



**CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.1**

TESIS:

**CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES DEL MEDICO
FAMILIAR SOBRE LA CONSEJERIA EN LACTANCIA
MATERNA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.
10 DE LA DELEGACION AGUASCALIENTES**

PRESENTA.

Jesús Omar Sánchez Hernández

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR**

ASESOR:

Dr. Javier Bernal Alarcón

Aguascalientes, Ags. Febrero de 2016



AGUASCALIENTES, AGS., FEBRERO DE 2016

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD
PRESENTE

Por medio de la presente le informo que el residente de tercer año de la especialidad en Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes:

Dr. Jesús Omar Sánchez Hernández

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**“CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES DEL MEDICO FAMILIAR SOBRE LA
CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NO. 10 DE LA DELEGACION AGUASCALIENTES”**

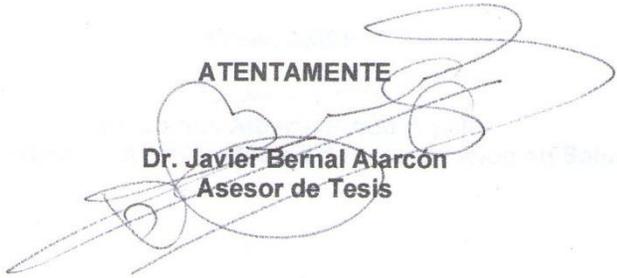
Número de registro: **R-2015-101-31** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

El Dr. Jesús Omar Sánchez Hernández asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, quedando pendiente su titulación la cual depende de los tiempos y formas establecidas por la normatividad de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Sin más por el momento, agradezco la atención que tenga a la presente y quedo de usted

ATENTAMENTE



Dr. Javier Bernal Alarcón
Asesor de Tesis



AGUASCALIENTES, AGS., FEBRERO DE 2016

**DR. RAUL FRANCO DIAZ DE LEON
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
PRESENTE**

Por medio de la presente le informo que el residente de tercer año de la especialidad en Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes:

Dr. Jesús Omar Sánchez Hernández

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**“CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES DEL MEDICO FAMILIAR SOBRE LA
CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NO. 10 DE LA DELEGACION AGUASCALIENTES”**

Número de registro: **R-2015-101-31** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

El Dr. Jesús Omar Sánchez Hernández asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, quedando pendiente su titulación la cual depende de los tiempos y formas establecidas por la normatividad de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Sin más por el momento, agradezco la atención que tenga a la presente y quedo de usted

ATENTAMENTE

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Carlos Alberto Prado Aguilar'.

**Dr. Carlos Alberto Prado Aguilar
Coordinador Auxiliar Médico de Investigación en Salud**



JESÚS OMAR SÁNCHEZ HERNÁNDEZ
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T E

Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

“CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES DEL MÉDICO FAMILIAR SOBRE LA CONSEJERÍA EN LACTANCIA MATERNA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 10 DE LA DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Familiar

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

ATENTAMENTE
“SE LUMEN PROFERRE”
Aguascalientes, Ags., 8 de Febrero de 2016.

DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

c.c.p. C. P. Ma. Esther Rangel Jiménez / Jefe de Departamento de Control Escolar
c.c.p. Archivo

Dedicatoria

A Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis Padres, con todo mi cariño, por haber hecho todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

A mis Hermanos y Sobrinos, Erika, Vanessa, Jorge, Osiris, Jorgito y Santiago, quienes son mi inspiración para tratar de ser mejor cada día.

A mis maestros, que este andar no solo en mi etapa de Residente sino también por la vida influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien y preparado para los retos que surjan día con día.

A mis amigos y compañeros Residentes, que nos apoyamos mutuamente en todo el camino recorrido y que en las buenas y en las malas estuvieron ahí, mil gracias.

A mi compañero y amigo de siempre, Wilbert, por su incondicional apoyo en todo momento, pero sobretodo por su amistad.

A nuestra coordinadora, Dra. Ana Hortensia, por su paciencia, consejos y enseñanzas a lo largo de estos tres años.

INDICE GENERAL

ACRONIMOS5

RESUMEN6

ABSTRACT7

INTRODUCCION8

I. ANTECEDENTES CIENTIFICOS 10

I.A. Antecedentes sobre la evaluación de los conocimientos y habilidades de la lactancia materna en el personal de salud..... 10

I.B. Antecedentes sobre las causas asociadas al abandono de la Lactancia materna . 13

II. MARCO TEORICO..... 15

 II.A. CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES 15

 II.A.I. DEFINICIONES..... 15

 II.A.II. TEORIAS DEL CONOCIMIENTO 15

 II.A.III. HABILIDAD CLINICA 16

 II.A.IV. CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES: ATRIBUTOS DE LA COMPETENCIA CLINICA..... 17

 II.A.V. EVALUACION DE CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES..... 18

 II.B. LACTANCIA MATERNA 22

 II.B.1. PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA 22

 II.B.3. Clasificación y Características de la Leche 25

 II.B.IV. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA..... 27

 II.B.V. RECOMENDACIONES GENERALES PARA EL AMAMANTAMIENTO..... 27

 II.B.VI. Reflejos del recién nacido importantes para la lactancia materna 28

 II.B.VII. Técnica de Amamantamiento..... 29

 II.B.VIII. POSICIONES PARA AMAMANTAR..... 29

 II.B.IX. DECALOGO PARA GARANTIZAR UNA LACTANCIA MATERNA EXITOSA 31

 II.B.X. LACTOGENESIS..... 32

 II.B.XI. Problemas que afectan a la Lactancia Materna 33

 II.C. MEDICO FAMILIAR..... 34

II.C.I. Áreas de práctica profesional del médico familiar	34
II.C.II. Funciones del médico familiar	35
III. JUSTIFICACION	36
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	38
IV.A. CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACION EN ESTUDIO	38
IV.B. PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD.....	38
IV.C. SISTEMA DE ATENCION A LA SALUD.....	39
IV.C.I. Normas	39
IV.C.II. Guías de Práctica Clínica	40
IV.C.III. Lineamiento Técnico Médico para la Lactancia Materna	40
IV.C.IV. Manual de Consejería en Lactancia Materna	41
IV.D. NATURALEZA DEL PROBLEMA	41
IV.E. DISTRIBUCION DEL PROBLEMA	42
IV.F. GRAVEDAD DEL PROBLEMA.....	43
IV.G. FACTORES MÁS IMPORTANTES QUE INFLUYEN EN EL PROBLEMA.....	43
IV.H. ARGUMENTOS CONVINCENTES DE QUE EL CONOCIMIENTO DISPONIBLE PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA NO ES SUFICIENTE.....	44
IV.I. INFORMACION QUE SE ESPERA OBTENER COMO RESULTADO DEL PROYECTO Y COMO SE UTILIZARA PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA	44
V. PREGUNTA DE INVESTIGACION	46
VI. OBJETIVOS.....	47
VI.A. OBJETIVO GENERAL.....	47
VI.B. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	47
VII. HIPOTESIS.....	48
VII.A. HIPOTESIS DEL TRABAJO	48
VII.B. HIPOTESIS NULA.....	48
VIII. MATERIAL Y METODOS.....	49
VIII.A. TIPO DE ESTUDIO.....	49
VIII.B.I. UNIVERSO DE TRABAJO	49
VIII.B.II. UNIDAD DE ANALISIS	49
VIII.B.III. CRITERIOS DE INCLUSION.....	49

VIII.B.IV. CRITERIOS DE NO INCLUSION.....	49
VIII.B.V. CRITERIOS DE ELIMINACION.....	50
VIII.C. TIPO DE MUESTRA.....	50
VIII.E RECOLECCION DE DATOS.....	50
VIII.F TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS.....	51
VIII.G. VALIDEZ DE INSTRUMENTOS.....	51
VIII.G.I. VALIDEZ APARENTE.....	51
VIII.G.II. VALIDEZ DE CONTENIDO.....	51
VIII.H. PLAN PARA PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS.....	52
VIII.H.I. RECURSOS Y FINANCIAMIENTO.....	52
IX. ASPECTOS ETICOS	53
XI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	54
XII. RESULTADOS.....	55
XIII. DISCUSION.....	63
X.IV. CONCLUSION.....	65
GLOSARIO	66
BIBLIOGRAFIA	67
ANEXO A. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	71
ANEXO B. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	77
ANEXO C. MANUAL OPERATIVO DEL INSTRUMENTO DE EVALUACION	78

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Contexto de Competencia	19
Cuadro 2. Diferencias en la composición de las leches.....	26
Cuadro 3. Beneficios de la Lactancia Materna	27
Cuadro 4. Técnica de Amamantamiento	29
Cuadro 5. Posiciones para Amamantar	29
Cuadro 6. Características Socio-económicas de los Médicos encuestados	55
Cuadro 7. Resultados.....	60

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Pirámide de Miller..... 19

INDICE DE GRAFICAS

Gráfica 1. Edad de los Médicos Familiares56
Gráfica 2. Género de los Médicos Familiares56
Gráfica 3. Estado Civil de los Médicos Familiares57
Gráfica 4. Antigüedad como Médicos familiares57
Gráfica 5. Turno Laboral como Médicos Familiares.....58
Gráfica 6. Certificación como Médicos Familiares58
Gráfica 7. Experiencia en Lactancia Materna59
Gráfica 8. Duración Global de la Lactancia59
Gráfica 9. Fuente de Conocimiento en Lactancia Materna60
Gráfica 10. Resultado de Conocimientos y Habilidades en Lactancia Materna61
Gráfica 11. Resultado Global62



ACRONIMOS

LME	Lactancia Materna Exclusiva
LM	Lactancia Materna
OMS	Organización Mundial de la Salud
UNICEF	Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México
PAPIME	Programa de apoyo a los proyectos para la innovación y mejoramiento de la enseñanza
ECOE	Examen clínico objetivo y estructurado
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
IgA	Inmunoglobulina A
MF	Médico Familiar
ENSANUT	Encuesta Nacional en Salud y Nutrición
UMF	Unidad de medicina familiar
ECoLA	Escala de Conocimientos en Lactancia Materna

