



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20

**“DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA POSTERIOR A
UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA EN MUJERES EMBARAZADAS EN LA
UMF No. 20”**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. ARRIAGA LARIOS ANAYELI

TUTOR:

DR. MÁXIMO ALEJANDRO GARCÍA FLORES



GENERACIÓN: 2012-2015

MÉXICO, D.F.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

TUTOR:

DR. MÀXIMO ALEJANDRO GARCÍA FLORES
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORD. CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF20, VALLEJO

Vo. Bo

DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA
MEDICA ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DEL CURSO
DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UMF20, VALLEJO

Vo. Bo

DRA. SANTA VEGA MENDOZA
MEDICA ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO
DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UMF20, VALLEJO

DEDICATORIAS

Dedico este trabajo y lo que él significa en esta etapa de mi carrera profesional, a mis padres Adolfo Arriaga Villegas quien siempre me apoyo y demostró que mi educación estuvo antes que nada.

A mi Madre Marilú Larios Morales, por ser mi amiga, mi madre y ahora mi ángel que en donde este seguramente está muy orgullosa de lo que hemos logrado. Por su amor, por creer y confiar en mi desde el inicio.

A mis hermanos Alma, Adolfo, Jesús, Yazmin por su apoyo incondicional, comprensión y ayuda para superar las crisis familiares a lo largo de mi vida.

A mis sobrinos Israel, Adolfo, Brendita, Erick, Yael, Emiliano por darme luz y esperanza en los momentos más difíciles.

A los tíos y tías que me apoyaron durante todos estos años.

A todos ellos que sepan que este logro no solo es mío también es de ellos.

AGRADECIMIENTOS

Antes que nada a Dios pues nunca me has desamparado, me has llevado de tu mano guiándome por este camino sin dejarme caer aun los caminos más precipitados, logrando así vencer todos los obstáculos que me pusiste para valorar el regalo tan grande que me has dado y, hoy señor me permites cumplir una de las metas que me propuse en la vida.

A mis profesoras por su enseñanza, por apoyarme no solo en lo académico, sino también en los momentos más difíciles, de forma especial: a la Dra. Santa Mendoza por apoyarme sin tener la obligación a la realización de la presente tesis.

Dra. María del Carmen Aguirre García por ayudarme a la realización completa de mi protocolo de investigación, así como su apoyo en lo emocional, enseñando como crecer como persona en sus clases de terapia familiar.

A mis compañeras de carrera y sueños: Sharon, Cristina y Saudí por siempre estar ahí en los momentos de risas y sobre todo en los momentos más difíciles.

En general a todos mis compañeros de residencia con los cuales pase momentos muy agradables, por el apoyo mutuo. En especial a esta última rotación.

A los médicos que forman parte del programa operativo durante los tres años de la carrera por sus conocimientos que me hicieron crecer a nivel profesional.

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Página
TITULO	
RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
OBJETIVO	11
HIPÓTESIS	12
MATERIAL Y MÉTODOS	13
RESULTADOS	19
DISCUSIÓN	28
CONCLUSIONES	32
RECOMENDACIONES	33
REFERENCIAS	34
ANEXOS	38

**“DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA
POSTERIOR A UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA EN MUJERES
EMBARAZADAS EN LA UMF No. 20.”**

DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA POSTERIOR A UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA EN MUJERES EMBARAZADAS EN LA UMF No. 20.

Arriaga-Larios Anayeli¹, García-Flores Máximo Alejandro²

¹Médica Residente de 3er en Medicina Familiar, UMF20, IMSS.

²Médico Familiar UMF20

Introducción: El inicio y continuidad de la lactancia materna ha disminuido en los últimos años hasta un 14.5% en México. **Objetivo:** Evaluar duración de la lactancia materna posterior a una estrategia educativa en mujeres embarazadas en la UMF No.20. **Material y Métodos:** Estudio cuasi experimental, en 2 grupos de embarazadas del tercer trimestre, 20 con capacitación y 20 sin capacitación; ambos grupos en seguimiento posnatal 2, 4 y 6 meses para valorar lactancia. Análisis descriptivo e inferencial: U de Mann-Whitney y Wilcoxon **Resultados:** Embarazadas con capacitación edad 26.9±5.9 años, predominio 26-30 años 45%, casadas 45%; licenciatura 35%, trabajadoras 40%. Embarazadas sin capacitación edad 27.55±5.6 años, de 31-35 años 35%, casadas 60%, con secundaria 40%. Al inicio embarazadas con capacitación 85% con conocimientos insuficientes posterior a la capacitación 50% con conocimiento suficiente (p= Wilcoxon 0.00). Embarazadas sin capacitación al inicio 60% conocimientos insuficientes, 40% suficientes (p= Wilcoxon 1.00). U de Mann-Whitney (p= 0.00). La incorporación laboral es principal causa de abandono en ambos grupos (10 y 30%). La duración de la lactancia materna en capacitadas 80% lacto a 2 meses; 65% 4 meses y 55% 6 meses. En no capacitadas lacto 75% 2 meses, 35% 4 meses y 25% 6 meses. **Conclusiones:** Se observo que a mayor información más duración de la lactancia.

Palabras Clave: Lactancia materna exhaustiva. Beneficios. Estrategia.

DURATION OF THE SUCKLING LYING-IN HOSPITAL PROPRIETARY LATER AT A STRATEGY EDUCATIONAL AT WOMEN IMPREGNATED ON THE UMF No. 20.

Arriaga-Larios Anayeli¹, García-Flores Máximo Alejandro²

1Médica Resident of 3er in Familiar Medicine, UMF20, IMSS.

2 Familiar Doctor UMF201

Introduction: The beginning and continuity of the mother lactation has diminished in the ultimate years up to 14.5% in México. **Target:** To evaluate duration of the mother lactation later to an educational strategy in women embarrassed in the UMF Not 20. **Material and Methods:** I study cuasi experimentally, in 2 groups of pregnant women of the third quarter, 20 with training and 20 without training; both groups in follow-up posnatal 2, 4 and 6 months to value lactation. **Descriptive analysis and inferencial:** Or of Mann-Whitney and Wilcoxon **Result:** Pregnant women with training age 26.9 ± 5.9 years, I predominate 26-30 years over 45 %, married 45 %; master 35 %, workers 40 %. Pregnant women without training age 27.55 ± 5.6 years, of 31-35 years 35 %, married 60 %, with secondary 40 %. To the beginning embarrassed with training 85 % with insufficient knowledge later to the training 50 % with sufficient knowledge ($p = \text{Wilcoxon } 0.00$). Pregnant women without training to the beginning 60 % insufficient knowledge, 40 sufficient % ($p = \text{Wilcoxon } 1.00$). U of Mann-Whitney ($p = 0.00$). The labor incorporation is a principal reason of abandon in both groups (10 and 30 %). The duration of the mother lactation in qualified 80 % I suckle to 2 months; 65 % 4 months and 55 % 6 months. In not qualified I nurse 75 % 2 months, 35 % 4 months and 25 % 6 months. **Conclusions:** Itself I observe which to larger information further duration of the suckling.

Key words: Comprehensive breastfeeding. Benefits. Strategy

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida de un niño se estima que ahorra entre 450 y 800 millones de dólares en servicios de salud en los Estados Unidos. También se encuentra un importante ahorro económico por concepto de utensilios, gastos en la agricultura e industrialización de la leche. En el plano doméstico, suprime la necesidad de comprar leche en fórmula, biberones, aparatos esterilizadores, etc. Se estima que la alimentación adecuada del bebé con leche artificial durante el primer año de vida cuesta entre 200 y 300 dólares mensuales. Así mismo el aumentar la lactancia materna ayudaría al medio ambiente ya que, por cada 3,000 bebés alimentados con fórmula se desechan 70,000 toneladas de aluminio que no se reciclan. Al consumir gas para esterilizar biberones y hervir agua se gasta un recurso no renovable.¹

Por lo que el iniciar estrategias educativas durante el embarazo a las futuras madres es de vital importancia pues aumentaría la incidencia y duración de la lactancia, lo que llevaría consigo disminución de enfermedades tanto agudas como crónicas en los lactantes, y de la misma manera al disminuir el uso de formulas y materiales necesarios para esas prácticas se disminuirían costos tanto familiares como a nivel de los sectores de salud.²

Estudios de eficacia en función de los costos de la lactancia materna realizados en Brasil, Honduras y México de 1992 a 1994, fueron emprendidos para comprender la relación entre lo que se sabe acerca de los beneficios sanitarios y nutricionales de la lactancia materna y el costo - eficacia de la promoción de dicha lactancia. Sus resultados mostraron que la promoción de la lactancia materna a través de servicios de maternidad no sólo da como resultado un notable aumento en la duración del período en que se alimenta al bebé exclusivamente con leche materna, sino que es también una de las intervenciones más eficaces en función de los costos para mejorar la salud de lactantes y niños.

El profesional de la salud tiene un papel fundamental en la promoción de la lactancia materna y por ello deben estar capacitado y formado para poder transmitir a las madres determinación, seguridad y, en definitiva, la confianza necesaria para que inicie y continúe con la lactancia materna. Muchos de los programas prenatales incluyen ahora información sobre las ventajas de la leche materna, lo que podría ser ampliado para asegurar que a todos los padres se les dé información sobre el uso adecuado y seguro la lactancia materna así como del almacenamiento de la misma.

ANTECEDENTES

La lactancia materna es un alimento idóneo y su composición la ideal para el mejor crecimiento, desarrollo y maduración durante los seis primeros meses de vida.³ De acuerdo con la OMS la Lactancia Materna Exclusiva es el tipo de alimentación en la cual se ofrece exclusivamente pecho materno para alimentar a los/as niños/as sin agregar ningún otro tipo de alimento^{4,5}.

Hoy en día es importante dar a conocer la prevalencia actual a nivel mundial de la lactancia materna ya que esta ha aumentado en casi todas las regiones en desarrollo, con la mejora más importante observada en África Occidental y Central. A pesar de la importancia bien conocida de la lactancia materna exclusiva, la práctica no está muy extendida en el mundo si no solo en algunas partes. Los programas de nutrición infantil siguen necesitando inversiones y compromisos para mejorar las prácticas de alimentación infantil con el fin de garantizar el máximo impacto en la vida de los niños⁶.

A nivel mundial en España se encontró que el porcentaje de inicio de la lactancia fue 63.5%, son unas cifras aceptables, sin embargo estas disminuyeron rápidamente, de tal modo que a los 3 meses del parto más del 40% de las madres abandonaron dicha práctica, y para el sexto mes solo el 22.6% continuaba practicándola⁷.

