



III MÁSTER EN ANTICONCEPCIÓN  
Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



UNIVERSIDAD DE  
ALCALÁ

## MÉTODO LACTANCIA AMENORREA (MELA): EFICACIA Y RECOMENDACIONES ACTUALES

Mercedes Rey Arijon. Matrona ASSIR Mollet del Vallés. ICS

Lucía Paredes Martínez. Matrona Hospital Arnau de Vilanova. ICS

## RESUMEN

El método de la lactancia y amenorrea MELA o LAM (Lactational Amenorrhea Method) es un método anticonceptivo altamente eficaz en mujeres amenorreicas que amamantan de forma exclusiva o casi exclusiva durante los primeros 6 meses postparto. A pesar de ello su eficacia sigue siendo infravalorada ampliamente por parte de profesionales que atienden planificación familiar, excluyéndolo como método durante el consejo contraceptivo.

### Objetivos

Revisar la eficacia del MELA. Describir los criterios clínicos que lo avalan como método anticonceptivo.

### Metodología

Revisión bibliográfica en bases de datos Pubmed y The Cochrane Library hasta octubre de 2015.

### Resultados

Los diferentes estudios clínicos realizados fijan el riesgo de embarazo en cifras que oscilan entre 0,45% y 1,5% en poblaciones correctamente asesoradas en el método. Destaca uno de los estudios multicéntricos con una eficacia del 100%. Se afianzan los tres criterios establecidos: estado de amenorrea, mantenimiento de una lactancia materna exclusiva o casi exclusiva durante los primeros 6 meses postparto.

### Conclusiones

El MELA es un método anticonceptivo altamente eficaz y accesible siempre que se cuente con el asesoramiento adecuado y se cumpla los tres criterios.

### Palabras clave

Lactancia materna, anticoncepción, MELA.

## **ABSTRACT**

The Lactational Amenorrhea Method (LAM) is a highly effective contraceptive method in amenorrheic women who fully breastfeed in the first six months postpartum. Nevertheless its efficacy is undervalued by family planning professionals who often exclude this method off during the contraceptive advice.

### Objective

To review the MELA's efficacy. To describe the clinic criteria of the method.

### Methodology

Bibliographic review in database Pubmed and The Cochrane Library until October 2015.

### Outcomes

Different clinical trials establish the risk of pregnancy between 0,45% and 1,5% in correctly advised population on the method. A multicentric study stand out with an efficacy of 100%. The three criteria of the method are consolidated: fully breastfeeding, amenorrheic since birth and less than 6 months postpartum.

### Conclusion

The LAM is a highly efficacy and accesible contraceptive method if women have a correct advise.

### Key words

Breastfeeding, contraception, LAM

## INDICE

1. Introducción.....	4
2. Objetivos.....	6
3. Metodología.....	6
4. Resultados.....	7
4.1 Eficacia del MELA.....	7
4.2 Criterios para el cumplimiento del MELA.....	9
5. Discusión.....	12
5.1 Eficacia.....	12
5.2 Duración de la amenorrea.....	12
6. Conclusiones.....	14
7. Bibliografía.....	15

## 1. INTRODUCCIÓN

El método de la lactancia y amenorrea conocido como MELA o LAM (Lactational Amenorrhea Method) es un método anticonceptivo natural, con una eficacia reconocida del 98%<sup>1</sup> en mujeres amenorreicas que amamantan de forma exclusiva o casi exclusiva a sus bebés durante los primeros 6 meses postparto.

Fue en Bellaggio, Italia, en 1988 donde se establecieron por primera vez los criterios científicos para utilizar la lactancia materna como método anticonceptivo. Esta declaración fue conocida como “Consenso de Bellaggio”<sup>2</sup> hasta 1989, donde su uso para planificación familiar fue definido como LAM.

A pesar de ello, hoy en día es uno de los métodos anticonceptivos de alta eficacia menos recomendados desde la atención sanitaria.