RESUMEN

La lactancia materna es una de las estrategias más costo efectivas para prevenir la morbi-mortalidad infantil, se le relaciona con un descenso del 53% en morbilidad hospitalaria por enfermedades diarreicas y un 27% por infecciones del tracto respiratorio en niños que reciben lactancia materna exclusiva por 6 meses. Según la encuesta nacional en salud y nutrición de 2012 se estimó un descenso en la lactancia materna exclusiva en los menores de 6 meses, con una tasa de prevalencia de tan solo el 14.4%. **ANTECEDENTES:** Nakar y colaboradores en 2007 determinaron los conocimientos y prácticas de la Lactancia Materna en 478 médicos de los cuales 123 fueron médicos familiares encontrando puntuaciones inferiores al 50% en los conocimientos. López en 2014 evaluó al personal de salud encargado de brindar información sobre lactancia materna en cuanto a sus conocimientos y practicas encontrando que en el caso de los médicos familiares el nivel se encontró en un rango regular. **OBJETIVO:** Identificar los conocimientos y habilidades del médico familiar sobre la consejería en lactancia materna en la Unidad de Medicina Familiar No. 10. **MATERIAL Y METODOS:** Estudio observacional, descriptivo y transversal, se aplicó la escala de conocimiento en lactancia materna, en la que se identificó el papel que desempeña el médico familiar (conocimientos y habilidades) en el establecimiento y mantenimiento de la lactancia materna a un total de 40 médicos familiares adscritos a los turnos matutino y vespertino de la UMF no. 10. **RESULTADOS:** En la evaluación del área cognitiva se encontró que el 2.5% mostró un nivel excelente, el 15% a un nivel bueno, el 20% un nivel muy insuficiente y el 62.5% muy insuficiente, en cuanto al área de las habilidades el 12% se encontró en un nivel excelente, el 28% en un nivel bueno y el 60% en niveles insuficiente y muy insuficiente. En cuanto al puntaje global se mostró que el 2.5% obtuvo un nivel excelente, el 20% un nivel bueno, el 35% un nivel insuficiente y el 42.5% un nivel muy insuficiente. **CONCLUSIONES:** Existen niveles inadecuados de conocimientos y habilidades sobre consejería en lactancia materna por parte de los médicos familiares evaluados.

ABSTRACT

Breastfeeding is one of the strategies most cost effective in preventing infant morbidity and mortality, he is associated with a decrease of 53% of hospital morbidity from diarrheal disease and 27% for respiratory tract infections in infants who are exclusively breastfed for 6 months. According to national health and nutrition survey in 2012 it estimated a decline in exclusive breastfeeding in children under 6 months, with a prevalence rate of only 14.4%. **BACKGROUND:** Nakar and collaborators in 2007 determined the knowledge and practice of breastfeeding in 478 of the 123 physicians who were family physicians found scores lower than 50% in knowledge. Lopez in 2014 assessed the health personnel responsible for providing breastfeeding information regarding their knowledge and practice found that in the case of family physicians found the range on a regular rank. **OBJECT:** To identify the knowledge and skills the family physicians about breastfeeding counseling in Family Medicine Unit No. 10. Delegation Aguascalientes. **MATERIAL AND METHODS:** observational, descriptive, cross-sectional study, the scale was applied knowledge in breastfeeding (ECoLA), in which he identified the role of physician (knowledge and skills) in the establishment and maintenance of breastfeeding to a total of 40 family physicians assigned to the morning and evening shifts the UMF No. 10. **RESULTS:** In assessing the cognitive area we found that 2.5% showed an excellent level, 15% at a good level, 20% a very inadequate and 62.5% very poor, as the area of skills the 12% He found at an excellent level, 28% at a good level and 60% in poor and very poor levels. As for the overall score it showed that the 2.5% obtained an excellent level, a solid level of 20%, 35% inadequate and 42.5% a very inadequate. **CONCLUSIONS:** There are inadequate levels of knowledge and skills on breastfeeding counseling by family physicians evaluated.

INTRODUCCION

La lactancia materna es un acto natural para proporcionar el alimento ideal para favorecer el crecimiento y desarrollo del recién nacido y del lactante, además de ser parte del proceso reproductivo que implican repercusiones de salud en las madres. La recomendación de carácter mundial es que todos los lactantes desde el nacimiento y durante los primeros seis meses de vida deben ser alimentados exclusivamente con leche materna con la finalidad de alcanzar un crecimiento, desarrollo y salud óptimos, a partir del sexto mes de vida y hasta los dos años o más según lo deseen la madre e hijo debe ser de forma complementaria. Prácticamente todas las madres pueden realizar el amamantamiento con éxito a sus hijos, para lo cual deben disponer de información adecuada, apoyo de sus familias, comunidad, sistemas de salud y laboral.¹

La lactancia materna es una de las estrategias más costo efectivas para prevenir la morbi-mortalidad infantil, se le relaciona con un descenso del 53% de morbilidad hospitalaria por enfermedades diarreicas y un 27% por infecciones del tracto respiratorio en niños que reciben lactancia materna exclusiva por 6 meses. Sin embargo en el abandono de su práctica han participado en las últimas décadas la comercialización y la introducción a los sistemas de salud de los sucedáneos de la leche humana, con una falsa promesa de ser superiores y capaces de sustituir a la leche materna; además de la inclusión de la mujer a la vida productiva, la participación de los medios masivos de comunicación promoviendo la lactancia artificial, prácticas hospitalarias que se contraponen a la lactancia materna así como la incertidumbre de la mujer hacia los beneficios de la lactancia materna.¹

La disminución de la lactancia materna es un problema mundial. En Estados Unidos el 25% del incremento de la mortalidad en niños se atribuye a no haber sido amamantados al seno materno; la desnutrición ha sido causa de muerte directa o indirecta de alrededor del 60% de los 10.9 millones de defunciones registradas cada año en los menores de cinco años, más de dos tercios de estas muertes ocurren durante el primer año de vida y están relacionadas con prácticas inadecuadas de alimentación. La OMS estima que cerca del 38% de los lactantes de todo el mundo son alimentados exclusivamente con leche materna de los 0 a 6 meses, refiriendo que si todos los lactantes recibieran lactancia natural exclusiva durante los primeros seis meses de vida y a continuación recibieran una alimentación complementaria nutritiva sin dejar de tomar el seno materno hasta los dos

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

años de edad, se podría salvar cada año la vida de un millón y medio de niños menores de cinco años.^{1,2}

En México la ENSANUT del 2012 reportó una tasa del 14.4% de menores de 6 meses de edad que se apegan a la LME; muy por debajo de las metas establecidas por la OMS y la UNICEF la cual es una cobertura del 80%. Desde hace más de 20 años, el IMSS, a través de la Coordinación en Salud Reproductiva y Salud Materno Infantil se implementó el Programa de Lactancia Materna para asegurarla en el niño derecho-habiente. Además de certificar la mayor parte de sus Hospitales con atención obstétrica como Hospitales Amigos del Niño y de la Madre, siguiendo los criterios internacionales, haciendo énfasis en la promoción, protección de la lactancia y educación a las madres para llevar a cabo una lactancia exitosa en beneficio de la salud del niño.^{1,2}

En las Unidades de Medicina Familiar del IMSS las medidas de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna es brindada por personal multidisciplinario, tanto en la consulta por parte del médico familiar tanto a mujeres que planeen o estén embarazadas así como madres de hijos menores de dos años de edad, así como en el Módulo Materno-Infantil por parte del personal de enfermería, además por el servicio de Trabajo Social.¹

I. ANTECEDENTES CIENTIFICOS

I.A. Antecedentes científicos sobre la evaluación de los conocimientos y habilidades de la lactancia materna en el personal de salud

Freed y colaboradores (1995) en Estados Unidos realizaron una evaluación nacional sobre los conocimientos, actitudes y practicas acerca de la lactancia materna a médicos pediatras (n=388) , obstetras (n=300) y médicos familiares (n=445), tanto residentes como ya egresados de las especialidades mencionadas, mediante un estudio observacional y descriptivo, aplicando una encuesta diseñada por los investigadores en la cual se incluyeron áreas básicas de la lactancia, de conocimiento, de actitudes, de prácticas y experiencias, encontrando que alrededor del 68% conocían los beneficios de la LME en los primeros 4 meses de edad del lactante, el 56% y 71% recordaron que la LM disminuye la incidencia de la otitis media y gastroenteritis respectivamente, en cuanto a las prácticas de problemas relacionados con la lactancia el 79% emitieron un juicio correcto en caso de mastitis, pero el 66% lo emitieron de manera errónea en caso de absceso mamario, concluyendo que en los médicos evaluados se demostró que la calidad de la información evaluada fue la adecuada, faltando reforzar algunas de las áreas.⁵

Ingram (2006) en el Reino Unido evaluó los conocimientos y actitudes de cincuenta profesionales de la salud encargados de promocionar a la lactancia materna, 29 de ellos eran médicos de familia, aplico una encuesta de 20 ítems, 13 de ellos en relación a las actitudes y 7 al conocimiento, incluyendo áreas de fisiología, beneficios de la lactancia, posiciones correctas del amamantamiento y problemas asociados. Sus resultados encontrados en los médicos (n= 29), referentes al eje de conocimientos fue una media de 26.4 (rango 19-35) en una escala de 7 a 35, en el eje de las actitudes se encontró una media de 53.7 (rango 38-65) en una escala de 13 a 65. En la discusión de los resultados categoriza a lo encontrado en el eje de conocimientos en una media considerada como suficiente. Concluye que es imprescindible el proceso de evaluación de los profesionales de la salud encargados de brindar información de la lactancia materna, estableciendo objetivos y estrategias para mejorar las tasas de prevalencia de la misma⁶.

