



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 20**

**EFFECTO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA PARTICIPATIVA
SOBRE EL CONOCIMIENTO DE LACTANCIA
MATERNA EN MUJERES EMBARAZADAS**

TESIS DE POSGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. AUGUSTO DE JESUS SANCHEZ ARRIOLA

ASESORA:

DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA



GENERACION 2010-2013

MEXICO D.F.

2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCIA
ASESORA DE TESIS
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF 20, IMSS**

**DR. MAXIMO ALEJANDRO GARCIA FLORES
COORDINADOR DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 20, IMSS**

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR UMF 20, IMSS**

DEDICATORIAS

A Dios por brindarme la oportunidad y la dicha de la vida, al brindarme los medios necesarios para continuar mi formación y siendo un apoyo incondicional para lograrlo ya que sin él no hubiera podido.

A mi esposa por su paciencia, por su comprensión, por su empeño, por su fuerza, por su amor, por ser tal y como es, porque la amo. Es la persona que más directamente ha sufrido las consecuencias del trabajo realizado. Realmente ella me llena para conseguir un equilibrio que me permita dar el máximo.

A mis padres, por su comprensión y ayuda en momentos malos y buenos, me han enseñado a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi perseverancia y mi empeño, y todo ello con una gran dosis de amor y sin pedir nunca nada a cambio.

**EFFECTO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA
PARTICIPATIVA SOBRE EL
CONOCIMIENTO DE LACTANCIA MATERNA
EN MUJERES EMBARAZADAS**

INDICE

Resumen	1
Antecedentes	3
Planteamiento del problema	18
Objetivos	19
Justificación	19
Hipótesis	20
Sujetos, material y métodos	21
Resultados	25
Discusión	30
Conclusiones	32
Recomendaciones	33
Bibliografía	35
Anexos	38

EFFECTO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA PARTICIPATIVA SOBRE EL CONOCIMIENTO DE LACTANCIA MATERNA EN MUJERES EMBARAZADAS

Sánchez Arriola. Augusto de Jesús ¹, Aguirre García María del Carmen ².

1. Médico Residente de tercer año de la especialidad en Medicina Familiar. UMF 20, IMSS.

2. Profesora titular del curso de especialización de Medicina Familiar UMF 20, IMSS.

Objetivos: Determinar el efecto de una estrategia educativa sobre los conocimientos de lactancia materna en mujeres embarazadas.

Material y métodos: Estudio cuasi-experimental, en 41 mujeres embarazadas de cualquier trimestre de la UMF 20 del IMSS, México, D.F., elegidas a conveniencia de ambos turnos. Se formaron dos grupos de forma aleatoria, previo consentimiento informado, se les aplicó la encuesta ex profeso sobre lactancia materna de 28 ítems antes y después de la intervención educativa; además se comparó el post con otros grupos (TS, EMI, CE). Se utilizó estadística descriptiva y analítica (U Mann Whitney y Kruskal Wallis) considerando significancia estadística con $P < 0.05$.

Resultados: La prueba de las medianas de las calificaciones entre el grupo experimental antes (58) y posterior (96) a la intervención educativa fue estadísticamente significativa con $P 0.0001$ (con un IC 95%), la comparación con el grupo control (TS, EMI y CE) mostró significancia estadística con $P 0.000$, no se encontró diferencias significativas al comparar los grupos control.

Discusión y conclusiones: Aplicando a diferencia de la orientación habitual, un modelo educativo distinto, donde se utilicen técnicas didácticas grupales que aborden no solo el área cognoscitiva sino también el área afectiva, desarrollando capacidades y habilidades como análisis, síntesis y juicio crítico, logramos aumento de los conocimientos y un cambio de actitud en relación a la lactancia materna.

Palabras clave: Lactancia materna, modelo educativo, conocimientos.

EFFECT OF A PARTICIPATORY STRATEGY ON EDUCATION KNOWLEDGE OF BREASTFEEDING IN PREGNANT WOMEN

Sánchez Arriola Augusto de Jesús¹, Aguirre García María del Carmen².

1. Third-year medical resident specialty in Family Medicine. UMF 20, IMSS.

2. Professor of the Specialization Course in Family Medicine UMF 20, IMSS.

Objectives: To determine the effect of an educational strategy on knowledge of breastfeeding in pregnant women.

Methods: A quasi-experimental, 41 pregnant women of any quarter of the FMU 20 of the IMSS, Mexico City, chosen at the convenience of both shifts. Two groups were formed randomly, informed consent, are expressly applied the survey on breastfeeding of 28 items before and after the educational intervention, plus the post was compared with other groups (TS, EMI, CE). We used descriptive and analytical statistics (Mann Whitney U and Kruskal Wallis) considering statistical significance with $P < 0.05$.

Results: The test of median scores between the experimental group before (58) and posterior (96) to the educational intervention was statistically significant with $P 0.0001$ (with a 95%), comparison with the control group (TS, EMI and CE) showed statistical significance with $P 0.000$, and there were no significant differences between the control groups.

Discussion and conclusions: Applying unlike the usual orientation, a different educational model, which used group teaching techniques that address not only the cognitive area but also the affective area, building capacity and skills as analysis, synthesis and judgment, we increase knowledge and a change of attitude towards breastfeeding.

Keywords: Breastfeeding, educational strategy, knowledge.

I. ANTECEDENTES

“La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva hasta alrededor de los seis meses de edad y la continuación de la misma, con introducción gradual de los alimentos complementarios, hasta el segundo año de vida y más, si fuera posible.”^{1,2,3}

Durante la década de los ochenta en México, el 83% de las madres inicio lactancia materna, con una duración media de 8.6 meses, 14% de los lactantes menores de cuatro meses nunca recibió leche materna y solo 11.5% fueron alimentados de manera exclusiva durante los primeros seis meses de vida.⁴

De acuerdo a la Segunda Encuesta Nacional de Nutrición en 1999, en la década de los noventa 92.3% de los lactantes fueron alimentados al seno materno, probablemente por la promoción de Hospitales Amigos del Niño y la Madre. En cuanto a la duración de la lactancia el estudio reporto una media de 9 meses, se encontró que los lactantes menores de 4 meses reciben lactancia exclusiva en un 25.7% de los casos y aquellos menores de 6 meses en 20.3%; mostro que es alta en la región sur de México, en comunidades rurales, en la población indígena, en madres con bajo nivel socioeconómico y con menor escolaridad, sin empleo y que no cuentan con servicios de salud.^{4, 5}

La lactancia materna en nuestro país presentó un incremento del 0.75% por año a partir de 1985 a 2000, en comparación con otros países de América Latina como Honduras y Nicaragua que reportaron un incremento de 7.75% por año o Brasil 3.8% por año.^{4,5}

En el año 2002, dentro de las principales causas de muerte por enfermedades infecciosas en menores de un año, se encuentran las infecciones respiratorias agudas bajas, sepsis bacteriana y enfermedades infecciosas intestinales; para el grupo de 1 a 4 años se reportan las enfermedades infecciosas intestinales e infecciones respiratorias agudas bajas.^{5,6}

Con el objetivo de intentar recuperar el amamantamiento es preciso desterrar una serie de mitos e ideas irracionales, sin sentido real ni científico, que han arraigado en gran parte de la población. En un intento de compensar el gran impacto que tiene en la población la difusión de la lactancia artificial, es preciso informar sobre los conocimientos actualizados de la lactancia natural, no sólo en aspectos tan importantes como la nutrición, sino también de manejo práctico y de consejos para la lactancia.

Ello permitirá que la mujer tome una decisión informada en lo que respecta a la alimentación de su hijo, con el convencimiento de que, desde un punto de vista nutricional, el desarrollo del bebé está garantizado con la lactancia materna.

COMPOSICION DE LA LECHE HUMANA

La composición de la leche de cada especie es diferente y está adaptada a las necesidades de sus crías. Así por ejemplo la leche de los mamíferos de crecimiento rápido es más rica en proteínas y la de animales de zonas frías más rica en grasas, que la humana. Sin embargo, esta tiene mayor contenido en hidratos de carbono, necesarios para su desarrollo cerebral superior. Es decir, la leche materna es específica de la especie humana y el alimento más completo y seguro para el lactante. La leche humana no es sólo un alimento, es un fluido vivo y cambiante, capaz de adaptarse a los diferentes requerimientos del niño a lo largo del tiempo (modificando su composición y volumen) y que facilita su adaptación a la vida extrauterina. Tiene una gran complejidad biológica, ya que está compuesta por nutrientes, sustancias inmunológicas, hormonas, enzimas, factores de crecimiento, etc.⁷ (Tabla 1) Es capaz también de adaptarse a las diferentes circunstancias de la madre. La leche materna aporta todos los elementos nutritivos que necesita el niño en los 6 primeros meses de vida y sigue siendo un alimento esencial hasta los dos años, complementada con otros alimentos no lácteos.^{7, 8}

TABLA 1. Composición del calostro y de la leche madura (Lawrence RA)

Componente	Calostro/100 ml	Leche madura/100 ml
Energía (Kcal)	58	70-75
Agua %	87,2	88
Lactosa g	5,3	7,3
Nitrógeno total mg	360	171
NNP mg	47	42
Proteínas totales g	2,3	0,9
Caseína mg	140	187
Alfa lactoalbúmina mg	218	161
Lactoferrina mg	330	167
IgA mg	364	142
Grasas totales g	2,9	4,2
Ácido linoleico: (% del total)	6,8	7,2
Ácido linolénico		1,00
C20 y 22 poliinsaturados	10,2	2,9
Colesterol mg	27	16
Vitamina A mcg	89	47
Betacaroteno mcg	112	23
Vitamina D mcg	-	0,004
Vitamina E mcg	1280	315
Vitamina K mcg	0,23	0,21
Tiamina mcg	15	16
Vitamina B6 mcg	12	28
Vitamina B12 mcg	200	26
Ácido ascórbico mcg	4,4	4,0
Calcio mg	23	28
Magnesio mg	3,4	3,0
Sodio mg	48	15
Potasio mg	74	58
Cloro mg	91	40
Fósforo mg	14	15
Cobre mcg	46	35
Yodo mcg	12	7
Hierro mcg	45	40
Zinc mcg	540	166

Diferentes tipos de leche

Los diferentes tipos de leche que se producen en la glándula mamaria son calostro, leche de transición y leche madura.⁸