En una encuesta realizada en el 2009 a profesionales sanitarios implicados en el control postparto de 107 municipios fineses, resultó que el 81% de los médicos y el 86% de las enfermeras nunca recomendaban el MELA como único método anticonceptivo y sólo el 4% de los médicos y ninguna enfermera lo recomendaban alguna vez.<sup>3</sup>

En otra encuesta realizada también en el 2009 en Vancouver (Canadá) a médicos sobre conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la anticoncepción natural, sólo el 3-6% conocían de forma correcta la eficacia de los métodos naturales, el 50% nunca los mencionan como una opción anticonceptiva y sólo el 3% los menciona como una opción viable para la mayoría de las pacientes, de este último porcentaje ninguno era ginecólogo o residente de ginecología.<sup>4</sup>

En España, al igual que en muchos otros países, no existe ningún registro oficial para el seguimiento de la lactancia materna, y mucho menos de su utilización como método anticonceptivo.

La última encuesta de fecundidad llevada a cabo en España fue en 1999. En ella se menciona la “lactancia prolongada” dentro de los métodos contraceptivos utilizados por la población, siendo su prevalencia de uso del 0.2%. La encuesta no define el término lactancia prolongada, por lo que su interpretación es algo ambigua. El uso de la lactancia como método se conoce como MELA, y el concepto de lactancia prolongada actualmente se refiere a la que prosigue más allá de los dos años del lactante. Los métodos anticonceptivos más utilizados según esta encuesta fueron el preservativo, la píldora y métodos definitivos.<sup>5</sup>

Según datos de tendencias contraceptivas de Naciones Unidas la distribución del uso de distintos métodos anticonceptivos no varió mucho entre 1990 y 2011 pero se apreció un aumento de la prevalencia anticonceptiva del 50% al 63%. En 2011 nueve de cada diez mujeres casadas o en pareja utilizaban métodos anticonceptivos modernos, de los cuales los más predominantes, superando el 50%, corresponden a esterilización femenina y el DIU. La tendencia mundial de los métodos tradicionales ha ido a la baja, aun así en al menos 11 países sigue manteniéndose como método dominante<sup>6</sup>.

Sabemos que a partir de principios de los años 70 la incidencia y duración de lactancia materna ha ido en aumento en los países desarrollados gracias a las políticas sanitarias de promoción de la lactancia.

Según la Encuesta Nacional de Salud Española de 2012 los porcentajes de lactancia materna exclusiva a los 3 y 6 meses fueron del 53.6% y 28.5% respectivamente<sup>7</sup>; si los comparamos con los porcentajes de la Encuesta Nacional de 1997, 43.8% y 21.2%, podemos apreciar un aumento significativo <sup>8</sup>. Según el World Health Statistics de 2015 de la OMS el índice de lactancia materna exclusiva a los 6 meses es del 29% en España<sup>9</sup>.

Como consecuencia del creciente uso de la lactancia materna exclusiva, se podría derivar en un aumento de la demanda de asesoramiento contraceptivo sobre el MELA, por ello creemos pertinente que todos aquellos profesionales relacionados con la planificación familiar tengan conocimiento sobre este método, su eficacia y los criterios para su utilización de forma segura.

## **2. OBJETIVOS**

Revisar la bibliografía reciente sobre la eficacia del método anticonceptivo de la lactancia y amenorrea (MELA).

Describir los criterios clínicos para la utilización de la lactancia materna como método anticonceptivo: lactancia materna exclusiva o casi exclusiva, amenorrea y tiempo postparto.

## **3. METODOLOGÍA**

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos de PubMed y The Cochrane Library hasta octubre de 2015.

Las palabras clave utilizadas fueron lactancia materna, anticoncepción y MELA en español; breastfeeding, contraception y LAM en inglés.

Se incluyeron en el estudio revisiones sistemáticas y metaanálisis, estudios controlados randomizados y estudios de cohortes.

Se realizó un análisis descriptivo de los estudios encontrados relacionados con la eficacia del MELA y con los criterios de aplicabilidad.