Nakar y colaboradores (2007) en Israel realizaron un estudio para examinar el las actitudes y conocimientos de 123 médicos de familia, 134 obstetras y 221 pediatras,

mediante la aplicación de un cuestionario dividido en tres secciones, la primera para las características socio-demográficas, la segunda referente a las áreas de las actitudes, y la tercera hacia los conocimientos, está última formada por 7 ítems para evaluar áreas básicas de conocimiento, como lo son las referentes a la lactogénesis, problemas con el seno, ventajas de la lactancia materna y a la técnica de amamantamiento. Obteniendo como resultados que los evaluados acertaron solo en 3.5 +/- 1.7 preguntas del área referente a los conocimientos, concluyendo que los profesionales de la salud, en este caso los médicos, tiene una actitud positiva hacia la lactancia, pero su conocimiento se encontró en puntuaciones bajas.³

Zamorano y colaboradores (2007) en España, Identificaron los conocimientos sobre lactancia materna que tienen los residentes de Medicina de Familia mediante un estudio descriptivo y transversal simple, con una encuesta de 10 preguntas abiertas las cuales fueron acerca de conceptos básicos de lactancia materna; se aplicó a un total de 58 residentes, encontrando que el 35% de los residentes obtuvo puntuaciones inferiores a 5 de 10 puntos, se destaca que el 100% desconoció que es un Hospital amigo de los niños, el 74.1% no conoce las recomendaciones emitidas por la OMS en cuanto a la duración de la lactancia materna, el 44.8% contestó adecuadamente en cuanto al manejo de suspender o no la lactancia materna ante la presencia de mastitis no supurada, solo el 46.6% acertó en cuanto al manejo de anticoncepción oral a las madres de los lactantes; concluyendo que las bajas puntuaciones obtenidas por los residentes se cree que es debido a que en los programas de residencia en España no se establece una formación estructurada en cuanto a la lactancia materna.⁷

Silvestre y colaboradores (2009) en Brasil, evaluaron los conocimientos y las practicas sobre lactancia materna que tienen los médicos y enfermeras adscritas a dos unidades de atención básica, un Hospital de segundo nivel y otro de tercer nivel (materno-infantil). Evaluaron a 89 participantes de los cuales 49 fueron de las unidades de atención básica, 31 del hospital de tercer nivel y 9 del Hospital de 2do Nivel, con un total de 55 enfermeras y 34 médicos; se aplicó un cuestionario de 40 ítems de los cuales 3 fueron acerca de los Díez pasos para el éxito de la lactancia materna, 32 sobre los conocimientos y 5 acerca de las prácticas. En cuanto a los resultados se encontró que el 50% de los encuestados no acertó en referir ninguno de los diez pasos para el éxito de la lactancia materna, solo el 40% contestó adecuadamente acerca de la técnica alimentaria, además el 72% respondió

adecuadamente en cuando indicar formula sucedánea al lactante. En la conclusión algo que llamo la atención de los investigadores fue que en todos los casos el desempeño de los profesionales adscritos a las unidades básicas de atención a la salud fue mejor que el observado en las unidades hospitalarias.⁸

Rodríguez y colaboradores (2011) en Panamá evaluaron los conocimientos actitudes y prácticas en lactancia materna del personal de primer nivel de atención de Salud, mediante un estudio cualitativo de corte transversal y de línea basal, aplicando una encuesta basada en los 10 pasos de la lactancia descritos en la Iniciativa de la OMS/UNICEF a una muestra de 813 trabajadores, compuesta por personal tanto operativo como administrativo, encontrando que en el conjunto de respuestas de conocimientos, actitudes y practicas el 55% respondió de forma aceptada, desglosándolo en el 35% de preguntas acertadas del área de conocimiento, 82% del área de las actitudes y 58% de las exploradas en el área de las prácticas, concluyendo que aún queda mucho por hacer para mejorar las promoción de lactancia materna, sobretodo en el área de los conocimientos y de las prácticas destacando que se encontró buena actitud por parte del personal evaluado para mejorar.⁹

Pound y colaboradores (2014) en Canadá realizaron un estudio que tuvo como objetivo evaluar los conocimientos, confianza, experiencias y actitudes hacia la lactancia materna en médicos canadienses, para lo cual aplicaron un cuestionario de 50 preguntas de opción múltiple, de las cuales 17 de ellas fueron en relación al eje de conocimientos. En el análisis de resultados se incluyeron a los que completaron el 80% de las encuestas, los cuales fueron 397 pediatras, 322 médicos de familia, 17 residentes de pediatría y 44 residentes de medicina de familia. El desglose de resultados es el siguiente, respecto al área de conocimientos se predefinió un puntaje de 70% como aceptable, encontrando un promedio de 67.8% en los pediatras, 69.3% en los médicos de familia, 72.7 en los residentes de pediatría y 66.8% en los residentes de medicina de familia, en cuanto a la confianza con las habilidades que cuentan para brindar consejería el 74.2% de los pediatras se sentían seguros, el 73.1% de los médicos de familia, 41.2% de los residentes de pediatría y el 53.8% de los residentes de medicina de familia. Concluyendo que en conjuntos los dominios evaluados se encontraron en un rango casi óptimo, siendo necesarios continuar con evaluaciones dirigidas al personal de salud con la finalidad de identificar aquellos que no cuenten con niveles aceptables en conocimientos, además de continuar con el desarrollo

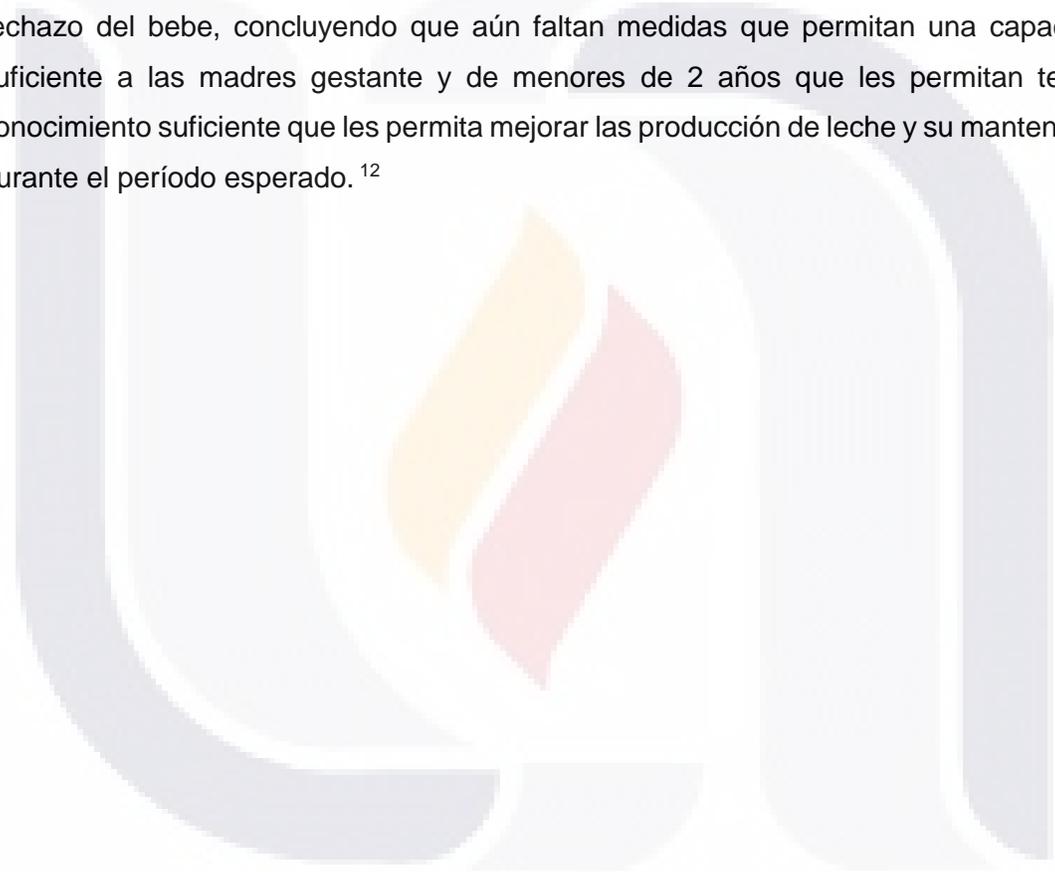
de herramientas educativas considerando implementarlas desde las residencias médicas con la finalidad de aumentar la lactancia materna. ¹⁰

López (2014) En el Estado de México en la Unidad de Medicina Familiar No. 64 del IMSS evaluó el conocimiento del personal de salud sobre lactancia materna y su participación familiar, mediante un estudio cuasi-experimental, utilizando como instrumento de evaluación un test diseñado por el investigador el cual constaba de 22 ítems en relación a el conocimiento de lactancia materna y 13 ítems relacionados con la participación familiar, aplicándose a 147 trabajadores de la unidad de medicina familiar de los cuales 67 fueron médicos, de estos 33 fueron médicos familiares, 37 del personal de área de enfermería y 43 asistentes médicas antes y después de aplicar una intervención educativa. Se encontró que el conocimiento de los médicos familiares de lactancia materna fue regular en 22 de ellos, 11 presentaron un buen nivel de conocimiento y ninguno tuvo conocimientos deficientes en el pre-test. Parte de las conclusiones se hizo énfasis en que falta reforzar el área de conocimiento en los profesionales encargados en brindar información en lactancia materna en las usuarias, mediante diseño de estrategias de educación eficientes, ya que posterior a la aplicación de una estrategia educativa mejoraron los índices medidos en el post-test. ⁴

I.B. Antecedentes Científicos sobre las causas asociadas al abandono de la Lactancia materna