En México, el INEGI 2009 reporta que la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 encontró que 23.2% de los niños y 20.1% de las niñas son amamantados de 4 a 5 meses, lo que significa que están dentro de las recomendaciones internacionales; 33% de los varones y 36.3% de las mujeres son destetados tempranamente (en el primer trimestre), y 43.8% de los pequeños frente a 43.6% de las niñas toman leche tardíamente (de 6 a 12 meses). En México, *la Encuesta Nacional del Seguro Médico para una Nueva Generación en 2009*, encontró que menos de la mitad (43.2%) de los niños, recibieron únicamente leche materna en sus primeros tres días a pesar de que la OPS/OMS recomienda la lactancia materna exclusiva para los primeros 6 meses de vida.^{8,9}

En México, las entidades federativas con la prevalencia más alta son; Guerrero (96.8) y Yucatán (96.6), mientras que para las niñas; Hidalgo (96.1) y Puebla (95.9). Por otro lado, los estados con las prevalencias más bajas en varones son Tamaulipas (82.4) y Chihuahua (81.5); y para las niñas, Chihuahua (85.1) y Baja California (82.6)⁹.

Las encuestas más reciente refieren que la duración de la lactancia materna en México es de cerca de 10 meses; cifra estable en las tres encuestas de nutrición y salud de 1999, 2006 y 2012 (9.7, 10.4 y 10.2 meses respectivamente). El resto de indicadores de LM indican un franco deterioro de la LM. El porcentaje de LM exclusiva en menores de seis meses (LME<6m) bajó entre el 2006 y 2012, de 22.3% a 14.5% y fue dramático en medio rural, donde descendió a la mitad (36.9% a 18.5%).¹⁰

Ventajas de la lactancia materna

Estas las podemos dividir en varios rubros dentro de los cuales se encuentran los siguientes:

Componentes de la lactancia materna: El tamaño y la forma de la mama son muy variables. La lactancia materna brinda ventajas a corto y a largo plazo, tanto al niño como a la madre, incluyendo la protección del niño frente a una variedad de problemas agudos y crónicos¹¹.

El proceso de la lactancia se da en pasos iniciándose a partir del tercer mes de gestación con el precalostro formado por un exudado del plasma, compuesto por células, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbúmina, sodio, cloro y una pequeña cantidad de lactosa. Seguido del Calostro el cual se produce desde el ultimo trimestre de embarazo y en los primeros 5 días después del parto. El cual es rico en componentes inmunes, lactoferrina, leucocitos, vitaminas liposolubles, antioxidantes, así como sodio, potasio y cloro. Posteriormente se forma la Leche Transicional que se produce entre el 4 y 15 día postparto. Por último la Leche Madura la cual se produce a partir de la tercera semana. El volumen promedio de leche madura producida por una mujer es de 700-900 ml/día durante los 6 primeros meses postparto.¹¹

Para el hijo (a): Le asegura al lactante crecimiento lineal y neurodesarrollo óptimos y puede tener efectos protectores a largo plazo contra enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad así como atipia y asma^{12,13,14}. Se ha documentado que disminuye algunos tipos de cáncer ya que en estudios se sugiere que los niños que no son amamantados a corto plazo tienen un riesgo más alto que aquellos amamantados durante ≥ 6 meses después de desarrollar la enfermedad de Hodgkin, por otra parte también disminuye el riesgo de presentar obesidad y diabetes mellitus tipo 1^{16,17,18}. En varios estudios la lactancia materna ha demostrado reducir la morbilidad y la mortalidad por enfermedades infecciosas gastrointestinales y respiratorias los niños². Los niños que son amamantados durante un promedio entre siete y nueve meses tienen seis puntos más de IQ que los niños que reciben leche materna por menos de un mes.¹⁹

En las madres: Las madres que lactan exclusivamente por seis meses presentan amenorrea más prolongada, pérdida de peso postparto en forma más temprana y menor riesgo de anemia, de cáncer de mama y ovario²⁰,²¹. Recientemente se asocia leche materna con la producción de una sustancia denominada HAMLET (alfa lactoalbúmina humana letal contra tumores) para la prevención de 40 diferentes tipos de células cancerosas²². El efecto anticonceptivo de la lactancia materna no se valoraba, debido a que algunas madres se embarazaban estando aún amamantando. Sin embargo, se ha demostrado que el efecto de espaciamiento es "dosis dependiente"; esto es a mayor succión, mayor producción de prolactina y por consiguiente mayor efecto anovulatorio y amenorrea de la lactancia.²²

Familiar y social: fomenta la unión ya que la lactancia no es responsabilidad sólo de la madre, el padre debe darle apoyo, compañía y estímulo. Es un momento propicio para compartir con los otros hermanos y hermanas, brindando compañía al recién nacido y al mismo tiempo cariño y protección. Por lo que refuerza los lazos afectivos, promueve el cuidado de los hijos, previene el maltrato infantil²³.

Económicas. La lactancia materna hace importante el ahorro económico por concepto de utensilios, gastos en la agricultura e industrialización de la leche, ya que elimina necesidad de comprar leche en fórmula, biberones, aparatos esterilizadores, etc. Se estima que la alimentación adecuada del bebé con leche artificial durante el primer año de vida cuesta entre 200 y 300 dólares mensuales, lo cual en muchos países representa el 15 al 40% de los ingresos per cápita de una familia. Resulta mucho más barato suplementar la dieta de la madre y mejorar su estado nutricional y con ello garantizar la producción de leche de buena calidad^{1,24}.

Medioambiente. En el mundo que ahora vivimos vemos la abundante contaminación que se estado acumulando. La lactancia artificial por cada 3,000 bebés alimentados con fórmula se desecha 70,000 toneladas de aluminio que no se reciclan. Al consumir gas para esterilizar biberones y hervir agua se gasta un recurso no renovable.¹

Lactancia artificial

Las fórmulas para lactantes, tal como las conocemos actualmente tienen muchas desventajas, estas comenzaron a producirse industrialmente en los años cincuenta. A medida que hemos ido conociendo mejor las necesidades nutricionales del lactante, se ha ido modificando su composición.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), clasifica a las leches artificiales de la siguiente manera:

- Fórmulas de inicio (infantes de 0 a 6 meses).
- Fórmulas de continuación (niños de 6 a 12 meses)
- Fórmulas de crecimiento (niños mayores de 1 año)

Dentro de sus desventajas se encuentran un sin número de ellas dentro de las que podemos citar un mayor riesgo a enfermedades alérgicas, por el tipo de proteínas que las componen así como otras infecciones y enfermedades crónicas; como diabetes, alteraciones intestinales, artritis, leucemias entre otras, claro sin omitir todas aquellas repercusiones a nivel vínculo madre e hijo así como de la familia y nivel económico²⁵.

Estudios en a nivel mundial muestran que a pesar de los esfuerzos que hace la industria por obtener productos similares a la leche materna, las fórmulas artificiales están todavía alejadas de asemejarse a ella; sin embargo, esto no supone abandonar las investigaciones al respecto, por el contrario promueve a proseguir en la mejora de la calidad de dichas fórmulas²⁶.

Contraindicaciones

1. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Se ha demostrado la transmisión del VIH tipo 1 por la leche materna. Sin embargo, la OMS recomienda que en países en vías de desarrollo las madres infectadas por VIH mantengan la alimentación al pecho, ya que sus beneficios superan el riesgo de transmitir el virus¹.
2. El consumo de drogas como heroína, cocaína, anfetamina y marihuana. La bromocriptina y la cabergolina usada para el tratamiento de los prolactinomas también contraindican la lactancia materna.¹

Frecuencia y duración de las tomas

Se recomienda darles pecho a los niños a libre demanda, esto significa que se debe darle el pecho siempre que lo reclame. Un recién nacido no tiene horario, pero poco a poco irá cogiendo el hábito del tiempo. Para facilitar esta adaptación, es recomendable que el niño pase el mayor tiempo posible con la madre, empezando por la estancia en la clínica. Hay niños muy tranquilos que duermen profundamente y no piden comer. En estos casos, se recomienda despertarles cada 3-4 horas para ofrecerles el pecho.²⁰

Información y recomendaciones generales

*La alimentación de la madre debería ser sana y variada: no hay alimentos contraindicados y se aconseja ingerir mucho líquido (agua, zumos naturales y leche).

*Durante el primer y segundo mes, el recién nacido puede mamar entre 6-12 veces al día: en general, el número y duración de las tomas empieza a disminuir a partir del tercer o cuarto mes de vida del bebé.

La OMS recomienda que a los seis meses (180 días) se empiece a dar a los lactantes alimentos complementarios, además de leche materna: 2-3 veces al día entre los 6 y 8 meses de edad, y 3 veces al día más un refrigerio nutritivo de los 9 a los 11 meses. Entre los 12 y los 24 meses, deben dárseles tres comidas y pueden ofrecérsele otros dos refrigerios nutritivos, si lo desean. Los alimentos deben ser adecuados. Los alimentos deben prepararse y administrarse de forma higiénica para evitar al máximo el riesgo de contaminación.⁴

Factores pueden modificar la práctica de la una lactancia exitosa

Socioculturales: La familia influye en forma positiva o negativa en el curso de la lactancia materna, ya sea apoyando o desalentando esta práctica.⁸

En los hospitales: En donde se mantiene al lactante limitado a horarios de acuerdo al tiempo que el personal tiene para llevar al recién nacido con su madre. Las Instituciones Educativas, según el Lineamiento Técnico de clínicas de lactancia en Hospitales Infantiles y Generales SinDis 2006; existe personal de salud que no apoya la lactancia y que favorece el uso de biberones; porque nunca se le informó como debería hacerlo, además en algunas escuelas que forman personal de salud, existe desconocimiento o apatía por tratar el tema otorgándole poca o nula importancia.¹

El conocimiento: Ya que los fundamentos teóricos sobre la lactancia en las madres es también deficiente, pues en estudios previos se ha encontrado que solo el 40% de las lactantes saben sobre qué es y las ventajas de la lactancia materna²⁷.

Ambiente laboral: Pues la ausencia de guarderías dentro o cerca de su ambiente de trabajo es un factor que influye en forma determinante para el buen curso de una lactancia adecuada²⁸. Aunado al desconocimiento de la madre para extraerse la leche, almacenarla y que otra persona se la da con vasito o cuchara.

Medios de Comunicación: Las campañas masivas de publicidad en ocasiones presentan mensajes de desaliento a la lactancia, ejemplo: en telenovelas las madres dan biberón.