Calostro. Durante el último trimestre de la gestación, la glándula mamaria acumula en el lumen de los alvéolos una sustancia llamada pre calostro, formada principalmente por exudado de plasma, células, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbúmina, sodio, cloro y una pequeña cantidad de lactosa. Durante los primeros 4

días después del parto se produce el calostro, fluido amarillento y espeso de alta densidad y escaso volumen. En estos primeros días se produce un volumen de 2-20 ml por toma, suficiente para satisfacer las necesidades del recién nacido. El calostro tiene menos contenido energético, lactosa, lípidos, glucosa, urea, vitaminas hidrosolubles, PTH y nucleótidos que la leche madura. Sin embargo, contiene más proteínas, ácido siálico, vitaminas liposolubles E, A, K y carotenos que la leche madura. El contenido en minerales como sodio, zinc, hierro, azufre, selenio, manganeso y potasio también es superior en el calostro. El contenido en calcio y fósforo varía según los diferentes autores. La proporción proteínas del suero/ caseína es de 80/20 en el calostro, mientras que en la leche madura de 60/40, e incluso 50/50 en la lactancia tardía. La concentración de los aminoácidos libres varía entre el calostro, la leche de transición y la leche madura. La cantidad de proteínas disminuye rápidamente durante el primer mes y se estabiliza un tiempo, para disminuir después muy lentamente a lo largo de la lactancia. La composición de los ácidos grasos del calostro humano muestra marcadas diferencias geográficas relacionadas con la dieta materna, así en países con dietas ricas en ácidos grasos insaturados el calostro tiene niveles mayores. El contenido en colesterol es superior en el calostro que en leche madura, al contrario que los triglicéridos.⁸

El calostro tiene un contenido muy elevado en inmunoglobulinas especialmente IgA, lactoferrina, células (linfocitos y macrófagos), oligosacáridos, citoquinas y otros factores defensivos, que protegen a los recién nacidos de los gérmenes ambientales y favorecen la maduración de su sistema defensivo. El calostro está adaptado a las necesidades específicas del neonato por que sus riñones inmaduros no pueden manejar grandes cantidades de líquidos y además facilita la evacuación de meconio evitando la hiperbilirrubinemia neonatal. Contiene enzimas intestinales que ayudan en la digestión (la lactasa y otras enzimas intestinales están inmaduras en el recién nacido). Sus abundantes inmunoglobulinas cubren el endotelio del tubo digestivo evitando la adherencia de los patógenos. Facilita la colonización del tracto intestinal por lactobacilo bifidus. Contiene antioxidantes y quinonas que le protegen del daño oxidativo. Es rico en factores de crecimiento que estimulan la maduración del aparato digestivo y de los sistemas defensivos.⁸

Leche de transición. Es la leche que se produce entre el 4 y 15 día postparto. Entre el 4-6 día se produce un aumento brusco en la producción de leche (subida de la leche), que

sigue posteriormente aumentando hasta alcanzar un volumen de 600- 700 ml día entre los 15 y 30 días postparto. Esta leche es de composición intermedia y va variando día a día hasta alcanzar la composición de la leche madura.⁸

Leche madura. La leche madura tiene una gran variedad de componentes nutritivos y no nutritivos. El volumen promedio de leche madura producida por una mujer es de 700-900 ml/día durante los 6 primeros meses postparto. Si la madre tiene gemelos se producirá un volumen suficiente para cada uno de ellos. Cuando la lactancia involuciona pasa por una fase calostrual antes de desaparecer la secreción de leche.⁸

LACTANCIA MATERNA, LACTANCIA NATURAL. FACTORES DE LA PÉRDIDA DE UNA CULTURA

En torno al inicio del siglo XX se inicia el mayor experimento a gran escala en una especie animal y sin comprobaciones previas de los posibles resultados: a la especie humana se le cambia su forma de alimentación inicial: centenares de miles de niños pasan a ser alimentados con leche modificada de una especie distinta. Las consecuencias, que no se previeron, han sido desastrosas en el mundo expoliado (miles de muertos por infecciones y desnutrición) y muy graves y posiblemente no del todo conocidas en las sociedades enriquecidas de la tierra (aumento de enfermedades infecciosas e inmunitarias, de consultas médicas y de hospitalizaciones). Aún queriendo y con más conocimientos, no es fácil enmendar el yerro producido: en efecto, más de una generación de mujeres no han amamantado a sus hijos, interrumpiéndose la transmisión de conocimientos intergeneracional, perdiéndose una cultura.⁹

Pues bien, eso es lo que se ha perdido: la cultura del amamantamiento, de la crianza natural y, posiblemente, el vínculo afectivo natural entre madres e hijos. En esa pérdida intervienen fundamentalmente tres componentes:⁹

1. Modificaciones de la leche de vaca. Se conocen desde la antigüedad recipientes en forma de biberón que hablan de los intentos de alimentación de niños con leches de animales, pero no es hasta finales de 1800 en que el progreso de las ciencias, de la química en concreto, hizo que se empezasen a realizar modificaciones aceptables de la

leche de vaca: hasta entonces la mortalidad de niños alimentados con leches distintas a la de mujer era altísima (de orden superior al 90% en el primer año de vida).

2. Cambios sociológicos ocurridos en la era moderna de la sociedad industrial a lo largo de los siglos XIX y XX, entre ellos:

La incorporación de la mujer al trabajo asalariado hace ver el amamantamiento como un problema, derivándose inicialmente (siglo XIX) hacia la lactancia mercenaria, que se extiende hasta los estratos más humildes de la sociedad y posteriormente (siglo XX) hacia la lactancia artificial.

Un cierto espíritu de modernidad con creencia ciega en avances científico-técnicos, que hace que el pensamiento dominante acepte que todo lo artificial es mejor que lo natural, encuadrándose en esto la llamada “maternidad científica”.

Pensamiento feminista inicial con pretensión de la mujer de todos los comportamientos y valores del otro género, incluso los perjudiciales para la especie. La lactancia artificial es considerada como una liberación.

Enormes intereses económicos industriales.

Una participación activa de la clase sanitaria, fundamentalmente, médica, convencida inicialmente de las maravillas de la maternidad científica aunada a una cierta prepotencia que negaba cualquier posibilidad de intervención válida de las propias mujeres en su parto y en la crianza de sus hijos.

3. Desde hace millones de años, la especie a la que pertenecemos (homínidos) empezó a basar su triunfo adaptativo en una sutil y lenta modificación evolutiva de su cadera que le conduciría de la condición de cuadrúpedo a la bipedestación, con liberación de sus patas anteriores: lo que en términos adaptativos globales supone una mejora para la supervivencia de los homínidos, hace que el parto, de poca distocia en los primates, suela necesitar asistencia en los humanos, convirtiéndolo en una actividad social más que en un comportamiento solitario.

Hoy día, sobre todo en los países de economía emergente, no podemos invocar ni el feminismo, ni el trabajo asalariado de la mujer, ni la presión de la industria de sucedáneos como excusa para no aumentar la prevalencia de la lactancia. Por otra parte, tras los desastres causados por empleo perverso de la ciencia, lo artificial es denostado en beneficio de lo natural.¹⁰

Las primeras en reaccionar frente a esta situación fueron las propias mujeres:

Cecily Williams, pediatra que describió el kwashiokor en 1933, se oponía al uso generalizado de sustitutos de leche humana; en su conferencia *Milk and Murder*, pronunciada en 1939 en el Singapore Rotary Club atribuye a esa práctica miles de muertes de lactantes.^{9, 10}

En 1956, en pleno auge de la cultura del biberón, un grupo de mujeres de Chicago fundan La Liga de la Leche (LLL) para dar apoyo personal a mujeres que amamantasen. Hoy día constituye el más prestigioso grupo internacional de apoyo a la lactancia. En España existen más de 50 grupos de apoyo a la lactancia. Su éxito radica en la atención personalizada con base tanto en la propia experiencia como en la formación adquirida.⁹

Pequeños esfuerzos de promoción y apoyo, a cualquier nivel en la cadena de atención sanitaria, pueden verse recompensados con éxitos evidentes en la prevalencia y duración de la lactancia. La lactancia materna es un bien precioso que debemos recuperar por el bien de nuestra sociedad presente y futura. Aún respetando la decisión de la mujer sobre la forma de alimentar a su hijo, las bajas tasas de prevalencia de lactancia materna deben ser consideradas como un problema de Salud Pública y la balanza debe inclinarse a su recuperación progresiva. La gran presión de la industria y los diferentes condicionantes sociales que influyen negativamente sobre la lactancia materna, requieren una combinación integrada de Políticas de Salud para: Establecer estrategias de promoción, protección y apoyo. Exigir los cambios necesarios para conseguir comienzos más cálidos en las maternidades y el mantenimiento de la lactancia exclusiva los primeros 6 meses.⁹

Controlar el respeto de la legislación vigente sobre la comercialización de fórmulas artificiales. El desarrollo de intervenciones de Educación para la Salud y la formación

continuada de los profesionales sanitarios. La promoción y apoyo a los Grupos de autoayuda o grupos de madres.^{9, 10}

INCONVENIENTES DE LA LACTANCIA ARTIFICIAL

Los inconvenientes son: Menor vínculo afectivo, no tiene especificidad de especie, es menos digestiva. Mayor reflujo gastroesofágico. Retrasa la eliminación de meconio, enlentece la maduración intestinal, flora intestinal patógena. Mayor incidencia de caries, maloclusión y caída dental. Aumenta la incidencia y/o gravedad de las infecciones del lactante. Peor desarrollo intelectual.¹¹

Mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas: alergias, diabetes, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad celíaca, esclerosis múltiple, artritis crónica juvenil, obesidad, leucemia infantil y linfoma, hipertensión arterial e hipercolesterolemia. Mayor riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante. Existen evidencias científicas de que la alimentación con LA tiene repercusión sobre el bienestar y la salud del bebé.¹¹

El efecto beneficioso de la LM aumenta cuanto más prolongada es su duración. ¹¹

LA LACTANCIA MATERNA

Errores más comunes

Los bebés deben alimentarse de ambos pechos cada vez. Los bebés deben mamar diez minutos en cada toma, después sólo toman “aire”. Los bebés deben alimentarse de un solo pecho en cada ocasión. Para que el niño “aguante” la noche, hay que darle un biberón. Un biberón es una “ayuda” para la madre y permite que los pechos se llenen mejor. No se puede dar de mamar a gemelos. ⁹

Importancia de la postura

La succión frecuente ayuda a que la leche baje más pronto. Para que salga la leche se necesita la hormona oxitocina; la secreción de esta hormona va a estar influida, además de por la succión del bebé, por el estado de ánimo de la madre; es decir, que si la mujer está nerviosa, incómoda, se siente juzgada, triste o tiene dolor, la oxitocina dejará de producirse y, aunque haya leche, no saldrá fácilmente; por el contrario, si se siente apoyada, protegida y segura, la oxitocina se producirá y la leche fluirá generosamente.⁹