Roig y colaboradores (2010) En España, identificaron los factores asociados al abandono de la lactancia materna en 248 madres que acudieron a la visita post- parto, recolectando los datos mediante entrevista personal durante el primer mes post- parto y por teléfono a los cuatro y seis meses siguiente. Realizaron un estudio descriptivo y prospectivo. En el análisis de los resultados, realizados mediante regresión de Cox mostraron una asociación con el abandono de la lactancia materna con no haber amamantado anteriormente, o con una LM anterior menor o igual a 4 meses y con una peor valoración de la experiencia anterior. También se relacionó con un menor nivel de estudios, con el uso de chupones o suplementos sucedáneos de la leche materna en el hospital. Concluyendo que la provisión de información adecuada y accesible para este sector de las mujeres identificadas pueden ser un factor protector y de apoyo a la LM. ¹¹

López y colaboradores (2013) en Colombia realizaron un estudio descriptivo y transversal para identificar los motivos de abandono temprano de la lactancia materna, realizando una encuesta estructurada a 303 mujeres con hijos menores de 24 meses que abandonaron la LME antes de los seis meses, encontrando que el abandono de la misma ocurrió principalmente antes de los 4 meses, en el 45% de los casos se presentó por una percepción inadecuada de la producción láctea, sobre todo en madres con menor escolaridad, casi el 20% la refirieron por situaciones laborales sobre todo en aquellas con niveles altos de escolaridad, alrededor del 15% la refieren por problemas en el seno o por rechazo del bebe, concluyendo que aún faltan medidas que permitan una capacitación suficiente a las madres gestante y de menores de 2 años que les permitan tener un conocimiento suficiente que les permita mejorar la producción de leche y su mantenimiento durante el período esperado.¹²



II. MARCO TEORICO

II.A. CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES

II.A.I. DEFINICIONES

El conocimiento se define como la acción de conocer, que significa averiguar mediante el ejercicio de facultades intelectuales la naturaleza, propiedades y relaciones de las cosas, que se saben de cierta ciencia y arte. Belohlavek en su acepción del conocimiento afirma que es lo que hace que un individuo pueda utilizar herramientas para aprovechar la información de que dispone y producir un resultado buscado de valor agregado.^{13, 14}

Por habilidades se entiende que es la capacidad adquirida por el hombre de utilizar creadoramente sus conocimientos y hábitos, tanto en el proceso de actividad teórica como la práctica. Están constituidas por un sistema de acciones y operaciones que posibilitan la realización exitosa de la actividad, en la cual se integran componentes cognitivo-instrumental, afectivo-motivacional y volitivo-regulatorio.¹⁵

II.A.II. TEORIAS DEL CONOCIMIENTO

El término conocimiento se ha definido desde los tiempos de Platón, bajo tres criterios fundamentales: lo verdadero, lo creíble y lo justificable, por lo cual se define como la maestría y habilidades adquiridas por una persona a través de la experiencia o la educación, el entendimiento teórico o práctico, sobre una materia. Desde un enfoque psicológico, la adquisición de conocimientos incluye procesos cognitivos complejos de percepción, aprendizaje, comunicación, asociación y razonamiento. Desde otro enfoque filosófico, el estudio del conocimiento ha sido motivo de preocupación, desde los tiempos antiguos, desde una rama de la filosofía, la *epistemología* (del griego *episteme*, conocimiento, ciencia), es decir, teoría del conocimiento que se encarga de la naturaleza y los alcances de este, tratando de responder las cuestiones ¿Qué es el conocimiento?, ¿Cómo sabemos que sabemos?, ¿Cómo adquirimos el conocimiento?, ¿Cómo ese conocimiento nos permite adoptar decisiones sabias y adecuadas? La conocida *fronesis* de Aristóteles.¹⁶

En los últimos dos siglos, la forma en que adquirimos y empleamos los conocimientos se han regido por la corriente del Positivismo, la cual establece la separación entre ciencia y filosofía. Dicha tendencia iniciada por *Comte* e influida por *Popper* a principios del siglo XIX plantea la imposibilidad de aceptar como verdaderos aquellos conocimientos que no fueran verificables, como fruto de la experimentación, desechando aquello presuntamente

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

subjetivo (filosofía, metafísica, religión), además de toda noción *a priori*, todo concepto universal y/o absoluto. Además esta corriente se caracteriza por la objetividad, la experimentación, el determinismo, la uncausalidad, el reduccionismo y la matematización de las ciencias, lo cual es bien reconocible en el conocimiento médico actual. ¹⁶

La impartición del conocimiento médico a través de la educación se da como el conjunto de procesos inherentes a la formación en el pregrado y posgrado, además de la educación continua, que promueven el desarrollo del conocimiento y habilidades profesionales en el ámbito de las competencias de los educandos en las vertientes de la atención de la salud, la docencia, la investigación y la administración, enmarcadas en la realidad sanitaria, educacional y social de cada institución y país. ^{16, 17}

Además el enfoque epistemológico, permite interpretar las relaciones y vinculaciones que operan en la relación sujeto-objeto, sobre como el sujeto cognoscente incide sobre el objeto del conocimiento. En la medicina el objeto de estudio es el proceso salud/enfermedad y su atención al ser humano, en una escala individual (medicina clínica) y poblacional (Salud pública) mediante la aplicación de método científico en las vertientes clínica y epidemiológica. ^{16, 17}

Es necesario puntualizar que la medicina se considera como ciencia y arte, la primera porque estudia la vida, la salud, las enfermedades y la muerte de los seres humanos, y la segunda porque aplica los conocimientos técnicos para mantener la salud mediante los juicios diagnósticos, tratamientos y prevención de enfermedades. Las fuentes del conocimiento médico son diversas, desde las clases impartidas en las diferentes aulas de las escuelas de medicina, las experiencias de los profesionales de la salud durante su ejercicio, las diversas publicaciones científicas en diferentes bases de datos. Desde 1996, con el advenimiento global de la práctica de la medicina basada en evidencia por Sackett, la cual tuvo como objetivo principal relacionar los resultados de las diversas investigaciones con su aplicación en el campo clínico; “*trata de la relación entre lo que se sabe y lo que hacemos con lo que sabemos*”. ^{16, 17}

II.A.III. HABILIDAD CLINICA

Durante el ejercicio del médico las habilidades clínicas son específicas durante su actuación profesional, además se les considera como parte de una metodología, definida como “el método clínico, siendo este no más que el método científico aplicado al trabajo con los

pacientes”. El término clínica proveniente del griego “kliniké”, significándose lecho, considerando que “la profesión del médico toma cuerpo frente al lecho del enfermo”.¹⁸

Po lo cual se considera que dichas habilidades hacen posible la práctica de la medicina con y para los pacientes, haciendo posible la aplicación de los conocimientos de la ciencia médica en “*un saber hacer específico de la profesión conformando verdaderos subsistemas que a la vez incluyen diversos procedimientos y técnicas estableciendo vínculos y relaciones que posibilitan su integración sistémica*”.^{15, 19}

Como parte de las diferentes habilidades clínicas, considerando que cada una de ellas integra diferentes acciones y operaciones se consideran las siguientes:

- Habilidades de anamnesis, a través del interrogatorio al paciente estableciendo una conversación profesional con el fin de identificar todo lo relacionado a la sintomatología dada por la enfermedad del paciente, además de su ficha de identificación, antecedentes personales y familiares tanto patológicos como no patológicos.
- Habilidades para el examen físico, exploración realizada por el médico en busca de alteraciones físicas o signos dados por la patología en sí, valiéndose de técnicas básicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.
- Habilidades de razonamiento o de diagnóstico clínico, aplicando el razonamiento científico de forma integradora mediante una secuencia lógica de acciones incluyendo la detección de síndromes, diagnósticos nosológicos, probables, conformados o definitivos.
- Habilidades terapéuticas y de rehabilitación, son aquellas acciones con las que se pretende restablecer el estado de salud, limitación de daños, dar seguimiento ambulatorio del paciente y una adecuada reincorporación a la comunidad, en estas habilidades se incluyen tratamiento preventivo, curativo ya sea medicamentoso o intervencionista; además de la rehabilitación psicológica, social y laboral.^{15, 19}

II.A.IV. CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES: ATRIBUTOS DE LA COMPETENCIA CLINICA

La competencia clínica es de vital importancia para una atención médica de calidad e integral. Una de la definiciones aceptadas es el “*conjunto de capacidades de un médico para realizar consistentemente las funciones y tareas integradas que se requieren para*

resolver con eficiencia y calidad humana, los problemas de salud que le sean demandados por la sociedad'. Integrando de una forma activa los conocimientos, habilidades y actitudes de las ciencias básicas, clínicas y socio-médicas para afrontar situaciones individuales y de grupo. Norman subdivide los atributos de la competencia clínica de la siguiente manera:

1. Habilidades clínicas: Aquellas herramientas utilizadas para la adquisición de la información, mediante la entrevista y la exploración física, con la consecuente capacidad de interpretación de la misma.
2. Conocimientos y comprensión: capacidad para utilizar los conocimientos de acuerdo a las condiciones clínicas con el fin de dar atención médica de calidad a los pacientes.
3. Atributos Interpersonales: La expresión de los aspectos profesionales del médico, que se pueden observar en la interacción con el paciente.
4. Solución de problemas y juicio clínico: Aplicación de los tres puntos anteriores para la emisión del juicio diagnóstico, investigación y manejo de los problemas encontrados.
5. Habilidades técnicas: La capacidad para realizar procedimientos y técnicas especiales en la investigación y manejo de los pacientes. ¹⁹

La Facultad de medicina de la UNAM, en el Programa de apoyo a los proyectos para la innovación y mejoramiento de la enseñanza (PAPIME) en 1997, dio a conocer el modelo operativo para el análisis de los componentes de la competencia clínica. (Cuadro 1).¹⁹

II.A.V. EVALUACION DE CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES

Miller (1990) representó su modelo con una pirámide la cual incluye los diferentes niveles de capacitación que forman parte de la competencia profesional del médico en los que además se puede planear la evaluación además de implementar la elección de los instrumentos para evaluar cada nivel, en la base sitúa los conocimientos necesarios para desempeñar eficazmente las tareas “*sabe*”, en el siguiente nivel sitúa a la capacidad profesional para utilizar los conocimientos “*sabe cómo*”, en el tercero, cómo actuaría y llevaría a cabo sus funciones en determinadas situaciones “*muestra cómo*”, en el vértice coloca a la actuación, por lo cual es necesario la observación directa del profesional en su práctica con pacientes y situaciones reales “*hace*” (Figura 1).²⁰



Figura 1. Pirámide de Miller²⁰.