## 4. RESULTADOS

### 4.1 Eficacia del MELA

Durante el Consenso de Bellaggio en 1988 un grupo de expertos revisaron los estudios prospectivos hasta la fecha y concluyeron que el riesgo de embarazo en mujeres que realizan lactancia materna exclusiva o casi exclusiva y que se mantienen amenorreicas es del 2% durante los 6 primeros meses postparto.<sup>1</sup>

Pérez publicó en 1992 un estudio clínico sobre 422 mujeres de clase media en Cuba a las que les proporcionaron entrenamiento en la lactancia y en el uso del MELA en las visitas de seguimiento mensuales hasta los 6 meses postparto. La tasa de embarazo fue de 0,45% en aquellas que utilizaban el MELA como único método de planificación familiar.<sup>10</sup>

En 1997 se llevó a cabo el primero de los ensayos clínicos multicéntricos en los que ha participado la OMS para proporcionar más información acerca de este método y de su eficacia en distintas poblaciones, culturas y entornos sanitarios<sup>1</sup>. El protocolo incluía visitas de seguimiento mensuales hasta los seis meses y posteriormente control a los 9 y 12 meses. Se realizó un asesoramiento proactivo para una lactancia materna óptima y un mejor cumplimiento del MELA, también se proporcionó material de soporte. La eficacia del MELA a los 6 meses fue del 98.5% en una muestra de 519 usuarias, sin diferencias significativas entre países. También calcularon la eficacia a los 12 meses siendo del 92.2%. Solo se tuvieron en cuenta a las mujeres sexualmente activas para los resultados.

En el año 2000, se realizó un segundo estudio multicéntrico con participación de la OMS donde la eficacia a los seis meses alcanzó el 100% en una muestra de 296 usuarias de MELA, ya que no se produjo ningún embarazo<sup>11</sup>. Durante este segundo protocolo el seguimiento se realizó mediante una primera visita de captación y un control a los 7 meses, para intentar aproximar la eficacia durante el uso de MELA en una usuaria típica, sin monitorización excesiva. Se volvieron a excluir de la muestra aquellas mujeres que no mantuvieron actividad sexual durante el estudio.

Ante la escasez de datos sobre la efectividad del MELA así como de la información de su uso en países industrializados, Kennedy llevó a cabo una revisión<sup>12</sup> publicada en el 2002. Destacó dos grandes estudios de eficacia llevados a cabo en Pakistán y Filipinas que utilizaban un mismo protocolo. Para ello, el personal de las clínicas de planificación familiar fue entrenado en el uso del MELA bajo los criterios del Consenso de Bellaggio y el protocolo incluía enseñar a las mujeres participantes del estudio el



algoritmo del MELA (gráfica 1) y técnicas eficaces para maximizar la producción láctea y la infertilidad femenina. La tasa de embarazo que se obtuvo fue del 0.58% para Pakistán<sup>13</sup> y 0.97% en Filipinas<sup>14</sup> bajo los criterios del Consenso de Bellaggio. Incluso cuando estos criterios no se cumplían, las tasas de embarazo se mantuvieron por debajo del 2% los primeros 6 meses. Las tasas a los doce meses, manteniendo la amenorrea, fueron de 1.12% y 2.56% para Pakistán y Filipinas respectivamente. Mencionar que para el cálculo de estas tasas sólo fueron incluidas mujeres sexualmente activas y que no utilizaban ningún otro método anticonceptivo. La revisión de Kennedy también hace hincapié en el segundo estudio multicéntrico de la OMS<sup>11</sup> ya mencionado, en el que destaca la efectividad obtenida del 100% en un primer análisis al no producirse ningún embarazo en madres de Estados Unidos de América, Reino Unido, Alemania, Italia y Suecia; y tampoco durante el segundo análisis realizado en Australia y Suecia.

Recientemente otros autores como Labbok también realizaron revisiones de la eficacia y efectividad del MELA, corroborando los mismos resultados descritos anteriormente<sup>15</sup>.