Primeros Problemas

Pezones planos o invertidos: No hay que preparar los pezones con ningún tratamiento de “fortalecimiento”, pero sí hay que informar y asesorar a la mujer de que podrá dar el pecho si lo desea, comenzando con un inicio precoz cuando el pecho esté aún blando, antes de la subida de la leche para que el bebé aprenda a agarrarse.¹³

Grietas del pezón: la lactancia no duele y si la mujer dice que siente dolor desde el principio de la succión se debe revisar la posible causa. El dolor de la grieta aparece cuando el niño coge el pecho y cede o se alivia mucho cuando lo suelta.¹³

Problemas que pueden aparecer en las primeras semanas

Ingurgitación mamaria: suele aparecer entre los días segundo y quinto tras el parto. Es más frecuente en los niños que no se han puesto a mamar desde el nacimiento y que no maman a demanda. La mujer suele presentar pechos muy congestionados, tensos, duros, dolorosos; la areola está tan tensa que al bebé le resulta muy difícil agarrarse. Puede aparecer febrícula o fiebre. La forma de tratarla es aliviar los síntomas vaciando el pecho, aplicando calor local con compresas calientes, una ducha, etc., y un masaje suave para facilitar el reflejo de bajada. A veces es necesario extraer leche hasta que la areola está menos tensa y el niño puede hacer un buen “agarre”. Para aliviar el dolor y la inflamación, tras la extracción o la toma de pecho, se utilizan compresas frías. No hay ningún inconveniente en tomar algún antiinflamatorio o analgésico; pero en estos casos no hay necesidad de utilizar antibióticos (ya que a veces se confunde con una mastitis), ni por supuesto retirar la lactancia.¹³

Conducto obstruido: Los conductos lácteos se obstruyen si la leche no fluye bien. Hay que mejorar la posición, conviene probar diferentes posturas de madre y niño para que se drene el conducto obstruido.¹³

Mastitis: La mujer suele presentar fiebre elevada, con sintomatología gripal y suele afectar a un solo pecho; el diagnóstico debe basarse en la clínica y en la búsqueda del microorganismo causante y administrar tratamiento antibiótico.¹³

Problemas de aparición más tardía

Candidiasis mamaria: Puede afectar a uno o ambos pechos. Se desencadena tanto por un problema de la madre como del niño. El dolor, que suele ser intenso, punzante y casi continuo “como alfileres clavándose por dentro”; puede aparecer cuando el niño está al inicio de la mamada, persistir o aumentar incluso al finalizar ésta, es decir, no va a tener relación ni con la postura ni con la mamada en general. Hay que tratar siempre el pecho y buscar otras posibles zonas de localización del hongo (boca del bebé, área del pañal, etc). El tratamiento debe ser prolongado ya que hay tendencia a las recaídas.¹³

Crisis o baches de lactancia: Se denominan así los momentos en los que, de forma inesperada, se produce una disminución de la producción de leche. Suele ser por momentos críticos que habitualmente coinciden con periodos de crecimiento del lactante, en general entre el mes y medio y los tres meses de vida, en los que el niño obtiene más cantidad de leche, aumentando la frecuencia de las tomas. También existen otras circunstancias, como el cansancio de la madre o por enfermedad de la madre o del niño.¹³

Rechazo del pecho y huelga de lactancia: En ambos casos, el niño “no quiere el pecho”; y la madre suele tener la sensación de que el niño “la rechaza a ella” o que su “leche no es buena o suficiente”; la diferencia entre una y otra situación son más sutiles. Algunos factores que se han relacionado con estas situaciones son: la mala postura, el retorno de la menstruación, cambios en el sabor de la leche por algún alimento, bebida o fármaco ingerido por la madre, cambios en el perfume o jabón de la madre, ansiedad materna, obstrucción nasal, etc.^{9, 13}

EXTRACCION DE LECHE MATERNA

Hay diversas circunstancias en las que la mujer puede necesitar sacarse la leche: Si el bebé ha de permanecer separado de su madre por ser prematuro o estar enfermo, para aliviar la ingurgitación mamaria, para mantener la secreción de leche, cuando temporalmente no es posible dar el pecho, para extraer la leche cuando no es posible dar el pecho en una toma determinada y cuando la madre se incorpore al trabajo. La extracción de leche puede hacerse de forma manual o con una bomba extractora. Se debe primero preparar el pecho para facilitar la extracción, estimulando la bajada la leche, para ello se deben seguir tres pasos: masajear, frotar y sacudir.⁹

OTRAS CONSIDERACIONES

Medicamentos y lactancia materna

En general, hay que saber que la gran mayoría de los medicamentos que puede necesitar una mujer lactante son inocuos y no contraindican la lactancia materna, como puede ser un analgésico o un antibiótico. Siempre que una madre precise tomar una medicación, el profesional debe preguntarse si es necesaria y si existe un medicamento, de similar acción, con ninguno o un mínimo efecto sobre el niño.¹⁴

El papel de los profesionales sanitarios

Todo profesional que atienda a mujeres o niños, pediatras, obstetras, médicos de familia, enfermeras, matronas, auxiliares, médicos residentes, etc., deben formarse en lactancia materna y actualizar sus conocimientos teóricos, prácticos y de asesoramiento a la madre en esta materia.¹⁴ En el entorno hospitalario se debe abandonar la práctica de separar a la madre de hijo; evitar el uso de suplementos a los recién nacidos que reciban lactancia natural, a menos que exista una indicación médica para ello, y evitar el uso de chupetes hasta que la lactancia no esté bien instaurada. Informar a la madre sobre recursos y grupos de apoyo en la zona. En bebés que requieran ingreso hospitalario, ofrecer apoyo en cuanto al derecho de recibir leche materna.^{9, 14}

Teniendo en cuenta que desde el embarazo hasta el primer año de vida del bebé los principales puntos críticos en relación con la lactancia son “la toma de decisión” y los 3-7 días posteriores al parto, éstos serán los principales puntos de intervención de los profesionales sanitarios.¹⁴

INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DE LOS NIÑOS (IHAN)

La Organización Mundial de la Salud y la UNICEF publicaron en el año 1989 una declaración conjunta sobre la “Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural”, en la que se plantea lo que se puede considerar el origen de la posterior iniciativa “Hospital amigo de los niños”. En el año 1991, la OMS y el UNICEF ponen en marcha la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN), con una estrategia de promoción basada en los diez pasos para una feliz lactancia natural.³ En este documento se enfatiza la necesidad de centrar la intervención en los servicios de atención a la salud y se resumen las prácticas de maternidad necesarias para el soporte de la alimentación al pecho, haciendo referencia a la atención perinatal y, concretamente, a los hospitales-maternidades, ya que se considera que mientras no mejoren las prácticas rutinarias de dichos servicios existirá un obstáculo importante para cualquier intento de promover la lactancia materna fuera de las instituciones de salud.³

UNICEF no es la única institución que trabaja en el apoyo a este tipo de lactancia, otras, como la Academia Americana de Pediatría (AAP), trabajan en una política sobre el amamantamiento que reconoce y refleja los grandes avances de los últimos años en los conocimientos científicos sobre los beneficios de la lactancia materna, donde se orienta a los profesionales sanitarios en el inicio y el mantenimiento de la misma. La Asociación Americana de Pediatría, en 1997, reconoció que los niños deben ser amamantados de forma exclusiva hasta los 6 meses, y continuar el amamantamiento con la introducción de la alimentación complementaria en el primer año. Puede prolongarse el amamantamiento hasta que madre e hijo lo deseen y deja claro que los profesionales sanitarios podrán fomentar mucho mejor este objetivo mientras más y mejor formados estén. Y ello respetando en todo momento la libre decisión de la mujer en la elección del tipo de alimentación de su bebé.^{12, 15}

EDUACION GRUPAL

Las técnicas grupales son un conjunto de medios y procedimientos, que aplicados en una situación de grupo, sirven para lograr un doble objetivo: productividad y gratificación grupal. Dicho en otros términos, el uso de técnicas grupales sirve para facilitar y estimular la acción del grupo en cuanto al conjunto de personas (lograr gratificación) y para que el grupo alcance de los objetivos y las metas que se han propuesto de la manera más eficaz posible (lograr productividad grupal). En este sentido la técnica grupal es la herramienta que permite solucionar problemas que se presentan en el interior del mismo.^{16, 17, 18, 19, 20}

Por otra parte, es necesario mencionar que un grupo es un conjunto de personas que interactúan entre sí en un contexto determinado. Este proceso de interacción se da en los grupos humanos a través de la comunicación. Por lo tanto, para que puedan utilizarse las técnicas grupales es necesario contar, como mínimo, con una situación o realidad de grupo, caracterizada por la existencia de un proceso de comunicación en el marco de un espacio y un tiempo determinados y con un objetivo definido, ya que para que exista un grupo, no solo basta la comunicación y la interacción en un contexto, es necesaria la presencia de un objetivo común que establezca en el grupo la direccionalidad de sus acciones.^{16, 17, 18, 19, 20}

ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN EDUCATIVA

Puesto que la mayoría de las mujeres deciden el tipo de alimentación para su bebé antes del parto, el programa de educación maternal propicia un entorno de promoción con aspectos educativos, que cuenta con la participación de diferentes profesionales (médico familiar, enfermería y trabajo social) y constituye una oportunidad única para informar no sólo a la embarazada, sino incluso a su entorno familiar; respetando siempre los derechos tanto de la madre como del niño. En el control de embarazo, el tipo de educación sirve para potenciar la información y en muchos casos para implicar al padre en el apoyo de la lactancia.¹⁴

En la labor de la acción comunitaria, se busca favorecer la participación de la población en distintas actividades de promoción de la salud para la comunidad. Con este propósito se implementa una estrategia de comunicación educativa que pretende propiciar la organización de las comunidades, promover la apropiación de los conocimientos en salud y favorecer la adopción de prácticas y entornos saludables en los distintos segmentos poblacionales (IMSS, 2009). Con ese objetivo se desarrollan mensajes preventivos con elementos de los enfoques de género y de interculturalidad con la idea de alentar la equidad en el acceso a los servicios de salud.²¹

La estrategia de comunicación educativa tiene la característica de ser desarrollada “por la gente y para la gente”, lo cual ha permitido construir un puente de comunicación entre la comunidad y los equipos de salud. Las bases teóricas que sustentan su operación se encuentran en el modelo de Comunicación Estratégica diseñado en la Escuela de Salud Pública de la Universidad John’s Hopkins de los Estados Unidos y difundido por la Agencia para el Desarrollo Internacional de ese país (USAID) en las distintas regiones de menor desarrollo económico donde brinda cooperación.²²