Cuadro 1¹⁹. Contexto de Competencia: Escenarios, recursos y características socioeconómicas y culturales de la comunidad e instituciones en donde se desarrolla la competencia clínica.

Núcleo básico declarativo ¿Qué debo saber para poder hacer?	Conocimiento esencial en la memoria de corto y largo plazo	- Capacidad para recordar conocimiento relevante (hechos, conceptos y principios) y aplicarlo a situaciones o problemas clínicos
Núcleo Procedimental ¿Qué debo hacer?	Habilidades Clínicas	- Capacidad para obtener información fidedigna y confiable a través del interrogatorio y la exploración física (reconocimiento de patrones y secuencias de acción)
	Habilidades para resolver problemas diagnósticos y dar planes de manejo	- Capacidad para procesar, sintetizar e interpretar la información obtenida y/o refinarla con la utilización racional de recursos adicionales para tomar las decisiones adecuadas y oportunas (integración diagnóstica, planes de manejo, pronóstico, interconsulta, seguimiento, educación del paciente y su familia)
	Habilidades Técnicas	- Capacidad para realizar procedimientos y técnicas especiales en el estudio y manejo de los problemas del paciente
Núcleo de las relaciones humanas y éticas ¿Cómo debo interactuar?	- Habilidades de Comunicación Interpersonal	- Capacidad para establecer una adecuada relación médico-paciente
	- Actitudes ante el paciente y sus familiares	- Capacidad para asumir y demostrar actitudes éticas apropiadas hacia el paciente, su familia, el equipo de salud y su comunidad
	- Habilidades adaptativas	- Capacidad de comprender la importancia de la situación psicosocial en la génesis de la enfermedad y su modificación favorable como recurso potencial de prevención

Nivel I. Saber. Evalúa los conocimientos teóricos y prácticos.

Nivel II. Saber cómo. Aplica los conocimientos, habilidades, actitudes además de emitir un juicio mediante los valores propios y éticos para desempeñar adecuadamente su profesión.

Nivel III. Muestra cómo. Valora las habilidades y como se aplican las competencias en una situación simulada, implica el ser capaz en realizar algo siendo observado para ser evaluado.

Nivel IV. Se evalúa el desempeño de la práctica profesional real. Lo constituye la acción de una actividad y de su práctica, evaluada con estándares establecidos previamente.²⁰

Southgate (1999) señaló que la competencia en medicina está compuesta por conocimientos, habilidades y atributos morales y personales; que es en parte la habilidad y en parte el deseo para seleccionar y efectuar tareas clínicas relevantes en el contexto de un ambiente social con el fin de resolver problemas de salud de los individuos de manera eficiente, económicamente efectiva y con sentido humanista.²¹

Para evaluar los conocimientos y habilidades en medicina se han desarrollado diversos procedimientos, los más usados son los siguientes:

- Exámenes escritos:
 - Con reactivos de opción múltiple
 - Con respuestas estructuradas
 - Ensayo
 - Respuesta a preguntas cortas
- Examen Oral estructurado y no estructurado
- Lista de Cotejo
- Exámenes ante pacientes reales, hospitalizados y externos con o sin escala de medición
- Examen clínico objetivo estructurado
- Manejo del problema principal de un paciente
- Portafolio
- Evaluaciones por tutores clínicos
- Evaluaciones emitidas por el paciente
- Autoevaluación

Algunos de los criterios a considerar para su selección se derivan por sus propiedades psicométricas, en particular validez y confiabilidad.

La validez indica la medida en que el examen mide la competencia que se propone evaluar haciendo referencia a lo siguiente:

- contenido (validez de contenido) la cual señala el grado de relación entre lo que se pregunta y los objetivos educacionales del plan y/o del programa
- Construcción (validez de construcción) grado en que se pueden hacer interferencias del contenido del reactivo al concepto que se desea medir
- Predicción (validez de predicción) la cual indica la capacidad de predecir el desempeño académico o profesional futuro.²¹

La confiabilidad indica la medida en que el puntaje del examen es consistente y puede ser generalizado.²¹

Otros aspectos a considerar son la aceptabilidad, tanto de quien realiza la evaluación y el evaluado, así como la capacidad discriminatoria, la cual hace referencia a la capacidad del examen para diferenciar un nivel de conocimiento de otro y finalmente los costos, tanto de recursos económicos y tiempo necesarios para la elaboración, aplicación y calificación de exámenes.^{19, 21}

De manera general, ninguno de los formatos de evaluaciones descritas es superior a otro y de manera aislada, no evalúan satisfactoriamente todos los atributos de las competencias de una ciencia tan compleja como la medicina, por lo cual se requieren varios formatos de evaluación para establecer con certeza los conocimientos y habilidades como componentes de la competencia clínica tanto de estudiantes como los ya egresados.^{19, 21}

El dominio de los conocimientos pueden ser más fácilmente evaluados con exámenes de opción múltiple, exámenes orales y ensayo, sin embargo se requieren procedimientos más sofisticados para evaluar las diferentes facetas de la competencia clínica, entre los que se encuentran formatos que utilizan pacientes estandarizados, reales (hospitalizados y externos), y el denominado examen clínico objetivo y estructurado (ECO).^{19, 21}

El ECOE es un formato en el cual se incorporan diferentes instrumentos evaluativos llevándose a cabo en sucesivas estaciones que simulan situaciones clínicas diseñadas para evaluar habilidades clínicas predeterminadas (historia clínica, exploración física, interpretación de resultados de laboratorio, diagnóstico diferencial, manejo integral del paciente, comunicación, etc.) La potencia de este formato se encuentra en la mezcla de

métodos de evaluación de manera que es capaz de explorar suficientemente tres de los cuatro niveles descritos en la Pirámide de Miller: saber, saber cómo y demostrar cómo.²¹

En los exámenes de opción múltiple por su eficiencia y características psicométricas (confiabilidad y validez) se usan en todas las áreas de educación formal, siendo ampliamente aceptados ya que se pueden aplicar en un tiempo relativamente corto y que además se pueden analizar con sistemas computarizados. Dicho tipo de reactivos está constituido por dos partes, el enunciado (cuerpo o base del reactivo) que expresa una proposición (imperativa, incompleta, interrogativa) y varias alternativas (tres o más opciones) de respuesta. Las opciones incluyen la(s) respuesta(s) correctas(s) y una serie de respuestas incompletas o incorrectas, denominadas distractores.²¹

Otros formatos utilizados para evaluar el conocimiento clínico, son los de mejor respuesta, de apareamiento, de omisión, de falso-verdadero, de ítem interpretativo, de falso verdadero múltiple, y de formato dependiente de contexto. El formato de apareamiento extendido está constituido por un tema o problema, una lista de opciones o respuestas posibles, una conducción de entrada, y la base del enunciado que refiere un caso clínico.²¹

II.B. LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna es la alimentación con leche del seno materno. Todas las mujeres pueden amamantar, siempre y cuando así lo decidan, además de que dispongan de información adecuada, apoyo familiar y social en el cual se incluye a los profesionales de la salud. La OMS y la UNICEF señalan que la LM es una forma inigualable de facilitar a los niños pequeños el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto. La Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, después debe complementarse con otros alimentos hasta los 2 años.^{1, 22}

II.B.1. PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA

La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, después debe complementarse con otros alimentos hasta los 2 años.¹

Entre las décadas de 1950 y 1960 en países en desarrollo grupos de médicos, pediatras y nutricionistas realizaron los primeros llamados de atención sobre los peligros de la lactancia artificial censurando el papel de la industria en la disminución de la lactancia natural.¹

En 1981 la OMS y la UNICEF acordaron el Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, el cual menciona en su artículo más importante que

no se debe hacer publicidad u otra forma de promoción de productos para el público en general, en 1989 realizaron la declaración para promover a la lactancia materna, en la cual se establecieron los diez pasos para una lactancia exitosa, debiéndose llevar a cabo en todos los hospitales, servicios de maternidad y de cuidados de los recién nacidos, creándose la Iniciativa Hospital Amigo del Niño. En 1990 también realizaron la declaración *Innocenti*, en Italia, de carácter global acerca de la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad.¹

En 1991 en México se asumió de una manera activa los compromisos de la cumbre mundial a favor de la infancia, desarrollando el programa a nivel Nacional, Hospital Amigo del Niño y de la Madre, incorporando los diez pasos para una lactancia exitosas además de quince acciones adicionales a favor de la salud de las madres y de los niños, certificando al 80% de hospitales del país.¹

Hacia 1992 en el IMSS a través de la Coordinación de Salud Reproductiva y Materno-Infantil implementó el programa de Lactancia Materna en todos los niños derecho-habientes. Siendo entre los años de 1993 y 1997 la certificación de 188 Hospitales con atención Obstétrica como Hospitales Amigo del Niño y de la Madre; como complemento en el año 2000 se dio inicio a los Programas de Bancos de Leche Humana y Atención Madre Canguro, para atender a los niños recién nacidos hospitalizados. Para el Instituto la LM es una prioridad de salud pública por lo cual tiene el objetivo de lograr una cobertura del 95%.¹

En el abandono de la lactancia materna se han detectado dos factores:

1. Promoción de sucedáneos de la leche humana así como su introducción en los sistemas de salud.
2. Incapacidad por parte de los profesionales de la salud de defender, proteger y apoyar a la lactancia.¹

II.B.2. CONSEJERIA DE LA LACTANCIA MATERNA

En las estrategias por parte del sector salud para fortalecer la promoción a la lactancia natural deben incluir tres niveles de actividad:

- I. Protección de las mujeres que realizan o planean llevar a cabo la lactancia natural a través de políticas, programas y actividades.