Algunos factores que se han asociado con la lactancia materna en otros países son: la edad materna, los ingresos familiares, nivel educativo materno, y si viven con los abuelos de los niños²⁹.

En nuestra sociedad el conocimiento, creencia y actitud son los principales factores predisponentes de las prácticas en salud; los valores y percepciones definen las fuerzas motivacionales e intencionales previas a estas prácticas, las que tienen implicaciones reales en la salud tanto individual como grupal. Investigar los niveles de conocimiento, científicos y empíricos de las personas con respecto a la práctica de LME, es fundamental para identificar más claramente sus características y así comprender mejor las prácticas de amamantamiento de la población.

Mientras más se logre saber de los factores que subyacen al comportamiento, la probabilidad de influir en las nuevas decisiones y prácticas de las personas es mayor³⁰. Estos aspectos son indispensables para elaborar estrategias que logren un impacto significativo en la mantención de la LME.

A nivel nacional se han implementado programas para ayudar a aumentar la lactancia materna, tal es el caso de El HOSPITAL AMIGO DE LOS NIÑOS, actualmente ya titulado del niño y de la madre acreditado por OMS/UNICEF confiere a hospitales observar 10 pasos que gozan de evidencias científicas para promover en frecuencia y duración la LM³¹.

PASO 1: Disponer de una política por escrito.

PASO 2: Capacitar a todo el personal de salud.

PASO 3: Informar a todas las embarazadas sobre los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.

PASO 4: Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.

PASO 5: Enseñar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño.

PASO 6: No dar a los recién nacidos más que leche materna.

PASO 7: Facilitar el alojamiento conjunto de las madres y sus hijos durante las 24 horas del día.

PASO 8: Fomentar la lactancia a demanda.

PASO 9: No dar a los niños alimentados al pecho tetinas o chupetes artificiales.

PASO 10: Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo.

En 1989, la OMS/ UNICEF redactaron las pautas de conducta aplicables a los hospitales para fomentar la Lactancia. Destacan la separación del binomio en el posparto inmediato, los ayunos prolongados y la alimentación rutinaria con biberón, los horarios rígidos con el biberón, la deficiente información y capacitación del personal del Hospital en relación a la Lactancia Materna, la promoción hacia las formulas infantiles comerciales, etc. Sin embargo lo anterior se da en segundo y tercer nivel, pero en el primer nivel de atención también se han implementado estrategias educativas para aumentar la lactancia materna, este sector es de importante trascendencia partiendo que es el primer contacto de caso el cien por ciento de las futuras madres.

Durante el embarazo se puede iniciar a informar a las madres sobre las ventajas de la lactancia materna y para instruir las sobre cómo llevarla a cabo con éxito. En fases más avanzadas de la gestación hay que intentar el difícil equilibrio entre informar honestamente de que la lactancia artificial no es igual.

Estrategias educativas

Para hablar de estrategias educativas se encuentran en la literatura diversas definiciones, considerando las más apegada a nuestro proyecto la siguiente: el conjunto de decisiones que toma el docente para orientar la enseñanza con el fin de promover el aprendizaje de sus alumnos. Se trata de orientaciones generales acerca de cómo enseñar un contenido disciplinar considerando qué queremos que nuestros alumnos comprendan, por qué y para qué.³² Para hablar de estrategias educativa en grupos hay que mencionar que un grupo es un conjunto de personas que interactúan entre sí en un contexto determinado, dicha interacción se da a través de la comunicación.

Evidentemente las estrategias específicas se basan en la capacitación y educación de la población (personal de salud, madre, familia y comunidad) a través de acciones conjuntas para lograr que todos los niños sean amamantados en forma exclusiva en esta etapa tan importante de su desarrollo. Por lo tanto tenemos que contemplar varias variables para que esta estrategia tenga sentido, entre ellas: es un grupo de personas, la comunicación el objetivo y los recursos utilizados para llegar a ese objetivo. Las técnicas grupales son medios y procedimientos que aplicados a una situación en grupos, nos ayudan a lograr un objetivo en común.³³

Al recibir capacitación se hacen al final de cada curso y en cualquier nivel educativo, se realiza un juicio de valor, esto es, una evaluación que ofrece evidencia del progreso del personal que recibe la capacitación, esta puede ser cualitativa o cuantitativa³⁴.

La importancia de las capacitaciones es de gran trascendencia, **Lawrence** aplicó una encuesta a médicos familiares, pediatras y enfermeras para evaluar las prácticas y actitudes relacionadas con la lactancia materna; encontrando que un tercio de los que contestaron la encuesta, manifestaron no proporcionar orientación relacionada a la lactancia a las madres durante la consulta, y más del 80% de los profesionales hacían la recomendación de dar líquidos suplementarios a los bebés amamantados, justificando el regreso de las madres a la actividad laboral.³⁴

En el Hospital General de México en el 2000 se reportó una intervención educativa sobre lactancia materna compuesta por un curso teórico práctico de 18 horas de duración, dirigido a personal dedicado a la salud con el cual se logró cambios significativos en cuanto a conocimientos.³⁵

En Guadalajara desde el 2006 se implementó un programa institucional de apoyo a la lactancia, en el cual se capacito en cuanto a beneficios, técnicas de amamantamiento y manejo de complicaciones; se les dio seguimiento mensualmente, resolviéndose dudas sobre la lactancia. Posterior a eso se ha encontrado una tendencia a lactar más alta.⁸

Se han hecho varias estrategias para incrementar la lactancia materna, entre ellas el proyecto PALMA (*Promoción de la Alimentación con Lactancia Materna desde Atención Primaria*) iniciado en el 2007, que pretendió instaurar y evaluar la efectividad de un programa de intervención de apoyo multidisciplinario a la LM, desde la atención primaria, consistió en visitas a domicilio, se obtuvo un 14% menos de interrupciones de la LM a la edad de 6 meses frente a un grupo control.³⁶ Otro estudio realizado por **Valdez** y colaboradores observaron un incremento en el conocimiento de 360 profesionales de la salud después de un curso de capacitación de tres días, dos años posterior a esta dos de cada tres profesionales de la salud presentaron cambios en su práctica clínica.³⁷

La recomendación de la OMS para la duración de los cursos de capacitación en lactancia materna es de 18 horas, con tres de práctica clínica. Los cursos de cinco días o 40 horas parecen dar mejores resultados de acuerdo con los reportes de la Iniciativa del Hospital Amigo del Niño.^{38, 39} Dentro de la intervención de este tipo de educación la pueden efectuar no solo los médicos familiares sino también las enfermeras, los pediatras quienes pueden y deben involucrarse con el resto de profesionales en la educación prenatal. El contenido de la educación prenatal debe comprender, sobre todo, lo que es el inicio de la lactancia: contacto precoz, inicio inmediato, comportamiento del bebé, horario a demanda, postura correcta, calostro y subida de leche, evitar suplementos y chupetes, problemas de los primeros días (pezones dolorosos, grietas, ingurgitación mamaria) y cómo resolverlos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud, la lactancia materna debe ser la alimentación exclusiva de un niño en sus primeros 6 meses de vida ya que, por sus propiedades, resulta indispensable para un desarrollo saludable, del mismo modo recomienda continuarla por 2 años.⁴ La leche materna cubre satisfactoriamente 95% de los requerimientos del lactante hasta el cuarto mes, disminuye a 80% durante el sexto mes, a 60% el noveno y a 32.5% a los 12 meses, motivo por el cual se recomienda el inicio de la ablactación al sexto mes.

A pesar de que se reporta el aumento de la prevalencia de lactancia materna en los últimos años, debido a la incorporación de algunas leyes y estrategias de la OMS/UNICEF, la práctica de lactancia materna exclusiva durante seis meses es rara. En México se han reconocido varios problemas relativos a la lactancia como el abandono precoz, así como un gran número de mujeres que ofrecen al lactante diversos líquidos diferentes de la leche mientras lactan pues solo una minoría de los lactantes menores de seis meses son alimentados con Leche Materna Exclusiva. Educar tempranamente sobre lactancia materna influye en la decisión de practicarla.

Se necesitan estudios que examinen solamente las intervenciones prenatales y en combinación y sus efectos en el inicio, exclusividad y duración de la lactancia. En la actualidad en la UMF # 20, no hay estudios que evalúen la intervención de una estrategia educativa en tiempo para registrar la duración de la lactancia exclusiva.

PREGUNTA:

¿Cuál es la duración de la lactancia materna exclusiva posterior a una estrategia educativa en mujeres embarazadas en la UMF #20?

OBJETIVOS:

Generales:

Evaluar la duración de la lactancia materna posterior a una estrategia educativa en mujeres embarazadas en la UMF No 20.

Particulares:

Determinar el tiempo en el que las madres dan leche materna a sus hijos posterior a una estrategia educativa.

Identificar factores que disminuyen la duración de la lactancia materna exhaustiva.

Comparar el nivel de conocimientos de las mujeres embarazadas que recibieron la estrategia educativa con las embarazadas que no reciben dicha estrategia educativa.

Conocer el cambio en cuanto a conocimientos de la lactancia materna que se presenta en las embarazadas que reciben la estrategia educativa.

HIPOTESIS

Nula

La duración de lactancia materna es similar en mujeres que recibieron o no intervención.

Alternativa

La duración de lactancia materna es diferente en mujeres que recibieron o no intervención

PACIENTES, MATERIAL Y MÉTODOS

Lugar: Unidad de Medicina Familiar número 20 del IMSS, ubicada en Calzada Vallejo 675 colonia Magdalena de las Salinas Delegación Gustavo a Madero.

Tipo de estudio: Longitudinal

Nivel investigativo: Comparativo
Prospectivo
Es un estudio cuasi experimental

Variable de estudio: cualitativa ordinal

Criterios para el grupo experimental.

A) CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Mujeres de cualquier edad.
Mujeres derechohabientes a la UMF No 20.
Mujeres embarazadas que cursaban el tercer trimestre de embarazo.
Embarazadas que aceptaron y firmaron el consentimiento informado.

B) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Mujeres embarazadas con HIV o algún proceso que contraindicara la lactancia.

C) CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Mujeres embarazadas que no completaron el 50% de la capacitación.
Mujeres que durante el estudio presentaron pérdida gestacional.

Criterios para el grupo control.

D) CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Mujeres de cualquier edad.
Mujeres derechohabientes a la UMF No 20.
Mujeres embarazadas en el tercer trimestre de embarazo.
Embarazadas que aceptaron y firmaron el consentimiento informado.

E) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Mujeres embarazadas con HIV o algún proceso que contraindicara la lactancia.

F) CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Mujeres embarazadas que no aceptaran ser evaluadas a los 2, 4 y 6 meses después del nacimiento de sus hijos.

Mujeres que durante el estudio presentaron pérdida gestacional.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se realizó una muestra natural, que correspondió a las embarazadas que acudieron a la capacitación de trabajo social en el mes de octubre, que cursaban el tercer trimestre del embarazo, en la Unidad de Medicina Familiar número 20, que contaron con los criterios de inclusión, descartando aquellas que tuvieron criterios de eliminación o exclusión. Las pacientes que cumplieron los requisitos previos firmaron el consentimiento informado.

La muestra estuvo integrada por 20 mujeres para el grupo de intervención y 20 para el grupo control.

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES.

VARIABLES				
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL:	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	Periodo transcurrido en años a partir del nacimiento de un individuo y la fecha del momento del estudio	Años de vida de la madre. Médiate la edad actual en número de años al momento del interrogatorio. La cual dividiremos en adolescentes y adultas mayores	Cuantitativa discreta	20 años y menos 21 a 25 años 26 a 30 años 31 a 35 años 36 a 40 años 41 y mas años
Escolaridad	Tiempo durante el que un alumno asiste a la escuela o a cualquier centro de enseñanza.	Nivel educacional que ha cursado la mujer en la educación formal. Desde si no acudió a ella hasta nivel licenciatura.	Cualitativa Ordinal	No tiene Primaria Secundaria Bachillerato Técnico-profesional licenciatura
Ocupación	Actividad que realiza la madre habitualmente, ya sea esta remunerada o no.	Se preguntara en 4 ítems a que es a lo que se dedica la gestante	Cualitativa nominal	Estudiante Dueña de casa Trabajadora dependiente
Estado civil	Posición permanente que ocupa un individuo en la sociedad en orden a sus relaciones de familia, que confiere o impone determinados derechos y obligaciones civiles.	Se registrará preguntando cual es su estado civil actual	Cualitativa nominal	Soltera Casada Unión libre Separada Viuda

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL:	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
Lactancia previa	Alimentación con leche materna en hijos previos	Se registrará preguntando si a amamantado previamente a otros de sus hijos	Cualitativa nominal	Si No

VARIABLES

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL:	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
Intervención educativa.	Independiente	El proceso multidireccional mediante el cual se transmiten conocimientos, valores, costumbres y formas de actuar.	Consiste en un taller grupal para proporcionar, a través de diferentes técnicas de enseñanza, los elementos teóricos y prácticos básicos en cuanto a la lactancia materna. (ver anexos)	Cualitativa nominal	Si No
Duración de lactancia materna	Dependiente	Nos dice cuanto tiempo se da leche materna al hijo.	Se medirá con encuestas personales o telefónicas en donde se le preguntara a la madre la edad del hijo/a, que alimentos a añadido, cuando dejo de dar lactancia y cuáles fueron los motivos del abandono.	Cuantitativa discreta	0 meses 2 meses 4 meses 6 meses ó más
Grado de conocimiento o sobre lactancia materna	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. Producto cognitivo propio de la mujer, mediado por la percepción, la Información, la experiencia y el raciocinio, que tiende a expresar lo que ella sabe empírica o científicamente sobre la Lactancia Materna.	El nivel de conocimiento acerca del proceso de lactancia materna se evaluó mediante una encuesta formada por 18 preguntas de opción múltiple. El instrumento indagara los siguientes aspectos; si la madre sabe cuál es la duración de lactancia materna exclusiva, los conocimientos del calostro, la frecuencia de tomas de leche materna, sobre ablactación, los beneficios de la lactancia materna para la madre y el hijo/a, así como Razones de destete. Se da un puntaje del 0 al 3 dependiendo de la pregunta y respuestas, con la cual sumamos los puntos que nos dan desde 0 hasta 45 dando un puntaje de conocimientos generales de: 0-27=insuficiente, 28-37=suficiente, 37-44= bueno y 45=excelente.	Cualitativa ordinal	Excelente Bueno Suficiente Insuficiente

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Este estudio se realizó en la unidad de medicina familiar No 20, en pacientes embarazadas que fueron captadas durante el mes de octubre, en las pláticas de trabajo social, las cuales previo consentimiento informado, y previa autorización del comité 34 participaron en nuestro estudio. Se conformaron dos grupos A (control) y B (experimental). Dentro del grupo B se captó una muestra de 28 embarazadas las cuales asistieron a la capacitación sobre lactancia materna en donde se dieron temas dentro de los cuales se contemplaron los siguientes; la duración de lactancia materna exclusiva, calostro, ablactación, los beneficios de la lactancia materna para la madre y el hijo/a, técnica de lactancia materna. Esta plática fue realizada del 7 al 14 de octubre. Previa y al término de esta capacitación se les realizó un cuestionario que evaluó los conocimientos de los temas ya citados. Se eliminaron un total de 8 pacientes (5 de ellas por estar en el primer y segundo trimestre de embarazo y 3 por acudir solo a la mitad de las horas de capacitación).

De la misma manera se buscó en los pasillos de la unidad un grupo A conformado por 20 embarazadas a las cuales se les realizó el mismo instrumento para ver el nivel de conocimiento que ellas tenían, asegurándonos que no hubieran recibido ninguna capacitación previa y estuvieran cursando su tercer trimestre de embarazo. Por otro lado se hizo un seguimiento posnatal a 2, 4 y 6 meses mediante el llenado de una escala de duración de lactancia materna para saber si aún continuaban con la lactancia materna exclusiva e indagando sobre la causa de abandono.

Una vez capturada la información se codificó y capturó en el programa estadístico para emitir tablas de salida, redactar resultados, análisis y discusión. Posteriormente se redactó el escrito final y se difundirá los resultados en Foro de Investigación local. Y se dará por terminado el trabajo de investigación

2.6 ANALISIS DE DATOS

El análisis estadístico se llevó a cabo elaborando una base de datos de todas las características medidas a través de la Cédula de recolección de datos con el programa estadístico software SPSS versión 17.0 para su descripción estadística, este programa permitió procesar los datos y analizarlos mediante tablas de frecuencias absolutas, relativas y de contingencia. Se utilizó estadística de tipo descriptivo: Se describió medidas de tendencia central y dispersión: en variables cuantitativas se determinó primero la distribución simétrica para el uso de medidas de desviación estándar o medianas con su rango mínimo y máximo, para variables con escala ordinal se utilizó medianas, rangos, mínimos y máximos, para variables nominales frecuencias y porcentajes.

Así mismo se utilizó estadística analítica con prueba no paramétricas, como la de Wilcoxon para muestras relacionadas que se le aplicó a ambos grupos al grupo a antes y después de la capacitación. Así como la U de Mann-Whitney en la que comparamos ambos grupos para ver cambios derivados de la estrategia.

RESULTADOS

Dentro de las características demográficas de los grupos estudiados se observó que las pacientes que recibieron capacitación de lactancia tenían una media de 26.9 ± 5.9 años (17-41 años); siendo el grupo de mayor predominio el de 26 a 30 años con un 45%(9) y 30%(6) de 21 a 25. En su mayoría son casadas un 45 % (9) y 35% (7) unión libre, con escolaridad de nivel licenciatura el 35%(7), seguido de secundaria 30%, bachillerato con 25 %(5). El 55% (11) son trabajadoras, 40% (8) amas de casa. El grupo de mujeres sin capacitación tenía una media de edad de 27.55 ± 5.6 años con una mínima de 17, máxima de 36, encontrando una edad de 31-35 años con 35% (7) y 26 a 30 con 30%(6), la mayoría son casadas un 60% (12); el 40%(8) cuenta con educación secundaria, seguida de bachillerato 25% (5). Las mujeres con capacitación solo el 40%(8) tenía el antecedente de haber lactado y de sin capacitación el 50% (10). Tabla 1.

Tabla I Características generales de las mujeres que participaron sobre lactancia materna.

Variables	Categorías	Capacitación		Sin capacitación		P
		N	%	N	%	
Edad	De 20 y menos años	1	5	3	15	0.271
	21-25 años	6	30	3	15	
	26-30 años	9	45	6	30	
	31 a 35 años	2	10	7	35	
	36 a 40 años	1	5	1	5	
	41 y mas	1	5	0	0	
	Escolaridad	Primaria	2	10	2	
	Secundaria	6	30	8	40	
	Bachillerato	5	25	5	25	
	Técnico-profesional	0	0	2	10	
	Licenciatura	7	35	3	15	
Ocupación	Estudiante	1	5	3	10	0.819
	Ama de casa	8	40	7	35	
	Trabajadora	11	55	11	55	
	Dependiente	0	0	0	0	
Estado civil	Soltera	4	20	3	15	0.36
	Casada	9	45	12	60	
	Unión libre	7	35	5	25	
Antecedente de lactancia previa	Si	8	40	10	50	0.376
	No	12	60	10	50	

UMF 20 *p Ch2

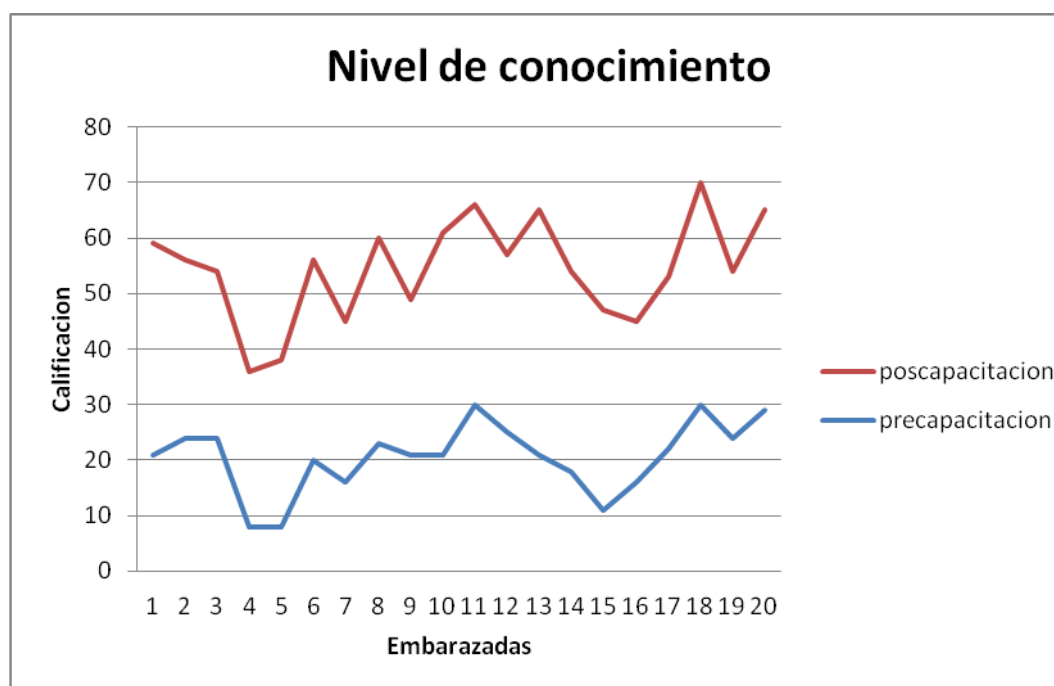
En cuanto al nivel de conocimiento que poseían las mujeres que acudieron a la capacitación se encontró que el 85 % (17) presentó conocimientos insuficientes, (con 27 o menos puntos de nuestra escala), seguido de 10% (2) que presentó conocimiento suficiente (con 28 a 37 puntos). Posterior a la capacitación se encontró que en este mismo grupo de mujeres el 50% (10) con conocimiento suficiente (puntaje de 28 a 37 puntos), 45% (9) presentó conocimiento bueno (con 38 hasta 44 puntos). En cuanto al grupo de mujeres sin capacitación al inicio se encontró un 60 % (12) conocimientos insuficientes, un 40% (8) con conocimientos suficientes. Tabla 2