Dicho modelo comprende, en su aplicación, a la estrategia de comunicación educativa del Programa: un proceso de planeación que abarca el diseño, el establecimiento y la evaluación de intervenciones orientadas al cambio de normas sociales y de comportamientos individuales de riesgo. Sus intervenciones incluyen acciones de Información, Educación y Comunicación dirigidas tanto a las audiencias específicas (individuales y grupales) como a las comunitarias.²³

En las acciones de la estrategia de comunicación educativa hay tres vertientes complementarias de disseminación de mensajes que involucran distintos grados de participación comunitaria: la interpersonal, la grupal y la masiva.²¹

La vertiente *interpersonal* comprende visitas domiciliarias en la comunidad dirigidas a personas identificadas con riesgo o con necesidades específicas de orientación. También incluye sesiones de consejería de salud efectuadas por voluntarios entrenados, o bien, por el equipo médico en el área de consulta externa y hospitalización.²¹

La vertiente *grupal* abarca sesiones de información, formación y capacitación sobre temas específicos para fortalecer los conocimientos, modificar creencias y cambiar actitudes y prácticas. Estas sesiones se insertan en talleres comunitarios, asambleas comunales, actividades educativas, pláticas y jornadas comunitarias. Las sesiones de taller comunitario se desarrollan con un enfoque activo y vivencial, con el propósito de crear una dinámica de aprendizaje que propicie el conocimiento a través de la reflexión y el diálogo, a fin de fomentar la búsqueda y aplicación de nuevos estilos de vida. Las sesiones tienen el soporte de material didáctico impreso, sonoro y audiovisual en distintos idiomas y van dirigidas a segmentos de audiencia específicos y grupos considerados prioritarios en función de su vulnerabilidad ante la enfermedad.²¹

La vertiente *masiva* incluye actividades de información y comunicación que llegan a colectividades (desde una localidad específica hasta el nivel nacional) con el propósito de generar conciencia sobre problemas de salud y convocar a la participación solidaria. Dependiendo de su alcance, las actividades se llevan a cabo a través de radios comunitarias, televisión, educación vía satélite (EDUSAT), distribución de materiales impresos (carteles y folletos), perifoneo móvil o fijo y pinta de bardas, piedras y mantas, entre otros.²¹

Los resultados de las últimas evaluaciones externas sobre el impacto generado por el programa (del año 2004 al 2006) muestran un incremento continuo en la satisfacción de necesidades básicas de salud (superior al 40%), la disminución general de daños a la salud (mayor al 20%), la mejoría en la calidad de vida y el desarrollo humano, así como el incremento de la esperanza de vida derivada de la inversión en salud, entre otros. En tales evaluaciones, las acciones comunitarias tuvieron una efectividad creciente en favorecer el desarrollo humano de las comunidades (superior al 7%).^{21, 23, 24}

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la práctica médica se observa que la mayoría de las madres de la UMF 20 interrumpieron la alimentación materna de su bebé, para sustituirla por la lactancia artificial, han referido que lo hicieron “porque mi niño no se llena” o “no tengo leche suficiente”, entre otras causas, que esencialmente tienen un altísimo contenido de creencias y mitos falsos, lo cual se relaciona en gran medida en que no están informadas ni sensibilizadas con los beneficios y potencialidades que ofrece la leche materna. Por lo que surge la siguiente pregunta:

¿Cuál será el efecto de una estrategia educativa participativa en los conocimientos sobre lactancia materna en mujeres embarazadas?

III. OBJETIVOS

General

Evaluar el efecto de una estrategia educativa participativa sobre el conocimiento de lactancia materna en mujeres embarazadas.

Específicos

Identificar el grado de conocimiento de lactancia materna que tienen las mujeres que acuden atención prenatal.

Intervenir con una estrategia educativa participativa a un grupo experimental.

Comparar antes y después de la intervención educativa el grado de conocimiento.

Comparar el grado de conocimiento alcanzado en la estrategia educativa de las mujeres intervenidas con un grupo control donde se brinda educación bajo otro enfoque (Trabajo Social, Enfermera Materno Infantil y Consulta Externa).

IV. JUSTIFICACION

La lactancia materna exclusiva disminuye la morbilidad y mortalidad infantil, principalmente en los países en desarrollo.⁶ A pesar de los múltiples beneficios que ofrece este tipo de alimentación para el lactante, no parecen ser suficientes para las madres prolonguen su duración, observándose en México que su prevalencia se encuentra por debajo de lo logrado en otros países de América Latina.⁴

La lactancia materna refuerza los lazos afectivos en la familia, promueve el cuidado de los hijos, previene el maltrato infantil y retraso de nuevos embarazos. Con este

tipo de alimentación la familia obtiene ventaja económica al no gastar en leche artificial, biberones, envases etc., con un menor costo en la salud de sus integrantes, repercutiendo en todas las sociedades ya que disminuye la morbilidad infantil en el mundo y la mortalidad en los países en vías de desarrollo como el nuestro.¹⁴

Se ha demostrado que la educación durante el embarazo sobre aspectos teóricos y prácticos de la lactancia materna, tanto si es en grupo como si es individual, mejora los índices de lactancia durante la estancia en el hospital y en los primeros meses, especialmente en las primíparas.²⁵ Por tanto, hay que animar a las madres que hayan decidido lactar y a aquellas que estén en duda, a que acudan a clases de educación prenatal (en las que se dedique tiempo a la lactancia materna) o, si estas no existen o no les es posible asistir, a que contacten con profesionales con experiencia que puedan darles información o con grupos de apoyo, especialmente si son primíparas y mejor si lo hacen acompañadas de sus parejas.²⁶

El Médico Familiar puede y debe involucrarse con el resto de profesionales en esta educación prenatal, tanto ofreciéndose a participar en cursos prenatales, como proporcionando información individual en una o varias visitas prenatales con los futuros padres.

V. HIPOTESIS

Nula: No existen diferencias entre conocimientos adquiridos en la educación habitual en trabajo social, consulta externa y enfermera materno-infantil en comparación con el nuevo modelo educativo.

No existen cambios en el conocimiento después de una intervención educativa participativa.

Alternativa: Existen diferencias entre conocimientos adquiridos en la educación habitual en trabajo social, consulta externa y enfermera materno-infantil en comparación con un modelo educativo participativo.

Existen cambios en el conocimiento después de una intervención educativa participativa.

VI. SUJETOS, MATERIAL Y METODOS

1. **Lugar:** Unidad de Medicina Familiar No. 20 del IMSS, México, D.F.

2. **Tipo de estudio:**

Cuasi-experimental

Prospectivo

Longitudinal

Comparativo

3. **Grupos de estudio:**

Grupo experimental:

Criterios de inclusión. Pacientes que cursen cualquier trimestre de embarazo, acuden a control prenatal en la UMF 20 en turno matutino y vespertino.

Criterios de exclusión. Que hubieran recibido educación previa sobre lactancia materna o con trastorno cognitivos que imposibiliten contestar cuestionario

Criterios de eliminación Que no contestaran completamente el cuestionario.

Grupo control:

Inclusión. Pacientes que cursen cualquier trimestre de embarazo, acuden a control prenatal en la UMF 20 en turno matutino y vespertino, que hubiesen recibido capacitación por EMI, TS y CE.

Criterios de exclusión. Con trastorno cognitivos que imposibiliten contestar cuestionario

Criterios de eliminación. Que no contestaran completamente el cuestionario.

4. Tamaño de la muestra:

30 pacientes de grupo control distribuidas de la siguiente manera:

10 procedentes de consulta externa (CE)

10 procedentes de enfermera materno-infantil (EMI)

10 procedentes de trabajo social (TS)

11 pacientes de grupo experimental

5. Variables:

Independiente: Intervención educativa. Consistió en un taller grupal para proporcionar, a través de diversas modalidades y materiales didácticos, aplicando diferentes técnicas de enseñanza, los elementos teóricos y prácticos que permitieron crear en las embarazadas un ambiente de confianza, de entusiasmo y de creatividad, a favor de la construcción integral de conocimientos en las pacientes.

Así, comprender la forma en como se constituye un grupo, los factores que intervienen en los procesos grupales y la importancia de las técnicas grupales para favorecer los procesos de enseñanza y de aprendizaje.

Para descripción completa de metodología y material didáctico utilizado en el taller ver anexos.

Dependiente: Grado de conocimientos sobre lactancia materna. El conocimiento son hechos, o datos de información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto u objeto de la realidad. En este caso medimos conocimientos sobre lactancia materna a través de un cuestionario ex profeso de 28 ítems (ver anexos).

Para la medición utilizamos encuesta con una escala tipo Likert, que tiene la ventaja de que es fácil de construir y de aplicar, y, además, proporciona una buena base para una primera ordenación de los individuos en la característica que se mide.^{27, 28}

Tres criterios para la confección de los ítems de la escala:²⁷

1. Los ítems deben facilitar respuestas relacionadas con el fenómeno medido, aunque dicha relación no tiene porqué ser necesariamente manifiesta.
2. Cada ítem debe declarar no sólo las dos posturas extremas, sino también graduar las intermedias. A medida que la escala gane en sensibilidad, ganará también en precisión.
3. Los ítems deben ser fiables y seguros. La fiabilidad con frecuencia se logra a costa de la precisión. Cuanto más refinada es una medición, más probable es que en dos medidas repetidas obtengamos puntuaciones distintas.

6. Descripción del estudio:

Se formaron dos grupos, previo consentimiento informado³⁰, A (control) y B (experimental) de forma aleatoria, una vez identificadas las pacientes se les aplicó un instrumento de conocimientos básicos sobre lactancia materna; se dio la intervención educativa al grupo experimental, dicho instrumento se volvió a aplicar al término de las sesiones educativas (Figura 1).