- II. Apoyo a la LM mediante actividades (formales e informales) que aumenten la confianza en cuanto a la capacidad de lactar, con el fin de disminuir los temores o dudas al respecto.
- III. Promoción de la LM por medio de actividades exprofesas de acuerdo al área en que se realice.²³

Es importante enfatizar que estos tres puntos deben individualizarse de acuerdo a las situaciones de cada comunidad, por ejemplo, donde imperan las prácticas de LM pero las formulas sucedáneas comienzan a incursionar, se debe hacer énfasis en las actividades de protección, por el contrario, en donde la mayoría de las mujeres no lactan en absoluto, los principales esfuerzos deben encaminarse con relación a la promoción. Por lo cual se podría enfatizar que la protección y el apoyo son medidas preventivas y la promoción es un enfoque curativo.²³

La protección de la lactancia favorece a las mujeres que normalmente amamantarían con éxito, en contra de las fuerzas que pueden ir en contra de esta práctica. Por lo cual se considera necesario reducir las diversas formas de promoción de las formas lácteas, incluyendo la dirigida a los profesionales de la salud, la distribución de muestras, calendarios, materiales de promoción así como las visitas a centros hospitalarios, incluso pueden ser necesarias medidas legislativas para acabar con las prácticas mencionadas.²³

El apoyo a la LM en muchas áreas urbanas donde el empleo fuera de casa de las madres puede ser un obstáculo para realizarla es indispensable tomar acciones pertinentes para permitirles que puedan continuar con su trabajo y amamantar a sus hijos; la Conferencia Internacional sobre Nutrición realizada por la FAO/OMS en 1992 reconoció *el derecho de los niños y las madres a la LME*, por lo cual el Plan de Acción para la Nutrición adoptado por la Conferencia definió que los gobiernos deben *apoyar y alentar a las madres para que amamenten a sus hijos, tanto si cuentan con un trabajo fijo como si trabajan ocasionalmente*, entre otras medidas se incluyen 12 semanas de licencia por maternidad con beneficios pagados o por lo menos 66% del sueldo anterior, dos reposos de 30 minutos para la lactancia durante cada día laboral así como prohibición del despido durante este periodo. Sin embargo la correcta aplicación de los puntos referidos continuando siendo fuertemente obstaculizados en muchos países.²³

La promoción de la LM incluye la educación y motivación de las madres que no están convencidas en realizarla. En teoría, las medidas de promoción son las más difíciles y costosas de las tres opciones mencionadas, sin embargo en algunas sociedades, son esenciales si se desean incrementar las tasas de prevalencia de LM. Usualmente el enfoque comprende medios masivos, campañas de educación tanto en grupos como personalizada, además de una amplia consejería por parte de los profesionales de la salud, dando a conocer las ventajas de la lactancia no solo en el niño, sino además en la madre, en la familia, en el entorno social, desventajas de la lactancia artificial además de intervenir en los problemas individuales asociados para iniciarla o mantenerla.²³

II.B.3. Clasificación y Características de la Leche

La leche humana es un fluido biológico completo y específico para las necesidades del lactante, conteniendo carbohidratos, lípidos proteínas, incluidas las inmunoglobulinas, calcio, fosforo, vitaminas, factores de crecimiento, y otras sustancias que la hacen el alimento ideal para el niño pequeño.¹

Precalostro. Se produce durante el tercer mes de la gestación, formado por un exudado del plasma, células, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbúmina, sodio, cloro y lactosa.¹

Calostro. Producido en los primeros cuatro días después del parto, formado por un líquido amarillento por la presencia de beta-carotenos, teniendo una densidad alta (1.040-1.060) por lo cual es más espeso y amarillento. Aumenta su volumen progresivamente hasta 100 ml al día.¹

Leche de transición. Producida entre el cuarto y décimo día del periodo post parto, presentando aumento en el contenido de lactosa, grasa, calorías y vitaminas hidrosolubles, disminuyendo las proteínas, inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles. Dichos cambios se producen de una manera abrupta, estabilizándose al décimo día, produciéndose un volumen de 600 a 750 ml/día.¹

Leche madura. Después del día diez, el volumen producido es de entre 700 a 900 ml/día en 24 horas durante los primeros seis meses y de aproximadamente 600 ml en los segundos seis meses.¹

Leche del pretérmino. Aquellas mujeres que tiene un parto pretérmino producen durante un mes una leche de composición diferente adaptándose a las características del prematuro. Tiene un mayor contenido en proteínas, grasas, calorías y cloruro de sodio. ¹

De la composición de la leche madura el componente más abundante es el agua, además de lípidos y de ellos los triglicéridos en un 98%, constituyen la fuente principal de energía hasta con un 50% de calorías, lipasa, ácidos grasos esenciales omega 3, omega 6 (ácido linoleico y ácido araquidónico), ácidos grasos saturados (ácido palmítico), proteínas, de las cuales es importante recordar que forman suaves coágulos cuando se acidifican en el estómago del lactante, a diferencia de las contenidas en la leche artificial en la cual se produce flora patógena implicando absorción de macró-moléculas por pinocitos en el intestino quedando sin descomponer causando alergias a otros alimentos con los mismos aminoácidos. La IgA secretora es la inmunoglobulina más abundante, en el aparato digestivo del lactante evitan que los microorganismos atraviesen las paredes intestinales, además protegen la mucosa conjuntival, del oído y de la vía urinaria; protegiéndolas contra patógenos comunes como *Escherichia coli*, *Shigella*, *Salmonella*, *Campylobacter*, *Vibrio cholerae*, *Haemophilus influenzae*, y *Streptococcus pneumoniae*. ¹

Cuadro 2. Diferencias en la composición de la leche humana, el calostro y la leche de vaca ²³

	<i>L. Humana Madura</i>	<i>Calostro</i>	<i>L. de Vaca</i>
Agua	88	87	88
Energía	70	58	69
Lactosa g/100ml	7.3	5.3	4.8
Proteínas Totales g/100ml	0.9	2.3	3.3
Caseína g/100ml	0.25	-	2.73
Lacto-albumina g/100ml	0.26	0.16	0.11
B Lacto-globulina g/100ml	0	0	0.36
Lactoferrina g/100ml	0.17	0.33	Trazas
Lisozima g/100ml	0.05	-	Trazas
Ig A g/100ml	0.14	0.36	0.003
Grasas totales g/100ml	4.2	2.9	3.8
Ácido Linoleico % de la grasa	8.3%	6.8%	1.6%
Colesterol g/100ml	16	28	-
Calcio g/100ml	28	-	125
Fosforo g/100ml	15	-	96

II.B.IV. BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Se han descrito y avalado mediante estudios de gran trascendencia científica todas las ventajas de lactancia materna, tanto para la salud del infante, de la madre, en el entorno familiar y social; por ser un método ecológico, económico por no generar gastos agregados a los propios de la lactancia artificial, de las enfermedades que presentan los no amamantados y los problemas de las madres que no la practican. (Cuadro 3).¹

Cuadro 3. Beneficios de Lactancia Materna¹

Para el Lactante	Para la Madre
Apego a la madre	Favorece el vínculo madre-hijo
Nutrición adecuada	Satisfacción personal
Previene la Hiperbilirrubinemia	Prevención del cáncer de mama y de Ovario
Protección inmunológica	Recuperación de los senos
Mejor digestión	Mejor aspecto físico
Favorece el crecimiento y desarrollo óptimos	Disminuye el riesgo de hemorragias después del parto y favorece la involución uterina
Organización bio-cronológica y sensorial	Disminuye el riesgo de osteoporosis
Patrones afectivos emocionales y de la personalidad	
Mejor desarrollo intelectual, psicomotor, dento-maxilar, facial y visual	
Disminución de infecciones	

Además se han descrito los beneficios para la familia al enriquecer el vínculo entre los padres, madre e hijo, con el consecuente desarrollo afectivo, social y cognitivo. A nivel social se disminuyen los gastos públicos en servicios de salud al mejorar la prevención de enfermedades materno-infantiles.¹

II.B.V. RECOMENDACIONES GENERALES PARA EL AMAMANTAMIENTO

Tanto en la atención prenatal, en salas de parto, de alojamiento conjunto, materno-infantil y en la consulta de medicina familiar, la madre debe ser capacitada y preparada física y psicológicamente con el fin de propiciar el inicio y apego temprano de lactancia materna, con evaluaciones en consultas subsiguientes para que sea exitosa.