En una revisión sistemática Cochrane sobre el MELA como método para planificación familiar publicada en 2008, la tasa de embarazo encontrada oscila entre el 0.45 y el 2.45% según los datos de dos estudios controlados y del 0% al 2.4% según 6 estudios no controlados. La tasa de embarazo concreta en los dos estudios controlados para las mujeres que realizaban lactancia materna exclusiva, que estaban amenorreicas, y que no realizaban ningún otro método anticonceptivo fue del 0.88% en un estudio y del 0.9-1.2% en otro.<sup>16</sup>

En la siguiente tabla se resume el año de publicación y las diferentes tasas de eficacia encontradas en los estudios descritos del MELA (tabla 1).

AÑO	AUTORES	EFICACIA 6 MESES
1988	Consenso Bellaggio	98%
1992	Pérez et al	99,55%
1997	Labbock	98,5%
2000	Petterson	100%
2002	Kennedy	Pakistan 99,42% Filipinas 99,03%
2008	Revisión Cochrane	100%-97,55%

Tabla nº1: Eficacia del MELA según los distintos estudios.

#### 4.2 Criterios para el cumplimiento del MELA

Durante el Consenso de Bellaggio se establecieron por primera vez los criterios para el uso correcto del MELA. Posteriormente se realizó una revisión importante de estos criterios con el objetivo de realizar el protocolo del estudio multicéntrico de la OMS sobre la eficacia del MELA. El resto de estudios encontrados han basado sus resultados utilizando los criterios expuestos por el Consenso de Bellaggio y los estudios multicéntricos de la OMS.

En la declaración de Bellaggio se establecieron tres criterios para el uso del MELA<sup>1</sup> (gráfica 1).

El primero es el *estado de amenorrea*, por considerar que la vuelta de la menstruación es el primer signo de riesgo de embarazo. Consensuaron como fin de la amenorrea cualquier sangrado o manchado de dos días consecutivos de duración ocurrido después del día 56 postparto, o la percepción de la mujer del inicio de su menstruación.

El segundo criterio es el mantenimiento de una *lactancia materna exclusiva o casi exclusiva*. Plantea que la lactancia materna no ha de ser estrictamente exclusiva, pero refuerza que la lactancia es el estímulo que produce la amenorrea y por tanto la protección contraceptiva.

El último criterio destaca la eficacia anticonceptiva *durante los 6 primeros meses postparto*, con un riesgo de embarazo del 2%, pero abre la posibilidad del uso del MELA más allá de los 6 meses, ya que algunos estudios también ofrecen tasas de

embarazo muy bajas en este periodo, pero dada la escasa evidencia disponible sería interesante realizar más investigaciones que confirmen este hecho.

En el primer estudio multicéntrico del MELA también se acordaron unas definiciones para concretar los conceptos de lactancia materna y retorno de la menstruación, aunque esta formulación fue desarrollada más bien como marco de referencia para los investigadores y no como guía clínica para las participantes.<sup>1</sup>

Según este trabajo, para cumplir el concepto de lactancia materna exclusiva o casi exclusiva se tienen que cumplir todos los siguientes criterios:

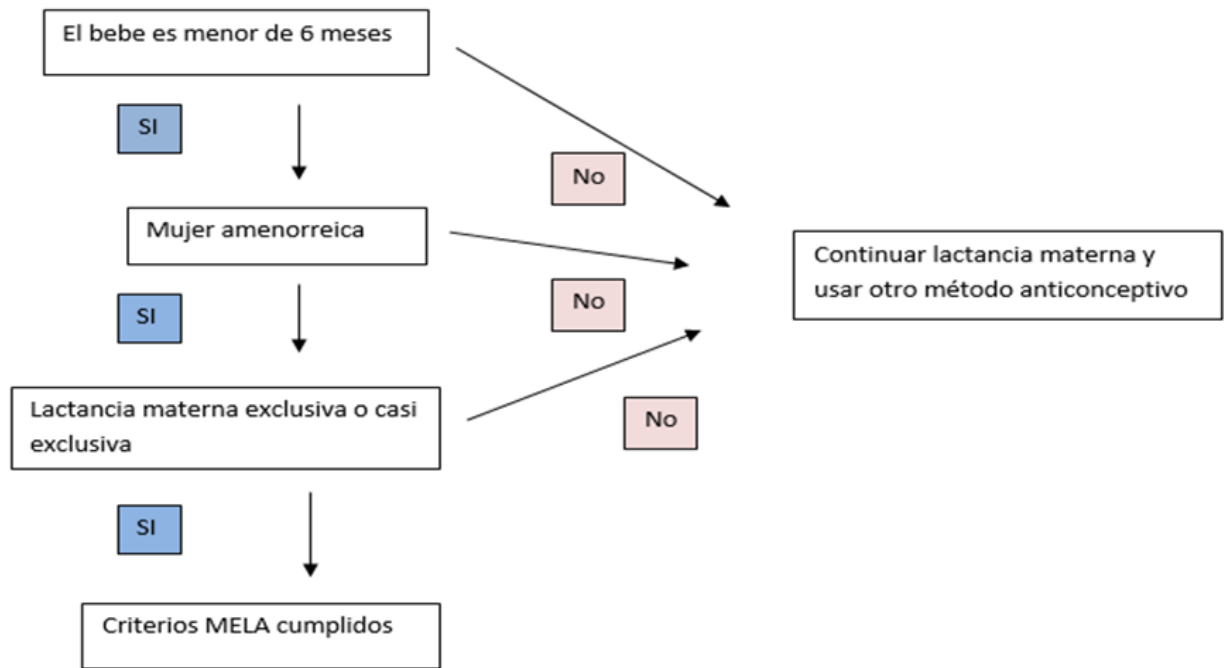
a) la frecuencia de la tomas ha de resumirse en 10 tomas cortas o 6 tomas largas a lo largo de 24 horas.

b) La suplementación con leche de fórmula no debe superar los 30 ml por semana durante el primer mes, 60 ml por semana durante el segundo mes, 90 ml por semana en el tercero, etc.

c) Las tomas no se remplazarán por ningún otro alimento, y solo un máximo del 10% de la alimentación puede ser distinta que la lactancia materna.

d) La lactancia debe mantenerse tanto de día como de noche, sin intervalos largos entre las tomas. Se considera lactancia discontinuada la presencia de intervalos de más de 6 horas entre dos tomas.

La reanudación de la menstruación fue definida como dos días consecutivos de sangrados que la usuaria considerara similar a una menstruación o más sangrado, o dos días consecutivos de manchado y uno de sangrado, o tres días continuos de manchado.



Grafica nº1: Algoritmo criterios del MELA

## **5. DISCUSIÓN**

### **5.1 Eficacia**

En los estudios revisados se ha demostrado que el MELA es altamente eficaz como método de planificación familiar. De todos modos recomiendan tomar los datos analizados con cautela, ya que en la mayoría de los estudios las usuarias fueron periódicamente asesoradas en los tres criterios del método, incluyendo también la necesidad de amamantar durante la noche, evitar periodos largos entre tomas y desalentar el uso de suplementos<sup>9,11</sup>.

En contra, se encontró un sólo estudio descriptivo retrospectivo en el que se detectó una baja eficacia y otro estudio de prevalencia donde eran pocas las mujeres que utilizan bien la lactancia como método anticonceptivo. El primero de estos fue un estudio de 188 mujeres llevado a cabo en Turquía, en el que el 34% utilizó la lactancia como método anticonceptivo, hallándose una tasa de embarazo del 32.8%<sup>17</sup>. Cabe destacar que sólo un 17.2% de estas mujeres cumplían los criterios para un correcto uso del MELA: del resto de participantes el 43.8% no estaban en amenorrea y el 70.3% había comenzado con suplementación de la lactancia. El segundo fue un estudio realizado en Niger, en el que el 52% (N = 673) utilizaban el MELA como método anticonceptivo principal, pero sólo el 21% cumplían los criterios para un uso correcto<sup>18</sup>.