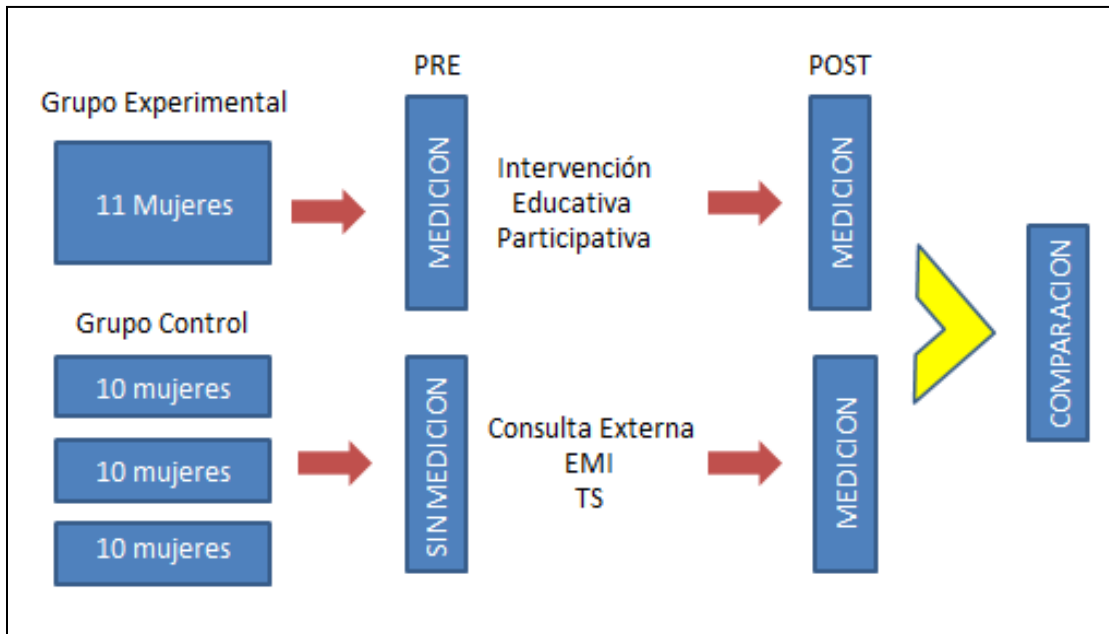


Figura 1. Descripción del estudio.

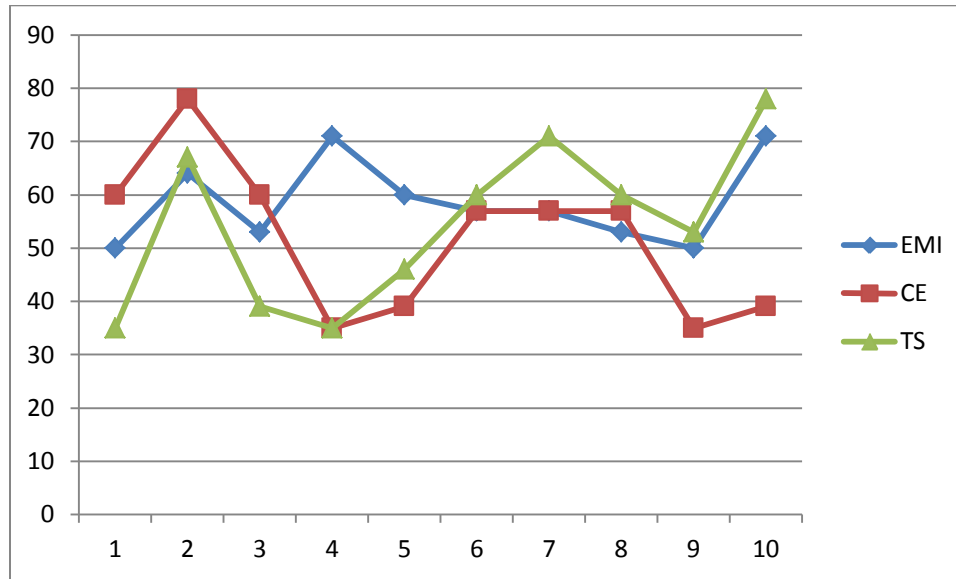
7. Análisis de datos:

Se utilizó estadística descriptiva y analítica con comparación de medianas e inferencial para determinar cambios en los diversos grupos (Kruskal Wallis y U de Mann Whitney) considerando significancia estadística con $P < 0.05$. Se utilizó el software SPSS 20.

VII. RESULTADOS

Se aplicó la estrategia a dos grupos, el grupo control estuvo conformado por n=10 mujeres que recibieron orientación habitual por la Enfermera Materno Infantil n=10 de Consulta Externa y n=10 Trabajo Social las cuales tuvieron promedio de calificaciones similares (Gráfico 1).

Gráfico 1. Calificaciones obtenidas en los tres grupos control (TS, EMI y CE).



En la siguiente tabla se muestra las medianas de las calificaciones obtenidas del grupo control posterior a sus intervenciones habituales.

Tabla 1. Medianas de los grupos control.

CONTROL	MEDIANA ACIERT	MEDIANA CALIF
EMI	16	57
CE	16	57
TS	16	56
TOTAL	16	57

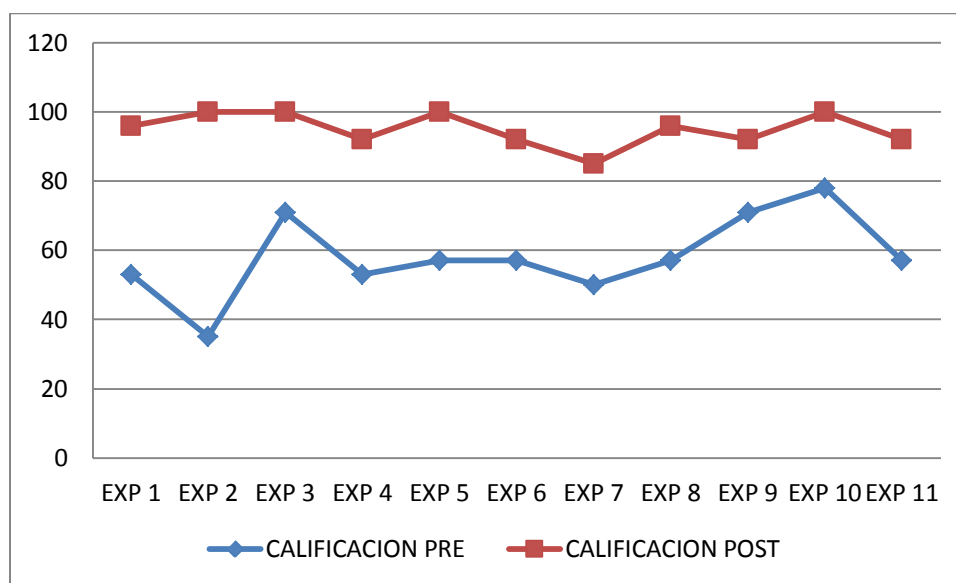
La prueba de las medianas de las calificaciones entre los controles y el grupo experimental sin intervención, no muestran diferencias estadísticamente significativas con $P = 0.631$, por lo que se determina que no hay diferencias en recibir orientación en ningún grupo sin intervención educativa participativa (Tabla 2).

Tabla 2. Prueba de las medianas de las calificaciones de los grupos control y experimental sin intervención.

	EXP PRE	CONTROL EMI	CONTROL CE	CONTROL TS		
	53	50	60	35		
	35	64	78	67		
	71	53	60	39		
	53	71	35	35		
	57	60	39	46		
	57	57	57	60		
	50	57	57	71		
	57	53	57	60		
	71	50	35	53		
	78	71	39	78		
	57					
MEDIANAS	57	57	57	56	P 0.631	Kruskal-Wallis

Las calificaciones del grupo experimental compuesto $n=11$ mujeres después de la aplicación de la intervención, fueron superiores (Gráfico 2).

Gráfico 2. Calificaciones del grupo experimental antes y después de la intervención.



En las siguientes tablas se muestran las medianas de las calificaciones de los controles y el grupo experimental sin intervención educativa (Tabla 3) y posterior a recibir dicha intervención, se destaca que son superiores (Tabla 4).

Tabla 3. Medianas del grupo control y experimental sin la intervención.

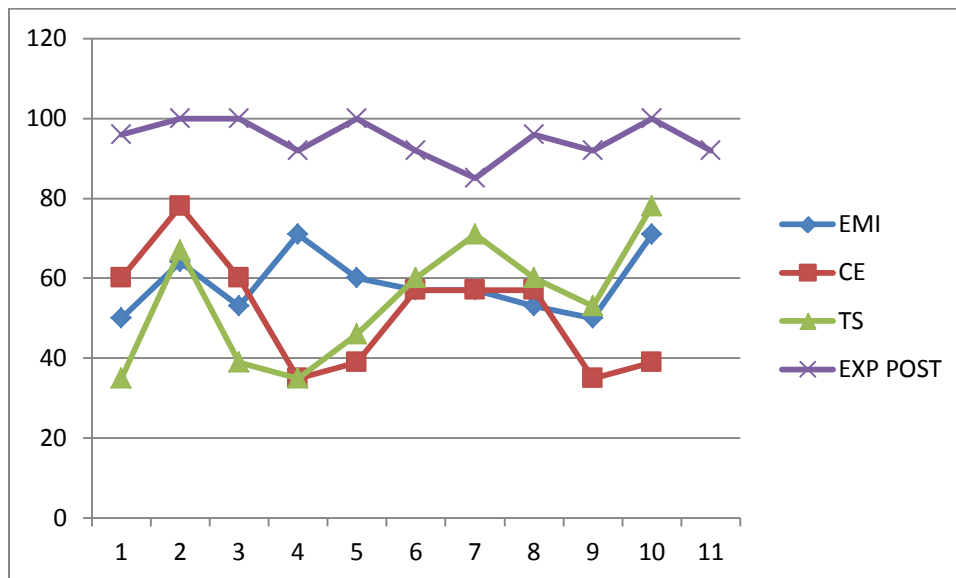
GRUPO	MEDIANA ACIERT	MEDIANA CALIF
CONTROL	16	57
EXPERIMENTAL	16	57

Tabla 4. Medianas del grupo control y medianas experimental después de la intervención.

GRUPO	MEDIANA ACIERT	MEDIANA CALIF
CONTROL	16	57
EXPERIMENTAL	27	96

Al comparar las calificaciones del grupo control y el experimental se observa que fueron más altas en el experimental después de recibir la intervención educativa participativa (Grafico 3).

Grafico 3. Comparación de calificaciones del grupo experimental post intervención y controles.



La prueba de las medianas de las calificaciones entre los grupos posterior a la intervención educativa es estadísticamente significativa con P 0.0001 (con un IC 95%), por lo que se determina que hay diferencia de los conocimientos adquiridos entre la estrategia educativa participativa aplicada, en comparación de la orientación prenatal habitual que reciben las embarazadas en trabajo social, consulta externa y enfermera materno-infantil (Tabla 5).

Tabla 5. Medianas de las calificaciones de los grupos Experimental, TS, CE y EMI.