Tabla 2. Nivel de conocimiento sobre lactancia materna en mujeres de la UMF 20

Grado de conocimiento	Mujeres que acudieron a capacitación				Mujeres que no acudieron a capacitación			
	Grado de conocimiento Antes		Grado de conocimiento Después		Grado de conocimiento Antes		Grado de conocimiento Después	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Excelente	0	0	0	0	0	0	0	0
Bueno	1	5	9	45	0	0	0	0
Suficiente	2	10	10	50	8	40	8	40
Insuficiente	17	85	1	5	12	60	12	60

UMF 20

Grafico 1



En el grupo de pacientes que recibió capacitación encontramos previo a la capacitación, obtuvieron una mediana de 21, posterior a la estrategia se encontró una mediana de 34 con significancia estadística $p=0.00$. En cuanto al grupo de mujeres que no recibió capacitación encontramos mediana de 26 sin significancia estadística $p=1.00$. Tabla 3

Tabla 3. Grado de conocimiento global sobre lactancia materna en mujeres de la UMF 20.

Grado de conocimiento	Mediana	*p
Mujeres con capacitación de lactancia		
Antes	21	
Después	34	0.00
Mujeres sin capacitación de lactancia		
Antes	26	
Después	26	1.00

*p de Wilcoxon UMF 20

En el grupo de capacitación se obtuvo una mediana previa a la intervención de 21 de nivel de conocimiento (conocimiento insuficiente), en comparación del nivel de conocimiento posterior a la intervención se obtuvo una mediana de 34 (conocimiento suficiente) en el grupo experimental y 26 (conocimiento insuficiente) en el grupo control con una $p=0.00$. Tabla 4

Tabla 4. Comparación del nivel de conocimiento sobre lactancia en ambos grupos en mujeres evaluadas.

Grado de conocimiento	Mediana	*p
Mujeres con capacitación de lactancia		
Antes	21	
Después	34	
Mujeres sin capacitación de lactancia		
Antes	26	0.00
Después	26	

*p de U de Mann-Whitney UMF 20

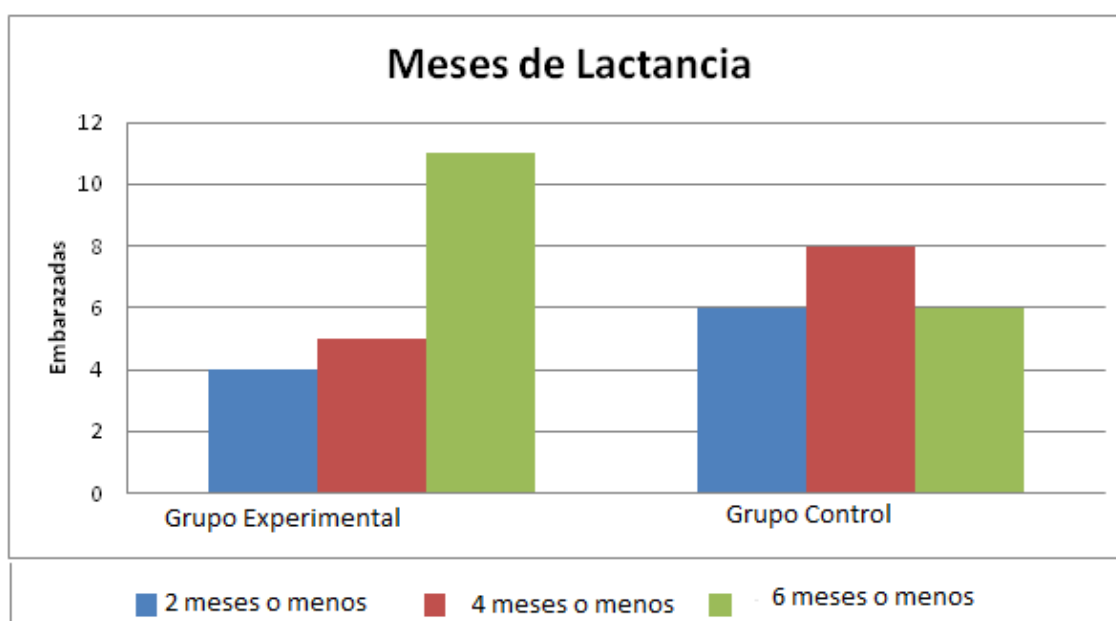
Al evaluar la duración de la lactancia materna en relación con la capacitación, se encontró que aquellas pacientes que acudieron a la capacitación, el 80% (16) continuo a los 2 meses con lactancia materna, el 65% (13) a los 4 meses y el 55% (11) hasta 6 meses o más. En cuanto al grupo de pacientes que no recibió capacitación se encontró que el 70% (14) continuo con lactancia exhaustiva a los 2 meses, 35% (7) a los 4 meses y solo el 25% (5) continuo lactancia a los 6 meses. Tabla 5.

Tabla 5. Seguimiento de la lactancia materna después del nacimiento.

Lactancia		Capacitación		Sin capacitación		*p
		N	%	N	%	
0-2 meses	Si	16	80	14	70	0.225
	No	4	20	6	30	
4 meses o antes	Si	13	65	7	35	0.028
	No	6	30	13	65	
6 meses o antes	Si	11	55	5	25	0.027
	No	9	45	15	75	

UMF 20 p *Ch²

Grafico 2



Las principales causas generales de abandono de la lactancia posterior al nacimiento fueron en las mujeres con y sin capacitación el que la mujer se incorporara al trabajo con un 20 (4) y 30%(6) respectivamente. Tabla 6

Tabla 6. Motivos de abandono de lactancia materna

Motivos	Con capacitación		Sin capacitación	
	N	%	N	%
El niño rechaza el pecho	0	0	1	5
No salió leche	1	5	3	15
El niño no se llena	2	10	1	5
Inicio de fórmula al nacimiento en hospital particular	1	5	0	0
Incorporarse la madre al trabajo	2	10	6	30
Enfermedad del niño	2	10	2	10
-Prematuro				
-Bajo peso al nacer				
-Epilepsia				
-Hiperbilirrubinemia				
Enfermedad de la madre	0	0	1	5
-Quistes renales				
Indicación médica	1	5	1	5
-Ablactación				

UMF 20

En cuanto al seguimiento durante los dos primeros meses las causas de abandono fueron en mujeres con capacitación, enfermedad del recién nacido en 2 pacientes (10%), el no salir la leche (5%), inicio de fórmula en hospital particular (5%). En mujeres sin capacitación, 2 (10%) mujeres refirieron que no les salió la leche, dos (10%) incorporación de la madre al trabajo, el rechazo del pecho (5%). Tabla 7

Tabla 7. Principales motivos de abandono de lactancia materna a los 2 meses o antes

Motivos	Con capacitación		Sin capacitación	
	N=20	%	N=20	%
El niño rechaza el pecho	0	0	1	5
No salió leche	1	5	2	10
Inicio de fórmula en hospital particular	1	5	0	0
Por el trabajo de la madre	0	0	2	10
Enfermedad del niño	2	10	1	5
-Prematuro				
-Bajo peso al nacer				
-hiperbilirrubinemia				
Abandonos	4	20	6	30

UMF 20

A los 4 meses, en las mujeres capacitadas se encontró que la principal causa de abandono fue por el trabajo de la madre 2 (12.5%), sumándose la ablactación por indicación médica 1(6.2%), en las mujeres que no recibieron capacitación; 4(14%) pacientes abandonaron la lactancia por reiniciar el trabajo, sumándose a estas causas, una por que ya no le salió leche (7%), una más por enfermedad del menor (7%), una más por enfermedad de la madre (7%). Tabla 8.

Tabla 8.Principales motivos de abandono de lactancia materna a los 4 meses o antes

Motivos	Con capacitación		Sin capacitación	
	N=16	%	N=14	%
Ya no salió leche	0	0	1	7
Por el trabajo de la madre	2	12.5	4	14
Enfermedad del niño -Epilepsia	0	0	1	7
Enfermedad de la madre -Quistes renales	0	0	1	7
Indicación medica -Ablactación	1	6.2	0	0
Abandonos	3	18.7	7	35

UMF 20

A los 6 meses se encontró que las principales causas de abandono en las mujeres que recibieron capacitación fueron por que el niño no se llenaba en 2 (15%) pacientes. En las mujeres que no recibieron capacitación; las pacientes abandonaron la lactancia porque e menor no se llenaba 1(14%), una por indicación médica por ablactación (14%). Sumando de esta manera que para los 6 meses, solo 11 mujeres que recibieron lactancia continuaron la lactancia materna exhaustiva y solo 5 de las mujeres que no recibieron capacitación. Tabla 9.

Tabla 9.Principales motivos de abandono de lactancia materna a los 6 meses o antes

Motivos	Con capacitación		Sin capacitación	
	N =13	%	N=7	%
El niño no se llena	2	15	1	14
Por el trabajo de la madre	0	0	0	0
Indicación medica -Ablactación	0	0	1	14
Abandonos	2	15	2	28

UMF 20

DISCUSIÓN.

