaba a los seis meses mientras que en 1963 sólo era el 6%. En EEUU la tendencia ascendente alcanzó su punto culminante en 1984, con un 63% de madres que daban el pecho cuando salieron del hospital. Desde este año, el porcentaje ha disminuido a un 57% en 1987 y 52% en 1989. En todo el país se notan claras diferencias: el porcentaje más alto se dio en los estados del oeste y el más bajo en el sudeste. Ninguno de los dos países aportaron datos sobre la práctica de la lactancia en forma exclusiva.

Región mediterránea oriental

La frecuencia de la lactancia en la región mediterránea oriental es similar a la de la región africana. El porcentaje de madres que iniciaron la lactancia es alto, pero se observó una disminución en su frecuencia, con un cambio considerable que oscila entre