	GRUPO EXP	CONTROL EMI	CONTROL CE	CONTROL TS		
	96	50	60	35		
	100	64	78	67		
	100	53	60	39		
	92	71	35	35		
	100	60	39	46		
	92	57	57	60		
	85	57	57	71		
	96	53	57	60		
	92	50	35	53		
	100	71	39	78		
	92					
MEDIANAS	96	57	57	56	P 0.0001	Kruskal-Wallis

La comparación de la prueba de las medianas de dos grupos de las calificaciones entre grupos Experimental vs EMI, Experimental vs TS y Experimental vs CE posterior a la intervención mostró diferencias estadísticamente significativas con P 0.00000567 (con IC 95%), pero idéntica entre cada comparación. Es decir, no existe ventaja entre recibir orientación habitual en trabajo social, enfermera materno-infantil o consulta externa y si hay ventaja con el nuevo modelo participativo aplicado (Tabla 6).

Tabla 6. Prueba de medianas de las calificaciones de dos grupos entre los grupos.

	GRUPO EXP	CONTROL EMI	CONTROL CE	CONTROL TS
	96	50	60	35
	100	64	78	67
	100	53	60	39
	92	71	35	35
	100	60	39	46
	92	57	57	60
	85	57	57	71
	96	53	57	60
	92	50	35	53
	100	71	39	78
	92			
MEDIANAS	96	57	57	56
U Mann Whitney	EXP vs EMI	P 0.00000567		
U Mann Whitney	EXP vs TS	P 0.00000567		
U Mann Whitney	EXP vs CE	P 0.00000567		

VIII. DISCUSION

A través de este estudio se demostró como después de una estrategia participativa el conocimiento sobre lactancia materna mejora en las mujeres gestantes y al comparar con las estrategias habituales no participativas que se otorgan como parte de la atención prenatal en el primer nivel de atención brindadas por la Enfermera Materno-Infantil, el grupo de autoayuda de Trabajo Social y el Medico Familiar en la Consulta Externa, existieron diferencias estadísticamente significativas

De interés cabe mencionar que no existen diferencias en el conocimiento entre las mujeres que reciben orientación por parte de estos grupos.

Muchos especialistas en Medicina Familiar comparten el criterio de que el conocimiento que posea la mujer sobre la lactancia materna, influye de manera positiva en la puesta en práctica de esa alimentación, lo que depende en gran medida de la información que reciban las gestantes.²⁹ Se ha demostrado que la educación durante el embarazo sobre aspectos teóricos y prácticos de la lactancia materna, tanto si es en grupo como individual, mejora los índices de lactancia durante la estancia en el hospital y en los primeros meses, en lo que el personal que labora en los servicios de salud tiene una alta responsabilidad en este aspecto.²⁵

En México, desde hace aproximadamente 20 años se han realizado diversos estudios que abordan la lectura crítica de investigación factual, comparando la estrategia educativa promotora de la participación y la tradicional pasiva, encontrando que grupos de alumnos a los cuales el sistema educativo consideraba irrecuperables debido a su bajo promedio escolar, fueron capaces de avanzar en la lectura crítica con estrategias educativas que promueven la participación.^{31, 32}

Investigaciones donde se ha comparado una estrategia promotora de la participación con una estrategia tradicional y la persistencia de la aptitud de lectura crítica a través del tiempo, han mostrado mayores alcances y persistencia del aprendizaje con la primera, en cuanto a la lectura crítica de informes de investigación clínica.³³

Desde el punto de vista participativo, la elaboración del conocimiento requiere de una actitud reflexiva del sujeto a partir de su propia experiencia, para que a través del debate y la confrontación de diversos enfoques epistemológicos, históricos, sociales, metodológicos, técnicos y observacionales del conocimiento, desarrolle y posteriormente consolide una postura que le permita diferenciar lo esclarecedor, relevante, válido, pertinente o fuerte de las realizaciones en cualquier campo del conocimiento, de aquello que no lo es; además de formular y proponer alternativas, producir obras o emprender acciones que superen el objeto de la crítica.³⁴

La lectura crítica desde la perspectiva participativa de la educación es una aptitud metodológica estrechamente unida a la experiencia, que permite ejercer la crítica, misma que se expresa en el individuo como una actitud hacia el cuestionamiento de los supuestos del conocimiento, que permite elaborar y reelaborar los conocimientos, al contrastar y confrontar las experiencias con las fuentes de información. Desde esta perspectiva, es una forma diferenciada de la experiencia y se convierte en un medio insustituible para fundamentar, orientar, cuestionar o replantear la experiencia. En este sentido, el lector es capaz de alcanzar diversos grados de desarrollo, lo que le permite ejercitar sus capacidades para interpretar, enjuiciar y proponer para la toma de decisiones. La crítica, desde esta perspectiva, se refiere al desarrollo de capacidades de análisis y reflexión, que permitan al residente tener argumentos más sólidos para formular propuestas que mejoren los planteamientos propios.³⁵

En conclusión, una estrategia educativa tipo participativo mejora el conocimiento acerca de la lactancia materna, sin embargo habría que realizar un seguimiento para conocer si estas mujeres lo llevan a la práctica al término de su embarazo y durante los seis primeros meses de vida de sus hijos; seguimientos y reforzamientos longitudinales para impactar de manera más intensiva; ampliar el tamaño de la muestra; hacer un control pre en el grupo experimental para conocer la línea de base, entre otras cosas.

IX. CONCLUSIONES

Al evaluar el efecto de una estrategia educativa participativa sobre el conocimiento de lactancia materna en mujeres embarazadas, se logró identificar el grado de conocimiento de lactancia materna que tienen las mujeres embarazadas que acuden atención prenatal en la UMF del IMSS.

Al comparar los conocimientos del grupo control de pacientes que reciben orientación en atención primaria, en los grupos de Trabajo Social, Enfermera Materno-Infantil y por parte del Médico Familiar en la Consulta Externa, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, por lo que no representa ventaja alguna acudir a orientación en cualquiera de estas opciones.

Tras intervenir con una estrategia educativa participativa a un grupo experimental, se encontró que los resultados fueron superiores en comparación con los grupos control de Trabajo Social, Enfermera Materno-Infantil y Consulta Externa, por lo que representa ventaja recibir este tipo de orientación dado que se aumento el grado de conocimientos significativamente.

Se comparó antes y después de la intervención el grado de conocimiento alcanzado en el grupo experimental y este fue superior después de la intervención educativa participativa en las mujeres embarazadas de este grupo.

X. COMENTARIOS Y SUGERENCIAS

Los conceptos erróneos de las madres y su confusión con respecto a las necesidades dietéticas y de saciedad de los lactantes, constituye a menudo la base de una relación madre-hijo anormal, que puede evitarse mediante un asesoramiento oportuno. La gran mayoría de las mujeres están físicamente capacitadas para la alimentación al pecho, siempre que reciban suficiente estímulo y fundamentalmente se les proteja de experiencias y comentarios desalentadores mediante la información completa, veraz y oportuna, así como también de alta calidad, mientras se establece la secreción láctea, se llegará al éxito de aumentar los índices de lactancia en nuestra UMF 20 y lógicamente en nuestro país.

Los resultados exponen con claridad que la educación habitual sobre lactancia materna en nuestra UMF 20 en consulta externa, servicio de enfermera materno-infantil y las intervenciones de trabajo social, resultan insuficientes y no otorgan todas las herramientas necesarias para que las gestantes tengan los conocimientos sobre dicho tema, que al final del embarazo las motive y cambien su actitud para llevar a cabo la lactancia exclusiva durante los primeros meses de vida de sus hijos.

Lo cual nos preocupa sobremanera tomando en cuenta la vital importancia por los beneficios que ofrece para el bebe y la madre. Se sigue sin reconocer que la alimentación del lactante con alimentos distintos de la leche humana representa un riesgo de morbilidad y mortalidad para los lactantes de nuestro entorno y sus madres, además de un gasto familiar y social innecesario, y del daño al medio ambiente que la producción y utilización de alimentos artificiales genera.

Recomendamos capacitar al personal involucrado en la educación prenatal de las pacientes de nuestra UMF 20 en la aplicación del taller realizado (ver anexos), que nos mostró su impacto y funcionalidad. Además, este modelo educativo pudiera ser implementado no solo en este tema, si no en cualquiera otro para capacitación del personal y los pacientes de nuestra UMF 20, así como también, hacerlo extensivo a otras Unidades de Medicina Familiar.

El presente estudio pudiera ser susceptible de otra investigación llevando a cabo el seguimiento de las pacientes del grupo experimental que utilizamos. Seguirlo durante los primeros seis meses de vida de sus bebés, para corroborar de que forma el impacto producido en ellas en el aspecto cognoscitivo y de actitud, influyó en el índice de lactancia materna.

XI. BIBLIOGRAFIA

1. WHO. Nutrition. Global databank on breastfeeding. WHO, Ginebra, 2003.
2. Organización Panamericana de la Salud. Mejorando la salud de los pueblos de las Américas. Washington, DC: OPS, 2002.
3. Organización Mundial de la Salud: Pruebas científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural. Ginebra, 1998.
4. González-Cossio. Breastfeeding practices in Mexico. Results from Second National Nutrition Survey. Salud Pub Mex 2003; 45:477-489.
5. Secretaría de Salud. Estadísticas Vitales en Niños y Adolescentes en México. Bol Med Hosp Infant de Mex. 2004; 61(4): 357-367.
6. Secretaría de Salud. Morbilidad 2003. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. 2004; 21(15): 1-3.
7. Neville, M. Studies in human lactation: milk volume and nutrient composition. Am J Clin Nutr. 1991; 54-81.
8. Lawrence RA. La lactancia materna. Una guía para la profesión médica. 4º ed. Madrid: Mosby/Doyma; 1996.
9. Lactancia Materna: Guía para profesionales. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Madrid, 2004. 439.
10. Martín Calama J, Lozano MJ, Lasarte JJ, Valero MT. La industria dietética y la promoción de la lactancia materna. Actual Nutric 1995; 21: 4-10.
11. León-Cava, N. Cuantificación de los Beneficios de la Lactancia Materna: Reseña de la Evidencia. Washington, D.C. OPS 2002. 118.
12. Wright A. Incremento de la lactancia materna en Estados Unidos. Pediatr Clin North Am (Ed Esp) 2001; 1: 1-12.
13. Colomer Revuelta C, Escribá Agüir V. ¿Qué influye en las decisiones sobre la lactancia? An Esp Pediatr 2000; 53(2): 167-8.
14. Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. Lactancia materna. Últimas evidencias. An Pediatr Contin 2003;1:175-180.
15. Royal College of Midwives. Consideraciones prenatales y postnatales. En: Lactancia Materna. Manual para profesionales. ACPAM, Barcelona, 1994; 57-72.
16. Chehaybar y Kuri, Edith, Técnicas para el aprendizaje grupal, Editorial Centro de Estudios sobre la Universidad, UNAM y Plaza y Valdés editores, México 2001.