El presente estudio demostró que posterior a una estrategia educativa aumenta la duración de la lactancia materna exclusiva significativamente hasta un 50% siendo los principales motivos de abandono complicaciones en el recién nacido e inicio de las actividades laborales de la mujer.

Es importante mencionar que el objetivo primario de un estrategia educativa es mejorar el nivel de conocimientos sobre el tema de lactancia materna, de esta manera concientizar a las embarazadas de las razones de por qué continuar con la lactancia materna y de forma secundaria hacer consientes estos conocimientos y lograr que las madres den lactancia exclusiva por más tiempo. **Carrasco NK**⁴⁰, en su estudio de *asociación entre el desteté y los conocimientos, creencias y actitudes respecto a la lactancia materna exclusiva*, no encontró un nivel de conocimiento excelente sobre la lactancia, y un 36% demostró conocimiento insuficiente. En nuestro estudio se encontraron resultados similares al inicio de la evaluación nadie tuvo conocimientos excelentes, el 85% tuvo conocimientos insuficiente. Sin embargo observamos al realizar la capacitación un discreto aumento de hasta un 40% a conocimientos buenos y 50% a conocimientos suficientes. Sin embargo en las mujeres que no recibieron información permanecieron hasta un 60% con conocimientos insuficientes.

López AR⁴¹, en la aplicación de un *programa operativo sobre lactancia materna dirigido a las embarazadas que acuden a consulta prenatal*, observó que previo a su programa solo un 18% de las mujeres tenían conocimientos buenos respecto a los beneficios de la leche materna para los hijos así mismo solo el 28% tenía conocimientos buenos respecto a los beneficios para la madre, posterior al test esto aumento a un 98% y 97% respectivamente. Por lo que se puede ver un aumento significativo en estos conocimientos esto concuerda con nuestro estudio en el cual también se observo un aumento ya que previo a la intervención en cuanto a los conocimientos de beneficios de la lactancia para la madre y para el hijo solo 25% tenía calificación buena posterior a nuestra estrategia esto aumento en un 75%.

Un estudio realizado en México, por **Linares S.B**⁴². Sobre los *Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en un Hospital Regional del 2009* menciona que el abandono a temprana edad de la lactancia materna se debe en parte a la poca información y conocimientos la lactancia materna. Se han hecho varias estrategias para incrementarla, entre ellas el proyecto PALMA³⁶, consiguió que en el grupo de intervención se alcanzara un porcentaje más alto de LM frente al control a las 20 semanas de vida y mantuviera las diferencias incluso hasta los 12 meses.

En México en el 2005 **González F**⁴³, realizó un estudio en una cervecería en donde demostró la asociación entre haber recibido consejería de lactancia y el aumento en la duración de la lactancia materna. Cabe aclarar que la capacitación se dio dentro de la cervecería, por lo que recomienda incluir consejería como herramienta útil para incrementar las tasas de lactancia materna en otros sitios. En nuestro estudio se observó que las pacientes que acudieron a la capacitación aumentaron el tiempo de lactancia materna hasta los seis meses en más de un 50% a comparación de aquellas que no acudieron a la capacitación quienes solo el 25% amamantó exclusivamente hasta los 6 meses.

Recordemos que en España se encontró que el 63.5% de las embarazadas iniciaron la lactancia sin embargo esto disminuyó a los 3 meses más del 40%, y para el sexto mes solo el 22.6% continuaba practicándola, esto sin ninguna intervención esto concuerda con nuestro grupo control en donde a los 6 meses solo el 25% continuó con lactancia materna exclusiva⁵. En Veracruz se realizó un estudio para ver los factores relacionados con la duración de la lactancia materna en un grupo de niños mexicanos encontrando que aquellas quienes habían tomado un curso de capacitación de lactancia materna, tenían una duración mayor de lactancia materna⁴⁴.

Concordando con el profesor **Chaves M.A.**⁴⁵ en su estudio *causas de abandono en la lactancia materna*, las mujeres en las que más dura la lactancia se encuentran el grupo de edad de 21 a 30 años de edad. Encontramos que este grupo de edad fue el que más tiempo lactó con un 40%. En nuestro estudio se encontró que las madres que más tiempo practicaron la lactancia materna hasta los 6 meses fueron en cuanto a lactancia previa, en un 55%, aquellas que ya habían lactado previamente, esto similar a lo reportado por **Flores Díaz**⁴⁶ que realizó un estudio en la UMF 66 de Xalapa Veracruz, en el cual concluyó que la lactancia materna que dura más de 6 meses se presenta en las madres casadas, y en aquellas con experiencia en lactancia materna así como aquellas que reciben información al respecto de lactancia materna, y las que más duraron fueron las amas de casa en un 60%, en cuanto a la escolaridad las que más duraron con la lactancia fueron las de nivel educativo de bachillerato con un 50 por ciento.

El abandono precoz de la lactancia materna exclusiva que ocurre con mayor frecuencia entre las madres solteras se atribuye a la inestabilidad emocional y falta de apoyo instrumental necesario durante el periodo. Ya que la ansiedad y los procesos que generan estrés en la madre inhiben la secreción de prolactina⁴⁷. En nuestro estudio se encontró que la mayoría de las mujeres que abandonaron precozmente la lactancia materna fueron aquellas que se

encontraban en unión libre, seguida de las solteras que abandonaron la lactancia materna tempranamente en un 57% a los 4 meses o antes. Estas características también se reportan en el artículo de **Paredes** en relación a los *factores asociados a la duración de la lactancia materna* en donde refiere que las madres que abandonaron la lactancia materna son aquellas con nivel primario (47%) de educación, estudiantes (57%), solteras (58%).⁴⁸

En el estudio de **Linares S.B.**⁴² en donde se habla de *factores que influyen para abandono de lactancia materna*, el que predominó fue ser madre trabajadora, en el presente estudio se encontró que la mayoría de las mujeres que abandonaron la lactancia materna en los primeros cuatro meses fueron aquellas que comentaron pertenecer a la clase trabajadora, un 27% antes de los 2 meses y un 45% a los 4 meses o antes. El problema real tiene que ver con el ingreso de las mujeres a la actividad laboral, la carga de trabajo y sobretodo un entorno que no le facilita suficiente tiempo para amamantar, lo que genera mucho estrés en la madre y el posterior abandono de la lactancia.

En un estudio realizado en México en el 2003 por **Navarro E**⁴⁹, titulado *factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras*, se expuso que el abandono de la lactancia materna por trabajo depende del tipo de apoyo que este le da a la mujer lactante. En este mismo estudio refiere que la decisión de alimentar al pecho y su duración tiene influencia multifactorial; entre estos factores se destacan los socioeconómicos (como apoyo familiar y los servicios de salud), culturales y, en la mujer trabajadora el plan de retorno a su trabajo, y las condiciones laborales

La legislación de España en los derechos laborales contemplado en el artículo 37.4 del estado de los trabajadores y el artículo 138 de la ley de procedimiento laboral, establece que las mujeres tienen derecho a ausencia de una hora durante 9 meses. Entre otras ventajas, también reducción de jornada laboral hasta los 12 meses, e inclusive excedencia especial hasta 5 años con reserva de puesto de trabajo. En España se creó la declaración Innoceti, en la cual se reconoce el derecho de todas las mujeres trabajadoras a amamantar a sus hijos durante 2 años o más.

En México las mujeres trabajadoras tienen derecho a dos periodos de media hora durante su jornada laboral para amamantar a sus hijos en los primeros seis meses del menor, o en su defecto reducir una hora su jornada laboral. Esto está establecido en la ley federal del trabajo en México en el artículo 170. En la última la OMS, en materia de servicios de salud, hubo acuerdos en fortalecer la formación del personal de salud y de la sociedad civil en lactancia materna, y fomentar la expansión de la red de bancos de leche.⁴

Entre las razones para destetar a sus hijos/as antes de los 6 meses en el estudio de **Carrasco**⁴⁰, reporto que un 35,7% de las mujeres señala “porque no tiene leche”, un 28,6% “trabajo de la madre”, **Quezada**⁸ también se reporto la hipogalactosemia como principal causa de abandono de lactancia materna en un 60%, la **Dra. Torres**⁵⁰ en su trabajo *factores asociados al abandono de la lactancia materna en la umf 20 IMSS* refiere que los principales motivos de abandono en los primeros meses fueron “no tener leche suficiente” seguido de falta de tiempo, este ultimo sin especificar si esa falta de tiempo se debía al trabajo, esto en comparación a nuestro estudio en donde la principal razón de abandono de lactancia materna posterior al nacimiento, tanto en mujeres con y sin capacitación fue que la mujer se incorporara al campo laboral con un 20% y 30% respectivamente a los cuatro meses. Con lo cual podemos determinar que existen muchas causas de abandono de la lactancia materna, sin embargo las que más son comunes son el que la madre no tenga leche y la incorporación al ámbito laboral.

Un estudio en realizado en España, sobre la incorporación al mundo laboral y la lactancia materna, ha puesto en evidencia que, una vez que la madre es informada sobre técnicas para compatibilizar lactancia y trabajo remunerado, el porcentaje de mujeres que abandona la lactancia materna al reincorporarse al mundo laboral no es significativo.

Durante el periodo de lactancia la mujer pasa por un crisis vital en la cual se presentan muchos cambios en donde el nuevo integrante de la familia modifica su vida, por lo que necesitan de soporte emocional en este caso el apoyo de la pareja y así formar el triangulo de la lactancia. La lactancia materna fomenta la unión ya que la lactancia no es responsabilidad sólo de la madre, el padre debe darle apoyo, compañía y estímulo, además de participar en actividades para que la madre descansa. Es un momento propicio para compartir con los otros hermanos y hermanas, brindando compañía al recién nacido y al mismo tiempo cariño y protección. Por lo que refuerza los lazos afectivos, promueve el cuidado de los hijos, mejora el estado de salud de los menores, previene el maltrato infantil¹.

CONCLUSIONES

Las características socio-demográficas de las pacientes fueron: en las capacitadas una edad media de 26.9 ± 5.9 años, la mayoría casadas con escolaridad licenciatura, trabajadoras. El grupo de mujeres sin capacitación tenía una media de edad de 27.55 ± 5.6 años, casadas, en cuanto a la escolaridad la mayoría con educación secundaria.

Al evaluar el grado de conocimiento de ambos grupos de mujeres, encontramos que la mayoría de las mujeres previo a la capacitación presentaban conocimientos insuficientes así como escasos. Se demostró un cambio significativo en el conocimiento respecto a los beneficios de la lactancia materna exclusiva posterior a la estrategia educativa, aumentando el nivel de conocimiento de ser en su mayoría insuficientes a escasos a pasar en su mayoría a buenos conocimientos.