Recomendaciones:

- ✓ Posición del lactante frente a la madre, evitando que este tenga que extender o girar la cabeza para comer
- ✓ Que la mayor parte de la areola quede dentro de la boca del niño
- ✓ Baño general diario
- ✓ Durante el aseo se realice autoexploración mamaria con el fin de detectar nódulos o tumoraciones (acúmulos de leche)
- ✓ Lavado de manos antes del amamantamiento
- ✓ Mantener al lactante descubierto mientras se realiza, evitar que se duerma, permitiendo contacto libre y estrecho con su madre
- ✓ Adoptar la posición más cómoda, ya sea sentada o acostada con el dorso bien apoyado
- ✓ No lavar el seno antes ni después de lactar al infante
- ✓ Realizar extracción manual de unas gotas de leche y aplicarla en el pezón antes y después de amamantar
- ✓ Propiciar que los senos estén secos después de amamantar, ya que la humedad favorece la proliferación bacteriana y formación de fisuras
- ✓ Para mantener la producción de leche, se recomienda dar a libre demanda
- ✓ Colocar al lactante de tal manera que sus extremidades superiores no interfieran entre la boca y el pezón
- ✓ Propiciar vaciar el seno antes de cambiarlo al otro e iniciar en la próxima toma con el último seno que ofreció en la toma anterior
- ✓ Cuando la lactancia sea exclusiva y a libre demanda el niño no necesita recibir agua, ni jugos, ya que la leche materna cubre las necesidades nutricionales y de líquidos en el infante ^{1,22}

II.B.VI. Reflejos del recién nacido importantes para la lactancia materna

- Reflejo de búsqueda. Necesario para encontrar el pezón. Se realiza al tocar la mejilla del niño con el pezón, o con el pulpejo del segundo dedo.
- Reflejo de succión. Al estimular los labios, el lactante inicia movimientos de succión. Este reflejo es necesario para una alimentación adecuada.
- Reflejo de deglución. Es el paso de la leche hacia el estómago por medio de movimientos voluntarios e involuntarios dados en conjunto. ^{1,22}

II.B.VII. Técnica de Amamantamiento (Cuadro 4) ^{1, 22}

Cuadro 4. TECNICA DE AMAMANTAMIENTO	
Posición de la madre	Teniendo comodidad, tranquilidad y de tendencia a la relajación de la madre. Sentada: puede apoyar sus piernas sobre un banquillo, con el fin de mejorar la postura y elevar las piernas. Acostada: debe acomodar la espalda y utilizar cojines de apoyo
Ubicación del Niño	De frente a la madre, cuerpo a cuerpo en un mismo eje. La madre debe acercar el niño al seno, previniendo dorsalgias y tracción del pezón
Acoplamiento boca-pecho	Labios del niño evertidos (boca de pescado) alrededor de la areola, cubriéndola totalmente. No debe haber más de 1 cm entre la nariz del niño y la mama.
Posición de la mama	La madre siempre debe sostener el seno en forma de "C" con los cuatro dedos por debajo de la mama y el pulgar por encima
Frecuencia y duración de las tomas	Debe ser a libre demanda, la duración debe ser necesaria para que el niño logre extraer toda la leche de un seno, un signo adecuado es que quede blanda y cómoda.

II.B.VIII. POSICIONES PARA AMAMANTAR. Cuadro 5 ^{1, 22}

Sentada Clásica o de Cuna	Con almohadas en los descansa brazos de las silla o por debajo del cuerpo del niño, con la cabeza de este en ángulo interno del codo formado una línea recta con la espalda y la cadera, acercándolo hacia el seno con una abrazo estrecho, sosteniendo el seno en "C".	
----------------------------------	---	--

<p>Debajo del brazo (Sandía o de Fútbol Americano)</p>	<p>Sosteniendo al niño sobre el antebrazo de la madre, su cuerpo va hacia atrás mientras la cabeza es sostenida por la mano del mismo lado, Ideal durante el post-parto, post cesárea, o gemelos.</p>	
<p>Semi-sentada</p>	<p>En Hospital, en madres post-cesárea, con la cama en posición semi-fowler sosteniendo la espalda con una almohada, el niño descansara sobre el tórax</p>	
<p>Acostada</p>	<p>Madre en decúbito lateral, utilizando almohadas que den apoyo a la espalda y para elevar el cuerpo del niño</p>	
<p>Reversa</p>	<p>Permite deslizar al niño de un seno a otro sin cambiarlo de posición</p>	

<p>Caballito</p>	<p>Sobre todo en mamas grandes, con grietas, niños hipo o hipertónicos, fisura labio-palatina, Síndrome de Down, Post-cesárea, gemelos</p>	
<p>Técnica para gemelos</p>	<p>Se puede sugerir que alimente uno a uno y la segunda es que lo haga a ambos al mismo tiempo</p>	

II.B.IX. DECALOGO PARA GARANTIZAR UNA LACTANCIA MATERNA EXITOSA

- I. Tener una política sobre lactancia, donde se informe de rutina a todo el personal responsable del cuidado de la salud
- II. Capacitar a todo el personal de salud en las técnicas necesarias para llevar a cabo esta política
- III. Informar a todas las mujeres embarazadas sobre los beneficios y sobre el manejo de la lactancia
- IV. Ayudar a las madres a iniciar a amamantar a la media hora del nacimiento
- V. Mostrar a las madres cómo se amamanta y como se mantiene la lactación aunque estén separadas de sus niños
- VI. No suministrar a los recién nacidos alimentos o bebidas diferentes a la leche materna, a menos que los indique el médico
- VII. Practicar alojamiento conjunto, permitir que las madres y los niños permanezcan en la misma habitación durante las 24 horas del día
- VIII. Alentar a que se practique la lactancia de acuerdo con la demanda
- IX. No suministrar biberones artificiales o chupones a aquellos niños que se están amamantando

- X. Promover la conformación de grupos de apoyo a la lactancia y referirles a las madres cuando salgan del hospital ^{1,22}

II.B.X. LACTOGENESIS

La secreción láctea es llevada a cabo en las células epiteliales de los alveolos de la glándula mamaria, en las cuales existen células madre y células alveolares secretoras, las primeras son estimuladas por la hormona del crecimiento y la insulina, las células alveolares secretoras son estimuladas por la prolactina. ²²

Estadio I. Durante el embarazo. Los estrógenos y la progesterona secretados por la placenta, las cuales son esenciales para el desarrollo físico de las mamas, pero inhiben la secreción de la leche, la prolactina estimula la secreción y su concentración en sangre se eleva constantemente desde la quinta semana hasta el nacimiento. Además la placenta secreta grandes cantidades de somatomatotropina humana la cual coadyuva a la acción de la prolactina y además tiene actividad lactogénica mínima, por lo cual a pesar de los efectos inhibidores de los estrógenos y progesterona, la glándula mamaria secreta el Calostro 10-12 semanas antes del parto. ²²

Estadio II. Comienzo de la secreción láctea. Ocurre de manera inmediata después del parto, ante el descenso brusco de los estrógenos y progesterona, el aumento de los niveles de prolactina con su papel estimulador de la producción láctea. Siendo necesario el estímulo de otras hormonas como la del crecimiento, el cortisol, la paratiroidea y la insulina, por los sustratos para la formación de leche (aminoácidos, ácidos grasos, glucosa y calcio). ²²

Estadio III. Galactopoyesis, establecimiento y mantenimiento de la secreción láctea madura. El mecanismo iniciado por el reflejo de succión del bebé al estimular los receptores sensitivos del pezón, lo cual produce un reflejo neural aferente, vía medula espinal al mesencéfalo y de ahí al hipotálamo, desencadenando la secreción de prolactina de la hipófisis anterior y oxitocina de la hipófisis posterior. La prolactina estimula la síntesis y producción de la leche y cada vez que la madre amamanta al bebé se produce un pico de hasta 10-20 veces del valor basal, efecto que dura aproximadamente una hora. La cantidad secretada es proporcional a las veces que se estimula el pezón, siendo los niveles mayores por la noche. La oxitocina estimula la contracción de las células mio-epiteliales que cubre los alveolos y estimula el vaciamiento hacia los conductos galactóforos y finalmente hacia el pezón conocido como reflejo de eyección. ²²

II.B.XI. Problemas que afectan a la Lactancia Materna

II.B.XI.I. Problemas en la madre

La decisión de amamantar es voluntaria, anteriormente las mujeres la acataban por costumbre, sin embargo en la actualidad intervienen factores sociales, de educación, además de las propias del entorno. Importante mencionar las diferentes variantes relacionadas a los pezones y es que de todas ellas él bebe puede succionar, ya sea cortos, largos, anormalmente largos, además de planos e invertidos, además de las diversas patologías que afectan a la glándula mamaria como la mastitis donde se debe evitar la suspensión del amamantamiento y seguir con el tratamiento farmacológico y de medidas generales, de absceso que generalmente es unilateral, pudiendo drenarse y dar el manejo apropiado, diferenciar entre la ingurgitación y de la plétora haciendo énfasis en extraer la leche manualmente capacitando a la madre en como propiciar su correcto almacenamiento y de estimular el reflejo de la oxitocina para no contrarrestar la producción láctea. Además de complementar las dudas de la madre cuando haya patologías sistémicas asociadas, ya que todos los casos deben individualizarse para propiciar las medidas apropiadas para no suspenderla. ^{1, 22, 23}

II.B.XI.II. Problemas en el niño

Pudiendo ser anatómicos como el labio y paladar hendido, donde él bebe manifiesta cansancio e irritación, donde se debe de impulsar manualmente la leche para saciar su hambre y satisfacer la necesidades de nutrientes, además de tener una correcta posición sentado o semi-sentado para proteger la vía aérea; además de problemas asociados con la prematurez y de bajo peso, donde la técnica madre canguro la triada calor-amor y lactancia promueve el desarrollo bio-psico-social del recién nacido. ^{1, 21, 22}

II.B.XI.III. Factores de riesgo socio-culturales

Se debe considerar a la familia, ya que pueden influir de manera positiva como negativa, la rutina en los hospitales en los cuales entregan al bebe a su madre hasta el egreso hospitalario, instituciones educativas o laborales donde el personal no apoya a la lactancia favoreciendo el uso del biberón, la ausencia de guarderías dentro o cerca de las áreas de trabajo, aunado al desconocimiento de la madre para extraerse la leche, almacenarla y que otra persona se la dé con un vaso o cuchara. ^{1, 22, 23}

II.B.XI.IV. Factores morfológicos relacionados con los pezones

De diversas formas y tamaños de los pezones él bebe puede prácticamente succionar de todos ellos, ya sea cortos, largos, anormalmente largos, además de planos e invertidos. De los cuales se debe de informar al personal de salud para propiciar mediante explicaciones y supervisiones de la técnica para propiciarla y mejorarla. ^{1, 22, 23}

II.C. MEDICO FAMILIAR

Es el especialista que atiende los problemas relacionados con el proceso salud-enfermedad en forma integral, continua y bajo un enfoque de riesgo, en el ámbito individual y familiar tomando en consideración el contexto biológico, psicológico y social.²⁴