17. Díaz Barriga Arceo, Frida y Hernández Rojas, Gerardo, Estrategias docentes para un aprendizaje significativo, Editorial McGraw-Hill, México 1998.
18. Reza Trocino, J. Carlos, El ABC del instructor, editorial Panorama, México 1994.
19. Zarzar Charur, Carlos, Habilidades básicas para la docencia, Editorial Patria, México 1999.
20. Fajardo Sánchez Evangelina L., Apuntes para el curso: Técnicas didácticas y manejo de grupo, México 2001.
21. Chávez Méndez, M. y col. "El Programa IMSS Oportunidades. Un acercamiento a su estrategia de comunicación educativa aplicada a un contexto de alta marginalidad". Estudios sobre las Culturas Contemporáneas. 2010. 31: 113-147.
22. Piotrow, PT. Kincaid, DL. "Strategic Communication for International Health Programs", en: R.E. Rice. C.K. Atkin, editors. *Public Communication Campaigns*. Thousand Oaks: Sage Publications, 2007. 249-266.
23. Gómez-Vinales, C., Herrera-Segura, J. E., Solano-Mejía, B. V. "Acciones integrales de salud en el Programa IMSS-Oportunidades", en: *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46 (2), 2008. 223-232.
24. Velásquez Díaz, G. "Organización y funcionamiento de los servicios de salud del programa IMSS Solidaridad". *Salud Pública México*, 1992. 652.
25. Pugin E, Valdes V, Labbok MH, Perez A, Aravena R. Does prenatal breastfeeding skills group education increase the effectiveness of a comprehensive breastfeeding promotion program? *J Hum Lact* 1996;12: 15-19.
26. Reifsnider E, Eckhardt D. Prenatal breastfeeding education: its effect on breastfeeding among WIC participants. *J Hum Lact* 1997;13:121-125.
27. Suumers, G. F. Medición de actitudes México, Trillas, 1976.
28. Torgerson, W. Theory and Methods of Scaling. New York, Wiley, 1965.
29. Brückner H. Lactar es amar. La Habana: Editorial Científico- Técnica, 2003:1-6.
30. Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación. Secretaría de Salud. México, 2010.
31. Vázquez, M. Infrán, H. Papel de la experiencia docente en estrategias educativas promotoras de la participación. *Rev Med IMSS* 2003; 41 (1): 23-29.
32. Espinosa AP, Viniegra VL. Efecto de una estrategia educativa sobre la lectura crítica de estudiantes de medicina. *Rev Invest Clin* 1994; 46:447-456.
33. Viniegra VL, Espinosa AP. Lectura crítica en grupos escogidos de estudiantes de medicina. *Rev Invest Clin* 1994; 46:407-415.

34. Viniegra VL. La investigación en la educación: Papel de la teoría y de la observación: Instituto Mexicano del Seguro Social; 1999. 35.
35. Viniegra VL, Aguilar ME. El proceso de conocimiento. En: Hacia otra concepción del currículo. Un camino alternativo para la formación de docentes- investigadores. México: Unidad de Investigación Educativa, IMSS; 2003. 24-61.

XII. ANEXOS

Taller de Lactancia Materna

¡Tómate la leche a pecho!

Dr. Augusto de Jesús Sánchez Arriola.

Introducción

Educación sobre la lactancia materna durante el embarazo. Se ha demostrado que la educación durante el embarazo sobre aspectos teóricos y prácticos de la lactancia materna, tanto si es en grupo como si es individual, mejora los índices de lactancia durante la estancia en el hospital y en los primeros meses, especialmente en las primíparas. Por tanto, hay que animar a las madres que hayan decidido lactar y a aquellas que estén en duda, a que acudan a clases de educación prenatal (en las que se dedique tiempo a la lactancia materna) o, si estas no existen o no les es posible asistir, a que contacten con profesionales con experiencia que puedan darles información o con grupos de apoyo, especialmente si son primíparas y mejor si lo hacen acompañadas de sus parejas. El Médico Familiar puede y debe involucrarse con el resto de profesionales en esta educación prenatal, tanto ofreciéndose a participar en cursos prenatales, como proporcionando información individual en una o varias visitas prenatales con los futuros padres.

Objetivo:

Aumentar el grado de conocimiento sobre aspectos teóricos y prácticos de la lactancia materna en el periodo prenatal y así poder mejorar los índices de lactancia materna.

Duración: 6 horas

Sesiones: 2 (3h cada una)

Temas incluidos:

Sesión 1

1. Definiciones de lactancia materna
2. Tipos de leche materna
3. Inicio y duración de la lactancia
4. Ventajas para el recién nacido
5. Ventajas para la madre

Sesión 2

6. Inconvenientes de lactancia artificial para la madre y recién nacido
7. Inconvenientes del uso del biberón
8. Técnica de amamantamiento correcto
9. Contraindicaciones, falsas contraindicaciones y medicamentos
10. Regreso al trabajo, extracción y conservación de la leche
11. Recomendaciones populares y mitos

Procedimiento:

<i>MOMENTO</i>	<i>DESCRIPCION</i>
SESION 1 (3h)	
1. Técnica: Presentación Tiempo: 5min.	El encuentro entre los participantes de un evento y el instructor marcan el inicio de una relación grupal. El primer contacto físico lo constituye la presentación, esto ayudará al instructor para el desarrollo de las sesiones.
2. Aplicación de encuesta de conocimientos sobre lactancia materna Tiempo: 15min	
2. Técnica: Pareja (manejo de grupo) Tiempo: 20min.	El instructor detalla la técnica: primeramente en tarjetas con sus nombres y colocadas en su ropa al frente. Todos los participantes forman un círculo en el centro del salón, el instructor indica formar parejas. Posteriormente las parejas se preguntan sus datos (nombre, escolaridad, puesto de trabajo, familia, pasatiempos, pareja ideal, entre otros). Posteriormente cada pareja presenta a su compañero (a). Ayuda a lograr entre los participantes un acercamiento agradable entre ellos.
3. Técnica: Conferencia Tiempo: 35min. Tema: Definiciones de lactancia materna. Tipos de leche materna. Inicio y duración de lactancia. Material: Diapositivas y video.	Exposición del tema ante un grupo, realizado por el instructor, permite obtener información, opiniones y conocimientos sobre el mismo. Desarrollando capacidades y habilidades del capacitando: análisis, síntesis y juicio crítico.
4. Técnica: Lectura comentada Tiempo: 35min. Material: Documento de ventajas de la lactancia para el recién nacido.	El instructor conduce al grupo hacia la lectura y análisis de un documento para lograr su comprensión propiciando la emisión de opiniones y comentarios por parte de los participantes. Esta técnica es dirigida hacia el área cognoscitiva y afectiva.
5. Receso Tiempo: 15min	
6. Técnica: Números Tiempo: 15min	El instructor forma equipos de dos participantes, coloca a los equipos en un extremo del salón, posteriormente menciona un número y los equipos corren al otro extremo y forman el número que se dijo y así varias veces. Esta técnica se sugiere para después del receso para activar al grupo.

<p>7. Técnica: Collage</p> <p>Tiempo: 40min Tema: Ventajas de lactancia para la madre. Material: Documento informativo, pizarrón y marcadores.</p>	<p>El instructor forma equipos, da indicaciones que cada equipo representará un collage del tema seleccionado previamente, usando documento informativo, realizara dibujos en el pizarrón. Posteriormente pasan a exponer con comentarios relacionados al tema.</p>
<p>SESION 2 (3h)</p>	
<p>1. Técnica: Lección</p> <p>Tiempo: 30min Tema: Inconvenientes de lactancia artificial para la madre y recién nacido. Inconvenientes del uso del biberón. Material: Diapositivas.</p>	<p>El instructor presenta un tema ante un grupo de participantes. El método consiste de introducción, sensibilización, consolidación, síntesis y regulación. Se relaciona lo que se ha aprendido con lo anteriormente adquirido.</p>
<p>2. Técnica: Demostrativa</p> <p>Tiempo: 30min. Tema: Técnica de amamantamiento correcta. Material: Imágenes de técnicas de amamantamiento.</p>	<p>Explicación ilustrada que permite enseñar cómo se ejecuta una operación, cómo se desarrolla una habilidad, cómo funciona un aparato o cómo se realiza una tarea.</p>
<p>3. Técnica: Lluvia de ideas</p> <p>Tiempo: 35min. Tema: Contraindicaciones, falsas contraindicaciones y medicamentos. Material: Diapositivas.</p>	<p>Permite la libre presentación del tema los integrantes del grupo, exponen libre y espontáneamente sus ideas. Se busca la producción de gran cantidad de datos, opiniones, soluciones, puntos de vista sobre el mismo asunto. Al final el instructor realiza las conclusiones. Técnica grupal dirigida hacia las áreas afectivas y cognitivas.</p>
<p>4.Receso Tiempo: 15min.</p>	
<p>5. Relajación Tiempo: 5min.</p>	<p>Ejercicio de relajación mediante estiramientos y respiración profunda para activar al grupo después del receso.</p>
<p>6. Técnica: Comercial</p> <p>Tiempo: 30min Tema: Regreso al trabajo, extracción y conservación de la leche. Material: Pizarrón, marcadores, documento informativo.</p>	<p>El instructor forma equipos, les informa sobre un tema y le da las siguientes instrucciones: van a diseñar y personificar un comercial con la finalidad de informar y vender la idea a los demás utilizando un pizarrón.</p>

<p>7. Técnica: Dramatización</p> <p>Tiempo: 35min. Tema: Recomendaciones populares y mitos.</p>	<p>Representación más o menos improvisadas por un grupo de personas, de una determinada situación en el campo de las relaciones humanas, se utiliza para proporcionar datos inmediatos sobre situaciones de interés para todo el grupo. Para después suscitar la discusión y la profundización del tema.</p>
<p>8. Agradecimientos y despedida</p>	
<p>9. Aplicación de encuesta de conocimientos sobre lactancia materna</p>	

BENEFICIOS DE LACTANCIA MATERNA PARA EL RECIEN NACIDO

PROTECCION CONTRA INFECCIONES

Los beneficios más importantes de la lactancia materna se observan en la salud del bebe, hay protección contra las infecciones y pueden prevenir la muerte.



Por lo tanto, dar lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del bebe, protege al niño contra las infecciones porque mejora sus defensas (sistema inmune).



Protege contra las siguientes infecciones:

Diarreas



Catarros e Infecciones del oído



Infecciones de orina



DESARROLLO INTELECTUAL Y DE MOVIMIENTOS

Los bebés que han recibido lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, tienen un mejor desarrollo de su cerebro y por eso pueden tener mejor inteligencia.