Se observó en las mujeres que recibieron capacitación un aumento en la duración de la lactancia materna respecto a las que no la recibieron. Encontrando que el 80% de las mujeres capacitadas mantenían lactancia materna exclusiva a los 2 meses, disminuyendo solo un 15% a los 4 meses, logrando que más de la mitad de las pacientes continuaran la lactancia materna hasta los 6 meses.

Dentro de las causas que contribuyen al abandono de la lactancia materna exclusiva se encontró que la mayoría se debe a que las madres se reincorporan a su área laboral, no salió leche, alguna enfermedad del menor (menor prematuro, bajo peso al nacer, epilepsia, hiperbilirrubinemia), en los últimos meses se observa como causas más comunes que el menor no se llena o indicación del médico por ablactación.

RECOMENDACIONES

La lactancia materna tiene los principales nutrientes que un menor en crecimiento necesita, sin embargo la práctica no está muy extendida en el mundo si no solo en algunas partes. En México se reportado un descenso de lactancia hasta los 6 meses de 36% a 18%⁸, esto es de gran preocupación ya que el aumentar la lactancia materna nos trae beneficios económicos a nivel familiar e institucional, así como también disminuye las enfermedades tanto crónicas como infecciosas en la población infantil, aumentando no solo la esperanza de vida sino también la calidad de esta, de la misma manera aumenta los lazos familiares. Por estas razones se recomienda lo siguiente:

Implementar un programa de capacitación sobre lactancia materna que contemple tanto conceptos teórico como talleres de práctica sobre cómo es la correcta técnica de lactancia materna.

Incentivar al personal de médico, de enfermería, materno infantil y trabajo social a ofrecer información de calidad sobre la lactancia materna a las embarazadas que asisten a la consulta prenatal.

Procurar que la información que brinde el personal médico, de enfermería y administrativo y los cuidados del recién nacido sea uniforme, para no crear confusión a la madre durante su estancia hospitalaria. Para lo cual sugiero capacitar al personal que tiene contacto con las mujeres lactantes.

Dado que se evidenció un aumento en el abandono de la lactancia materna en mujeres trabajadoras es importante incluir temas de cómo se debe hacer la extracción y almacenamiento de leche materna.

Es necesario redoblar esfuerzos para motivar y facilitar circunstancias que rodean a las madres en riesgo de un abandono temprano de la lactancia materna, como serían las que laboran fuera del hogar o que lactarán por primera vez.

Para que la lactancia materna dure más, es necesario que la madre reciba información tanto de lactancia como de sus derechos, tenga confianza en sí misma, y sobretodo apoyo familiar, social y laboral.

REFERENCIAS

1. Clínicas de Lactancia en Hospitales Infantiles y Generales SINDIS Lineamiento Técnico, México 2006
2. Story L. Parish T. Breastfeeding helps prevent two major infant illnesses. *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*. July 2008; volume 6:12-58
3. López LP, Arévalo SB, Carrero DFR, Martínez MJ. La lactancia natural o materna: conceptos básicos y trascendencia actual. *Medicina General* 2000; 23:360-69.
4. OMS/UNICEF. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.
5. Gonzalez SF, Cerda FR, Robledo GJ, Valdovinos CS, Vargas VJ, Said FS. La consejería en lactancia y contacto temprano en parejas madre-hijo están asociados a la lactancia materna exclusiva. Estudio hospitalario de casos y controles no pareados. *Gac. Méd. Méx.* 2005; 141 (2):99-103.
6. Cai XM, Wardlaw TD, Brow WD. Global trends in exclusive breastfeeding *International Breastfeeding Journal* 2012; 7(12):7-12
7. Morán RJ. Naveiro RJ. Blanco FE. Cabañeros AI. Rodríguez FM. Peral CA. Prevalencia y duración de la lactancia materna. Influencia sobre el peso y la morbilidad, *Nutr Hosp.* 2009;24(2):213-217
8. Quezada SC. Delgado BA. Arroyo CL. Díaz GM. Prevalencia de lactancia y factores sociodemográficos asociados en madres adolescentes, Departamento de Análisis de Estadística del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes 2008; Vol. 65:19-25.
9. INEGI. Mujeres y Hombres en México 2009. Decimo tercera edición
10. Centro de Investigación en Nutrición y Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. 2012
11. Allen CJ. Et al. Studies in human lactation: milk volume and nutrient composition during weaning and lactogenesis. *Am J Clin Nutr* 1991;54-92
12. Villalpando S, López AM. Growth Faltering is Prevented by Breast-Feeding in Underprivileged Infants from Mexico City. *J Nutr* 2000; 130(3): 546-552.
13. Martin MR. Ness RA. Gunnell D. Emmett P. Davey GS. Does Breast-Feeding in Infancy Lower Blood Pressure in Childhood? : The Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC). *Circulation*. 2004; 109: 1259-1266.
14. Laurence M. Grummer S. Mei Z. Does Breastfeeding Protect Against Pediatric Overweight? Analysis of Longitudinal Data From the Centers for Disease Control and Prevention Pediatric Nutrition Surveillance System. *Pediatrics* 2004; 113(3): 81-96.

15. Sears RM. Et al. Long-term relation between breastfeeding and development of atopy and asthma in children and young adults: a longitudinal study. *The Lancet* 2002; vol 360: 901–107.
16. Davis MK. Review of the Evidence for an Association Between Infant Feeding and Childhood Cancer. *Int J Cancer* 1998; II: 29-33.
17. Kuehne SV. et al. Longer breastfeeding is an independent predictive factor against development of type 1 diabetes in childhood. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 2004, 20:150–157.
18. Rudiger VK. et al, Breast feeding and obesity:cross sectional study, *Jounar List* 1999; Vol 31: 147-150.
19. Chen A. Walter JR. Breastfeeding and the Risk of Postneonatal Death in the United States, *Pediatrics* 2004; Vol. 113 (5) ;113-435
20. WHO,1999
21. Camayo RJ. Lactancia materna y cáncer de mama: un estudio caso-control en pacientes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima-Perú. *An Fac med.* 2008;69(1):22-88.
22. Tryggvadóttir L, Tulinius H, Eyfjord JE, Sigurvinnson T. Breastfeeding and Reduced Risk of Breast Cancer in an Icelandic Cohort Study. *American Journal Epidemiology* Vol. 154 No1, 2001; 37-41.
23. González Reyes M. Manz Vikkon C. Conocimientos sobre la importancia de la lactancia materna que tienen las embarazadas primigestas del hospital “Dr. Libori Pachana”. *La libertad Ecuador.* 2012
24. Girón VS. Mateus SJ. Cabrera AG. Costos familiares de mantener y abandonar la lactancia exclusiva en el primer mes posparto. *Rev .salud pública.* 1(3):395-405,2009
25. López G, Primer Consenso Nacional sobre Alimentación en el Primer Año de la Vida. *Acta Pediatría Mex* 2007;28(5):213-411
26. Sevilla PS. Zalles CR. Santa Cruz GW. Breastfeeding vs new artificial milk fórmulas: assessment of impact on development, immunity, body composition in the par mother / child. *GacMed Bol* 2011; 34 (1): 6-10
27. Santos TM. Vásquez GE. Troyo SR. Méndez LE. Prácticas de lactancia materna en los primeros seis meses en un hospital con 15 años de práctica del programa Hospital Amigo. *Pediatría de México* 2011Vol. 13 (1): 1 – 12
28. Auerbach KE. Maternal employment and breasfeeding a study of 567 women, *ADJDC.* 2002,1388:958-960
29. Madoka I, et al. Infant feeding practices and breastfeeding duration in Japan: A *review*, *International Breastfeeding Journal* 2012, (7):15-22
30. Arnedillo SS. Romero MJ. Barberá RN. Ruiz FMC. Efectividad de una intervención educativa y asistencial en la prevalencia de la lactancia materna en el Área Sanitaria del Hospital de Valme. *Matronas Profesión* 2006; 7 (2): 14-21

31. Cabrera GJ. Mateus SG. Duración de la lactancia exclusiva en Cali, Colombia, 2003. Colomb. Med. 35 (3):132-138.
32. Monereo C. et al. Estrategias de enseñanza y aprendizaje, Formación del profesorado y aplicación en la escuela. Editorial Graó. Barcelona, Sexta edición: 1999: 01-10
33. Parra Pineda D. Estrategias centradas en el objeto de conocimiento. Manual de estrategias de enseñanza /aprendizaje, Medellín. 2003;90-117
34. Lawrence-RA. Practices and attitudes toward breast-feeding among medical professionals. Pediatrics. 1982; 70(6):912-20.
35. Vandale TS. Reyes VZ. Montañón UA. Programa de promoción de la lactancia materna en el Hospital General de México. Salud pública. Mex 1992; 34:25-35.
36. Rodríguez MG. Et al. Programas de intervención para promocionar la lactancia materna. Proyecto PALMA. Acta Pediatr Esp. 2008;66(11):564-568.
37. Valenzuela DA. Soto TM. García PM, Herrera PL. Capacitación del personal de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2008; 16(2):109-114.
38. OMS/UNICEF: Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Natural. La función especial de los servicios de maternidad. Declaración conjunta OMS/UNICEF. OMS, Ginebra, 1989.
39. Hernández AG, De la Rosa RL. Capacitación sobre lactancia materna al personal de enfermería del Hospital General de México. Salud Publica Mex 2000;42(2):112-127.
40. Carrasco NK, Asociación entre el destete y los conocimientos, creencias y actitudes respecto a la lactancia materna exclusiva en madres de niños con 6 meses de vida. Cefam Panguipulli 2006
41. López Aurora R. Programa educativo sobre lactancia materna dirigido a las embarazadas que acuden a consulta prenatal del Hospital Materno Infantil Dr José María Vargas, Durante el primer trimestre. Valencia Ed. Carabobo. 2006
42. Linares SB, Bonilla SJA, Vergara AE . Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en un Hospital Regional Acta Ortop Mex 2009;11(1);87-98
43. González F. et al. La consejería en lactancia y contacto temprano en parejas madre-hijo están asociados a la lactancia materna exclusiva. Gac. Méd. Méx. 2005;141 (2):99-103
44. Flores DA. Bustos VM. Maternal Breastfeeding-related Factors in a Group of Mexican Children Volumen 8 (1) 2006
45. Chávez MA. Et al. Causas de abandono en la lactancia materna
46. Flores DAL. et al. Factores relacionados con la duración de la lactancia materna en un grupo de niños mexicanos, 2006, Volumen 8 (1);33-36

47. López LP. Et al. La lactancia natural o materna: conceptos básicos y trascendencia actual. *Medicina General* 2000; 23:360-69
48. Paredes LM, Vivanco RM. Gutiérrez GR. Guibert RG. Factores maternos asociados a la duración de la lactancia materna en Santos Suarez. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999;15(4):397-402
49. Navarro E. Duque LM. Trejo PJ. Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras. *salud publica México*. 2003;5 (4):276-281
50. Torres TJ. "factores asociados al abandono de la lactancia materna en la umf 20 IMSS", México D.F. 2008

ANEXOS:

Instrumento: ESCALA DE CONOCIMIENTO RESPETO A LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

A continuación se presentan una serie de preguntas relacionadas con la lactancia materna, sus respuestas son confidenciales, desde ya agradecemos su valiosa colaboración ya que su opinión e ideas son muy importantes para el estudio que estamos realizando.