Con estos resultados cabe esperar que sea necesario realizar asesoramiento de los criterios del MELA. El uso de este método requiere el conocimiento y cumplimiento de los tres criterios: amenorrea, lactancia materna exclusiva o casi exclusiva, y menos de 6 meses postparto<sup>19</sup>. Si alguno de ellos no se cumple el riesgo de embarazo aumenta. En el segundo estudio multinacional se valoraron los conocimientos de estos criterios por parte de las usuarias, de un 71.2% al 82.8% los conocían, aunque sólo del 63.2% al 65.6% recordaron la importancia de no hacer intervalos largos entre tomas y la necesidad de realizar tomas nocturnas<sup>11</sup>. Recordar que en este estudio se obtuvo una eficacia del 100% con seguimiento reducido de las usuarias en sólo dos visitas, una primera de captación y otro control después de los 6 meses.

### **5.2 Duración de la amenorrea**

El retorno de la menstruación fue muy variable en todos los estudios oscilando entre 11.1 y 39.4% a los 6 meses<sup>16</sup>.

Se encontraron diferencias altamente significativas en cuanto a la duración de la amenorrea entre las diferentes regiones geográficas. De los factores que estuvieron relacionados de forma significativa con la duración de la amenorrea, la mayor parte tenían que ver con el tipo de alimentación ofrecida al lactante. Aun así, los efectos transculturales también son muy importantes y pueden causar variaciones en el tipo de alimentación de los bebés, en la duración de la amenorrea, o en ambos.<sup>19</sup>

Como muestra de estas peculiaridades, en Cuba el 66.8% de las mujeres estudiadas realizaron lactancia materna exclusiva cómo mínimo hasta los seis meses y el 56.2% de las usuarias del MELA estuvieron amenorreicas durante los 6 primeros meses<sup>9</sup>.

Mientras que en el primer estudio multicéntrico de eficacia del MELA, la permanencia de amenorrea fue del 72,4% a los 6 meses<sup>10</sup>. Este tiempo de amenorrea fue claramente mayor en países en vía de desarrollo, no obstante en países industrializados, donde se hace menos soporte a la lactancia materna, se mantiene igualmente una media de amenorrea de 6 meses. En el segundo estudio multicéntrico la probabilidad de amenorrea a los 6 meses fue del 84.7%<sup>11</sup>.

En el estudio hecho en Pakistán de las 387 mujeres estudiadas, el 47.9% cumplían los criterios del MELA a los 6 meses y sólo un 26.4% había retornado a tener menstruación<sup>13</sup>.

En un estudio transversal en Nigeria de 268 mujeres, el 71.6% realizó lactancia materna exclusiva durante al menos 6 meses, de las cuales el 62.6% se mantuvieron amenorreicas<sup>20</sup>.

La duración media de la amenorrea en un estudio donde encuestaron a 593 mujeres lactantes de una región de los Emiratos Árabes Unidos fue de 6 meses<sup>21</sup>. Las mujeres que realizaron lactancia materna exclusiva al menos 6 meses obtuvieron los periodos de amenorrea más largos de 9,6 meses. La edad de los lactantes a la que se introdujeron leche de fórmula o alimentación complementaria estuvo relacionada de forma significativa con la duración de la amenorrea.

En el estudio de Turquía la duración media de la amenorrea fue sólo fue de 64 días, aunque el 70.3% confirmó haber iniciado suplementación láctea<sup>17</sup>.

## **6. CONCLUSIONES**

El MELA es un método anticonceptivo con una alta eficacia, que se puede emplear como un método introductorio de planificación familiar en cualquier cultura, ámbito de salud y país.

Quizás en países donde la población tiene dificultades de acceso a la sanidad y planificación familiar el MELA debería tenerse en especial consideración.