Si su cerebro se desarrolla bien, pueden realizar mejor todos sus movimientos y eventos importantes desde nacido hasta el año de edad cuando ya puede caminar.



ENFERMEDADES CRONICAS

Como otro beneficio se encuentra que la lactancia materna exclusiva puede protegerlo contra enfermedades cuando sea niño mayor y adulto.

Como las siguientes:

- Alergias
- Diabetes
- Cáncer en la sangre (Leucemia)
- Obesidad

ECONOMIA

La lactancia materna no provoca ningún gasto, esta disponible las 24h del día. Utilizar leche de bote es caro y el uso del biberón perjudica al bebé y es otro gasto.



REFERENCIA

León-Cava, N. Cuantificación de los Beneficios de la Lactancia Materna: Reseña de la Evidencia. Washington, D.C. OPS 2002. pp118.

BENEFICIOS DE LACTANCIA MATERNA PARA LAS MADRES

La lactancia materna es una etapa natural en la vida del ser humano y tiene muchas ventajas para el bebe, pero también tiene ventajas para las madres que son muy importantes.

Las ventajas son:

1. RECUPERACIÓN DE LA MATRIZ Y DISMINUCIÓN DEL SANGRADO DESPUES DEL NACIMIENTO DEL BEBE.



2. MEJORA DE LA ANEMIA Y AUMENTO DE RESERVAS DE HIERRO.



3. PÉRDIDA DE PESO Y RECUPERACIÓN DE LA SILUETA



4. MEJORA LA FUNCION DEL CALCIO EN LOS HUESOS



5. DISMINUYE RIESGO DE CANCER DE MAMA



6. VENTAJAS PSICOLOGICAS



7. VENTAJAS ECONOMICAS



REFERENCIA

Lactancia Materna: Guía para profesionales. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Madrid, 2004. pp439.

CONSERVACION DE LA LECHE Y EXTRACCION

La leche materna puede almacenarse a temperatura ambiente, refrigerada y congelada. El tiempo de almacenamiento depende de la temperatura de conservación.

TIEMPO Y TEMPERATURA

• Calostro

A temperatura ambiente 27-32° C
12 a 24 horas.

• Leche madura

A temperatura ambiente

A 15° C, 24 horas.
A 19-22° C, 10 horas.
A 25°, 4 a 8 horas.

En el Refrigerador

Entre 0 y 4°C, 8 días.

En el Congelador

En un congelador con puerta del mismo refrigerador:
2 semanas.

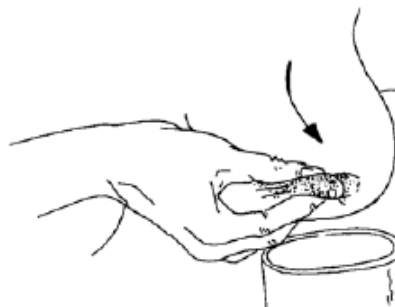
En un congelador pero con puerta separada:
3 a 4 meses.

En un congelador aparte, temperatura constante de
-19°C, 6 meses.

TECNICAS DE EXTRACCION

La extracción de leche materna puede ser necesaria en múltiples ocasiones a lo largo de la lactancia del bebé y puede ser la única forma para la madre que trabaja fuera de casa.

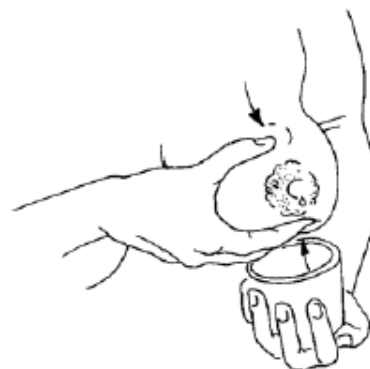
Las técnicas son las siguientes:



1. Extracción manual mediante compresión de la areola.



2. Compresión de la areola rotando los dedos.



3. Extracción manual mediante compresión con toda la mano.

REFERENCIA

Lactancia Materna: Guía para profesionales. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Madrid, 2004. pp439.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 20

ENCUESTA SOBRE LACTANCIA MATERNA

Número de Seguro Social:	
Nombre:	
Edad:	

Escolaridad (Marque con una X)

Analfabeta ()	Primaria ()	Secundaria ()	Bachillerato()	Licenciatura ()	Técnica ()
----------------	--------------	----------------	-----------------	------------------	-------------

A continuación marque con una "X" la respuesta que considere correcta.

1. La Lactancia Materna Exclusiva, consiste en dar pecho como único alimento, además de la posibilidad de dar vitaminas o medicamentos en caso necesario al bebe.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Total desacuerdo
----------------	------------	----------	---------------	------------------

2. Los principales tipos de leche que produce el pecho de la madre son el calostro y leche madura.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Total desacuerdo
----------------	------------	----------	---------------	------------------

3. La leche materna protege contra alergias, catarrros, diarreas e infecciones de orina.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Total desacuerdo
----------------	------------	----------	---------------	------------------

4. La lactancia materna puede proteger a mi hijo en un futuro contra Diabetes, Leucemia (cáncer en la sangre) y obesidad.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Total desacuerdo
----------------	------------	----------	---------------	------------------

5. Dar a mi bebe leche de bote le puede provocar enfermedad de reflujo.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Total desacuerdo
----------------	------------	----------	---------------	------------------

6. La lactancia materna ayuda a un mejor desarrollo intelectual de los bebes.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Total desacuerdo
----------------	------------	----------	---------------	------------------

7. Dar pecho a mayores de un año los hace malcriados.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Total desacuerdo
----------------	------------	----------	---------------	------------------

8. Tomar leche en biberón puede provocar caries, caída de dientes y maloclusión.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Total desacuerdo
----------------	------------	----------	---------------	------------------

9. La lactancia tiene beneficios importantes para las madres.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Total desacuerdo
----------------	------------	----------	---------------	------------------

10. Al dar pecho, la madre y el bebe están mas unidos y mas felices.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Total desacuerdo
----------------	------------	----------	---------------	------------------

11. Las madres que no dan pecho pueden padecer cáncer de mama.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Total desacuerdo
----------------	------------	----------	---------------	------------------

12. Se recomienda la lactancia materna exclusivamente por lo menos desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad del bebe.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Total desacuerdo
----------------	------------	----------	---------------	------------------

13. Después de los 6 meses la leche materna no alimenta.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Total desacuerdo
----------------	------------	----------	---------------	------------------

14. Los pechos pequeños o con pezones planos no son buenos para amamantar.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Total desacuerdo
----------------	------------	----------	---------------	------------------

15. Un biberón es una ayuda para la madre y permite que el pecho se llene mejor.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Total desacuerdo
----------------	------------	----------	---------------	------------------

16. Los niños necesitan tomar agua o biberones de leche artificial para que tengan líquidos suficientes.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Total desacuerdo
----------------	------------	----------	---------------	------------------

17. Para que el bebe aguante la noche hay que darle el biberón.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Total desacuerdo
----------------	------------	----------	---------------	------------------

18. La cantidad de leche será mayor entre más veces se de el pecho.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Total desacuerdo
----------------	------------	----------	---------------	------------------

19. Siempre que el pecho esta inflamado es que hay infección.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Total desacuerdo
----------------	------------	----------	---------------	------------------

20. Hay que lavar los pezones antes y después de amamantar.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Total desacuerdo
----------------	------------	----------	---------------	------------------

21. Al dar pecho lo más importante es que el niño quede con su boca de frente y a la altura del pecho sin girar ni mover el cuello.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Total desacuerdo
----------------	------------	----------	---------------	------------------

22. Si la madre toma cualquier medicamento se debe suspender la lactancia.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Total desacuerdo
----------------	------------	----------	---------------	------------------

23. Si la madre tiene cualquier enfermedad debe suspender la lactancia.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Total desacuerdo
----------------	------------	----------	---------------	------------------

24. Para aumentar la producción de leche se debe tomar atole (avena, ajonjolí, alpiste u otro).

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Total desacuerdo
----------------	------------	----------	---------------	------------------

25. Si trabaja la madre, al regresar a sus labores debe suspender la lactancia.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Total desacuerdo
----------------	------------	----------	---------------	------------------

26. La leche materna se echa a perder enseguida de sacarla.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Total desacuerdo
----------------	------------	----------	---------------	------------------

27. Siempre que el bebe llora es porque tiene hambre.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Total desacuerdo
----------------	------------	----------	---------------	------------------

28. Yo recomendaría a todas las madres dar pecho a sus bebes como único alimento durante los primeros 6 meses de vida.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Indecisa	En desacuerdo	Total desacuerdo
----------------	------------	----------	---------------	------------------

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN
EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

El objetivo del estudio es: Determinar el grado de conocimientos acerca de la lactancia materna exclusiva adquiridos a través del Médico familiar, Enfermera Materno-Infantil y Trabajo Social.

Se me ha explicado que mi participación consistirá: si usted acepta a participar ocurrirá lo siguiente:

Lugar y fecha	El estudio se realizará en la Unidad de Medicina Familiar No. 20. Distrito Federal, a ____ del mes ____ del 2012.
Por medio de la presente autorizo	_____
participar en el protocolo de investigación titulado	“Efecto de una estrategia educativa participativa en el conocimiento de lactancia materna en mujeres embarazadas”
Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:	3404

1. Se me informará y pedirá el consentimiento informado para la realización de un estudio de investigación.
2. Llenar una encuesta sobre conocimientos de lactancia materna.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles inconvenientes y beneficios derivados de mi participación en el estudio.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio. Los resultados del presente estudio contribuirán a detectar la calidad y grado de orientación y conocimientos otorgados por el personal de salud, en caso de detectarse falla en la orientación habitual, podrá orientarse para el cambio en el modelo educativo.

El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento relacionado con los datos obtenidos con el estudio, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación (en su caso).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello me afecte.

El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones y/o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar mi parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

<hr style="width: 30%; margin: auto;"/> NOMBRE Y FIRMA	Dra. María del Carmen Aguirre García Mat. 10859357 NOMBRE, FIRMA Y MATRICULA DEL INVESTIGADOR RESPONSABLE
	Dr. Augusto de Jesús Sánchez Arriola NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA QUE OBTUVO EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Número (s) telefónico (s) al (los) cual (es) puede comunicarse en caso de presentarse emergencias, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: 08:00 a 15:00 h. De Lunes a Viernes al teléfono 53331100. Extensión 15320, en la Coordinación de Educación de Salud en la Unidad de Medicina Familiar No. 20, Distrito federal, IMSS.

Mi firma como testigo certifica que el/la participante firmo este formato de consentimiento informado en mi presencia, de manera voluntaria.

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 1	LUGAR Y FECHA
NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO 2	LUGAR Y FECHA