Iniciales:	Edad:
Dirección:	
Teléfono:	Estado civil:
Último curso que aprobó(escolaridad):	Ocupación:
Número de hijos y a cuanto lacto y porque tiempo? :	

1.- ¿Cuánto tiempo puede dar leche materna a su hijo sin necesidad de incluir otros alimentos o líquido (Lactancia materna exclusiva)?

A	1 año		D	6 meses	
B	5 meses		E	4 meses	
C	3 meses		F	Otro	

2.-El calostro es:

A	El alimento que sale del pecho durante los primeros 2 a 3 días.	
B	El nombre que recibe la bajada de la leche.	
C	El peor alimento que sale del pecho, con menos defensas y nutrientes.	
D	No sé.	

3.-¿Usted cree que el calostro es un alimento importante para el recién nacido?

SI	
NO	

4.- ¿Por qué?

--

5.- ¿Cuántas veces debe mamar el/la niño/a Recién Nacido?

A	Cada 3 horas.	
B	Cada vez que el/la niño/a lo pida.	
C	Cada vez que el/la niño/a lo pida, máximo cada 3 horas.	
D	Cada 6 horas.	
E	No sé.	

6.- ¿Cuántas veces debe mamar el/la niño/a después del 1er. mes de vida?

A	3 o 4 veces durante el día.	
B	6 veces durante el día y 1 o 2 veces por la noche.	
C	5 veces durante el día.	
D	No sé.	

7.- ¿Cuándo se le comienza a dar alimentos sólidos (ej: comidas o papillas) a el/la niño/a?

A	A los 3 meses desde 6 meses.	
B	A los 4 meses Al año.	
C	A los 5 meses.	
D	Otro.	

8.-¿Cuál o cuáles de estos beneficios tiene la lactancia materna exclusiva para usted? (Puede marcar una o más alternativas)

A	Es más barata.	
B	Previene el embarazo.	
C	Ayuda a perder peso.	
D	Ayuda al útero a volver a su estado normal después del parto.	
E	Previene el cáncer de mama y de ovario.	
F	Ayuda a crear lazos de amor con el hijo.	
G	No existe ningún beneficio de la lactancia materna exclusiva para mi.	
H	No sé.	

9.-¿Cuál o cuáles de estos beneficios tiene la lactancia materna exclusiva para su hijo/a? (Puede marcar una o más alternativas)

A	Lo protege de infecciones respiratorias (ej. resfrío) y digestivas (ej. diarrea).	
B	Lo ayuda en su desarrollo (movimientos, caminar , etc.).	
C	Crea lazos de amor madre-hijo.	
D	Le proporciona a el/la niño/a la mejor nutrición.	
E	Es más higiénica para el/la niño/a.	
F	No existe ningún beneficio de la lactancia materna exclusiva para mi hijo/a.	
G	No sé.	

10.- ¿Cuál o cuáles de estas acciones hacen que el pecho produzca más leche? (Puede marcar una o más alternativas)

A	Tomar abundante líquido.	
B	Poner a el/la niño/a al pecho.	
C	Alimentarse bien.	
D	No sé.	

11.-¿Cómo se coloca la mano para tomar el pecho cuando se amamanta?

A	Con la mano en forma de C.	
B	Con los dedos en forma de tijera.	
C	No importa la forma mientras se sienta cómoda.	
D	No sé.	

12.-Al amamantar a su hijo debe comenzar por:

A	El pecho que en la mamada anterior el/la niño/a tomo último.	
B	El pecho que en la mamada anterior el/la niño/a tomo primero.	
C	Con cualquiera de los dos pechos eso no tiene importancia.	
d	No sé.	

13.- Usted sabe que un/a niño/a no está satisfecho con el pecho materno.
(Puede marcar una o más alternativas)

A	Porque llora constantemente y no parece satisfecho.	
B	Porque duerme por un período más corto.	
C	Porque el/la niño/a no sube de peso.	
D	Porque el/la niño/a no duerme después de tomar pecho.	
E	Porque orina menos.	
F	Porque el/la niño/a tiene menos energía, está más flojo.	
G	No sé.	

14.-Cuando el/la niño/a tiene cólicos hay que: (Puede marcar una o más alternativas)

A	Dar agüitas o tésitos y suspender la leche materna.	
B	Caminar con el/la niño/a cargándolo de guatita sobre el brazo.	
C	Ponerle paños de agua tibia en la guatita.	
D	Asistir a urgencias.	
E	Poner la guatita de el/la niño/a contra el cuerpo y hacerle masajes en la espaldita para eliminar los gases.	
F	No sé.	

15.- Ante dolor y heridas en los pezones hay que: (Puede marcar una o más alternativas)

A	Usar cremas cicatrizantes y lavarse los pezones antes y después de mamar.	
B	Usar jabón, limón, alcohol o agua con bicarbonato.	
C	Después de cada mamada sacar unas gotas de leche y ponerla sobre las grietas.	
D	Dejar las mamas al aire libres durante 5 minutos y a la luz del sol 2 veces al día.	

E	Dejar de dar pecho hasta que se curen las heridas.	
F	Vaciar completamente las mamas y asegurar que el/la niño/a agarre bien el pezón tomando hasta la areola (toda la parte café del pecho).	
G	No sé.	

16.- Para mantener mamas sanas es necesario: (Puede marcar una o más alternativas)

A	Mantener mamas descongestionadas (sin gran cantidad de leche dentro).	
B	Asegurar que el/la niño/a tome de forma correcta el pezón.	
C	Mantener una buena higiene.	
D	No sé.	

17.- Si hay dolor en las mamas y se palpan llenas de leche, es necesario: (Puede marcar una o más alternativas)

A	Dejar de dar pecho a el/la niño/a hasta que disminuya el dolor.	
B	Dar pecho a el/la niño/a más frecuentemente para vaciar los pechos.	
C	Colocar paños de agua caliente en el pecho para vaciarlos.	
D	Realizar masajes circulares en la mama.	
E	No sé.	

18.- De las siguientes afirmaciones marque con una F las falsas y con una V las verdaderas.

A	Al amamantar por un largo período se caen los pechos.	
B	Una leche de un color claro o muy transparente es una leche de mala calidad.	
C	Los/as niños/as obtienen toda la leche que necesitan durante los primeros cinco a diez minutos de mamar.	
D	Se deben espaciar las mamadas para que puedan llenarse los pechos.	
E	Nunca se debe despertar a el/la niño/a si está durmiendo.	
F	Si un/a niño/a no aumenta bien de peso es posible que la leche de la madre sea de baja calidad.	
G	La lactancia frecuente puede favorecer la aparición de depresión post-parto.	
H	Para prevenir que los/as niños/as se pongan amarillos/as se les debe dar agua porque la leche materna puede ser muy pesada para ellos/as.	
I	Es bueno darle agüita de hierbas a los/as niños/as para evitar los cólicos Estomacales.	
J	La lactancia demasiado frecuente causa obesidad cuando el/la niño/a crece.	
K	Tomar Malta con huevo aumenta la producción de la leche.	
L	Una madre debe tomar leche para producir leche.	

Nombre del investigador responsable: Dr. Máximo Alejandro García Flores.
Muchas gracias por su colaboración.

ESCALA DE EVALUACION DE DURACION DELACTANCIA MATERNA

1.- Marque con una cruz el o los meses de vida de su hijo/ en que sólo lo/a alimentó con pecho materno (sin alimentos como: leche artificial, papilla etc.)

A	Primer mes (1°)		D	Cuarto mes (4°)	
B	Segundo mes (2°)		E	Quinto mes (5°)	
C	Tercer mes (3°)		F	Sexto mes (6°)	

2.-¿Actualmente da otro tipo de leche o alimento a su hijo/a?

SI	
NO	

3.-¿Qué otros alimentos da a su hijo/a? ¿Cuáles?

Sólido		
Líquido		
Ambos		

4.-¿A que edad comenzó a dar otros alimentos a su hijo/a?

A	Primer mes (1°)		D	Cuarto mes (4°)	
B	Segundo mes (2°)		F	Quinto mes (5°)	
C	Tercer mes (3°)		G	Sexto mes (6°)	

5.-Si usted ha dejado de dar pecho materno a su hijo, marque con una cruz la o las razones. (Puede marcar más de una)

A	El/la niño/a rechaza el pecho	
B	Trabajo	
C	Porque no tiene leche	
D	Por hospitalización de el/la niño/a	
E	Problemas en el pezón	
F	El/la niño/a no tolera la leche materna	
G	Por enfermedad en la mama	
H	Por enfermedades de el/la niño/a	
I	Porque no desea dar pecho	
J	Por estar tomando medicamentos	
K	Otra razón (Especifique)	

Nombre del investigador responsable:

Dr. Máximo Alejandro García Flores. Matricula

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y Fecha	CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA Unidad de Medicina Familiar no. 20, Calz. Vallejo 675 col. Magdalena de las salinas México D.F. Delg G.A.M.
Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA POSTERIOR A UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA EN MUJERES EMBARAZADAS EN LA UMF No. 20.	
Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:	
El objetivo del estudio es: EVALUAR LA DURACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA POSTERIOR A UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA EN MUJERES EMBARAZADAS EN LA UMF No 20.	
Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:	
El Investigador Responsable se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte las relaciones personales y profesionales en el instituto. El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.	
Nombre tuyo	_____ Nombre y firma del paciente Dr. Máximo Alejandro García Flores _____ Mat 11670975 _____ Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.
Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: Tel 55874422 extensión 15320	
Testigos _____	
Este formato constituye sólo un modelo que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio. <div style="text-align: right;">Clave:</div>	