Para un correcto cumplimiento del MELA es importante realizar un buen asesoramiento anticonceptivo e imprescindible que las usuarias conozcan los criterios del MELA. En el caso de que alguno de ellos no se cumpla, las mujeres deben saber que aumenta el riesgo de embarazo y por lo tanto han de cambiar de método.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Labbok M et al. Multicenter Study of the Lactational Amenorrhea Method (LAM): I. Efficacy, Duration, and Implications for Clinical Application. *Contraception*, 1997; 55 (6): 327-336.
2. Kennedy K. Consensus Statement on the Use of Breastfeeding as a Family Planning Method. *Contraception* 1989; 39 (5): 477-96.
3. Sannisto T, Dosusnen E. Initiation of postpartum contraception: a survey among health centre physicians and nurses in Finland. *Scand J Prim Health Care*, 2009; 27 (4): 244-249.
4. Choi J, Chan S, Wiebe E. Natural Family Planning: Physicians' knowledge, attitudes and practice. *J Obstet Gynaecol Can.* 2010; 32 (7): 673-8.
5. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de fecundidad 2009. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/p317&file=inebase&L=0>
6. Trends in Contraceptive Methods Used Worldwide. Department of Economic and Social Affairs, Population Facts. United Nations. 2013; 2013/9.
7. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p419&file=inebase>
8. Asociación Española de Pediatría. Comité de Lactancia Materna. Informe técnico sobre la lactancia materna en España. *An Esp Pediatr.* 1999; 50: 333-340.
9. World Health Organization. World Health Statistics 2015. Part II: Global Health Indicators. Pág108. Disponible en: [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2015/en/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015/en/)
10. Pérez A, Labbok M, Queenan J. Clinical Study of the lactational amenorrhea method for family planning. *Lancet*, 1992; 339: 968-70.
11. Peterson A et al. Multicenter study of the lactational amenorrhea method (LAM) III: effectiveness, duration, and satisfaction with reduced client-provider contact. *Contraception*, 2000; 62(5): 221-30.
12. Kennedy K. Efficacy and effectiveness of LAM. *Adv Exp Med Biol.* 2002; 503: 207-16.
13. Kazi A, Kennedy K, Visness C, Khan. Effectiveness of the lactational amenorrhea method in Pakistan. *Fertil Steril*, 1995; 64 (4): 717-23.



14. Ramos R, Kennedy K, Visness C. Effectiveness of lactational amenorrhoea in prevention of pregnancy in Manila, the Philippines: non-comparative prospective trial. *Brit Med J*, 1996, 313: 909-12.
15. Labbok M. Postpartum Sexuality and the Lactational Amenorrhea Method for Contraception. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2015; 58 (4): 915-927.
16. Van der Wijden C, Brown J, Kleijnen J. Lactational amenorrhea for family planning. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008; (4): CD001329.
17. Türk R, Terzioğlu F, Eroğlu K. The Use of Lactational Amenorrhea as a Method of Family Planning in Eastern Turkey and Influential Factors. *J Midwifery Womens Health*. 2010; 55 (1): e1–7.
18. Sipsma HL, Bradley EH, Chen PG. Lactational Amenorrhea Method as a Contraceptive Strategy in Niger. *Matern Child Health*. 2013; 17(4): 654-60.
19. World Health Organization Task Force on Methods for the Natural Regulation of Fertility. The World Health Organization Multinational Study of Breastfeeding and Lactational Amenorrhea: II. Factors associated with the length of amenorrhea. *Fertility and Sterility*, 1998; 70 (3): 461-71.
20. Kuti O, Adeyemi A, Owolabi A. Breast-feeding pattern and onset of menstruation among Yoruba mothers of South-west Nigeria. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2007;12 (4): 335-9.
21. Radwan H, Mussaiger A, Hachem F. Breast-feeding and lactational amenorrhea in the United Arab Emirates. *Pediatr Nurs*. 2009; 24 (1): 62-8.