II.C.I. Áreas de práctica profesional del médico familiar

- Atención al Individuo. Considerada como la primera responsabilidad del MF, prestar una atención clínica efectiva y de calidad, por lo cual debe de contar con conocimientos y habilidades para llegar a un diagnóstico y tratamiento certeros. ²⁵
- Atención a la familia. Sin duda uno de los pilares de la medicina familiar, es la interacción del médico con el individuo y la familia, ya que esta tiene una alta trascendencia para el individuo. Su aspecto negativo puede ser considerado como la que genera el estado de enfermedad, iniciadora de síntomas, hábitos de vida inadecuados así como conductas de salud erróneas. Por el contrario, su lado positivo se puede tomar como un recurso como mantenimiento de la salud, el cuidado y la resolución de problemas. ²⁵
- Atención de la comunidad. Con la finalidad de conocer el estado de salud, problemas asociados, además de recursos del entorno; desde 1978 en México se decretó que la medicina familiar y comunitaria proporcionará la salud, prevendrá la enfermedad, desarrollará la educación sanitaria tanto individual, familiar y comunitaria. ²⁵
- Área de Docencia e Investigación. Donde el MF con la finalidad de mejorar su formación, conocimiento científico, además de ejercicio profesional, ya sea mediante la autoformación y/o formación continuada, además de contribuir a la formación de futuros médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria. ²⁵
- Área de Apoyo. Mediante la interacción efectiva con los demás integrantes del equipo de salud de atención primaria con el fin de obtener los resultados esperados

con los pacientes, mayor satisfacción profesional y facilitando el enfoque biológico, psicológico y social.²⁵

II.C.II. Funciones del médico familiar

Considerando que el MF es un especialista del primer nivel de atención, que en su ejercicio reúne los principios de integralidad, continuidad, interés y atención personalizada para el cuidado del individuo y su familia, mediante diferentes servicios con enfoque de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.²⁶

- Atención de niños y adultos
- Evaluación del estado de salud (análisis de riesgos)
- Prevención de enfermedades (diagnóstico precoz)
- Promoción de la salud (prevención primaria, modificación de estilos de vida y comportamientos no saludables)
- Educación del paciente y apoyo para el autocuidado
- Diagnóstico y manejo de enfermedades agudas
- Diagnóstico y manejo de enfermedades crónicas
- Cuidados paliativos
- Atención prenatal
- Salud mental primaria
- Referencias a segundo nivel en caso necesario
- Integración del paciente al sistema de salud
- Mejora de la calidad, práctica y toma de decisiones basada en la investigación y en la costo-efectividad²⁶

III. JUSTIFICACION

De acuerdo a los datos publicados por la OMS cada año se podría salvar la vida de 800,000 menores de 5 años si la LM de todos los menores de 23 meses fuera óptima, en 2012 a nivel mundial, 162 millones de menores de 5 años sufrían retraso en el crecimiento y 51 millones presentaban un peso bajo para su talla, la mayor parte de los casos debido a una alimentación deficiente y a infecciones de repetición. A la LM se le relaciona con un descenso del 53% de morbilidad hospitalaria por enfermedades diarreicas y un 27% por infecciones del tracto respiratorio, sin embargo solo aproximadamente un 38% de los lactantes de 0 a 6 meses se alimentan exclusivamente con leche materna y el 39% tiene lactancia materna complementaria de 20-23 meses.²⁷

En México datos arrojados por la ENSANUT de 2012 las prácticas de LM están muy por debajo de la recomendación de la OMS, poco más de un tercio de los niños recién nacidos son puestos al seno materno en la primera hora de vida, en los niños menores de 6 meses solo el 14.4% reciben LME, el 50% de los niños menores de 2 años usan biberón y solo la tercera y séptima parte de los niños reciben lactancia materna al año y a los dos años, encontrando una mediana de duración de 10.2 meses.²

Lo anteriormente descrito prevalece pese a las múltiples medidas implementadas por la OMS y la UNICEF para fortalecer el apego a la LM, mediante códigos internacionales para no permitir la difusión de los sucedáneos de la leche materna, el apoyo a las madres trabajadoras, la creación de los Hospitales Amigos de los Niños, la difusión del decálogo de la LM, las medidas que se han tratado de instaurar para capacitar a todo el personal de salud encargado de brindar información en LM a las mujeres embarazadas y con niños menores de 2 años así como los todas la investigaciones donde se han descrito ampliamente los beneficios tanto para el niño como para la madre. En México él IMSS con el afán de apegarse a las recomendaciones por la OMS no se ha quedado atrás, creando desde la década de los noventas los Hospitales Amigos de los Niños y de la Madre donde se difunde, protege y apoya a la LM.^{1,2}

Se ha vinculado con una práctica inadecuada de la LM a mujeres primigestas, con una experiencia anterior negativa, al bajo peso del recién nacido, al parto por cesárea, a la aparición de problemas durante la lactancia, a una actitud familiar negativa, menor nivel de estudios o con acceso más difícil a la información necesaria, además de la incorporación materna al trabajo remunerado por lo cual la provisión de información adecuada pueden ser

factores que no solo promuevan y apoyen a la LM sino que además la protejan, donde queda de manifiesto que los profesionales de salud encargados de brindar dicha información en la atención prenatal y particularmente en las unidades de medicina familiar, donde el médico que es considerado como uno de los pilares del primer nivel de atención debe contar con conocimientos y habilidades de calidad.^{11, 12}

Los esfuerzos para evaluar los conocimientos y habilidades de los profesionales de la salud no se han realizado de manera sistemática, lo cual es necesario para lograr fortalecerlos y mejorar los indicadores de salud. Es de vital importancia evaluar a los médicos familiares de manera formativa y sistematizada, para poder fortalecer los conocimientos y habilidades y de manera consecuente su competencia clínica.¹⁸



IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

IV.A. CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACION EN ESTUDIO

En el Instituto Mexicano del Seguro Social es la institución de seguridad social más grande de América Latina, considerado como pilar fundamental del bienestar individual y colectivo de la sociedad mexicana, donde el primer nivel de atención a la salud se lleva a cabo en las Unidades de Medicina Familiar, en el cual el Médico Familiar atiende a cerca del 80% de los derecho-habientes. ²⁸

En el Estado de Aguascalientes se cuenta con 11 Unidades de Medicina Familiar, de las cuales seis son Urbanas (UMF 1, UMF7, UMF 8, UMF 9, UMF 10 y UMF 11) las cuales brindan alrededor de 7,835 consultas al día. ²⁸

En la UMF No. 10 se cuenta con una plantilla de 71 médicos, de los cuales 42 son Médicos familiares de Base.

IV.B. PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD

La evaluación de los conocimientos y habilidades como componentes esenciales de la competencia clínica es necesaria para establecer sistemas de normalización y de certificación de las mismas. En México, la facultad de medicina de la UNAM a través del proyecto PAPIME en 1997 inicio un modelo operativo para el análisis de estos elementos, integrando los conocimientos, las habilidades y las actitudes de las ciencias básicas, clínicas y socio-médicas en la solución de los problemas individuales y colectivos. ¹⁹

Considerando que el médico familiar es un especialista del primer nivel de atención se encuentra en una posición privilegiada con el fin de promocionar, apoyar y proteger a la lactancia materna, por lo cual el contar con conocimientos y habilidades es crucial para brindar una atención eficiente. ²⁴

En el campo de los conocimientos y habilidades del médico se debe recalcar que un bajo nivel puede ser favorecido por ambientes no propicios para desarrollarlos en toda su extensión además de que aún hay cierta dificultad para contar con toda la información generada día a día a través de las investigaciones científicas. ^{23, 25}

La duración de la LM 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 los indicadores de LM se encontró un franco deterioro, como el porcentaje de LME en menores de 6 meses bajó entre el 2006 y 2012, de 22.3% al 14.4% y fue dramático en el medio rural, donde descendió a la mitad (36.9% a 18.5%), de manera similar la lactancia continua al año y a los dos años disminuyó. El 5% más de niños menores de seis meses consumen fórmula y aumento el porcentaje de niños que además de leche materna consumen innecesariamente agua, lo cual es negativo porque inhibe la producción láctea e incrementa de manera importante el riesgo de enfermedades gastrointestinales. Las madres que no dieron pecho a sus hijos mencionan como razones, algunas causas que sugieren desconocimiento o poco apoyo antes y alrededor del parto, para iniciar y establecer la lactancia.²

IV.C. SISTEMA DE ATENCION A LA SALUD

Según la OMS, un sistema de salud funciona adecuadamente si al responder tanto a las necesidades como a las expectativas de la población cumple los siguientes objetivos: mejorar la salud de la población, reducir las inequidades en salud, proveer acceso efectivo con calidad y mejorar la eficiencia en el uso de los recursos. Por lo cual el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 de acuerdo al Plan Nacional de Desarrollo del mismo periodo establece los siguientes seis objetivos como Metas Nacionales:

1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.
2. Asegura el acceso efectivo a servicios de salud con calidad.
3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida.
4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.
5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud.
6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.²⁹

IV.C.I. Normas

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, en la cual se detallan los criterios y procedimientos para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, estableciendo que la mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito,

mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo de forma rutinaria aumentan los riesgos, las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida y adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez.³⁰

IV.C.II. Guías de Práctica Clínica

Guía Clínica para la Lactancia Materna: Madre con enfermedad tratada con medicamentos. 2013. La cual tiene como objetivos disponer al personal del primer, segundo y tercer nivel de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre: las indicaciones y contraindicaciones de la LM en las madres tratadas con antibióticos, en madres tratadas por Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Hepatitis B y C, Crisis Convulsivas, Mastitis, VIH y SIDA, con otros medicamentos de relevancia en la práctica clínica con la lactancia y las indicaciones de conservación de la leche humana en madres con alguna otra patología.³¹

Guía Clínica para la Lactancia Materna: Niño con enfermedad. 2013. Teniendo como objetivos generales poner a disposición del personal del primer, segundo y tercer nivel de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de: Promover, apoyar y fomentar la lactancia materna en el recién nacido y lactante con enfermedad, además de definir las estrategias para identificar y tratar los problemas relacionados así como la percepción, preparación y almacenamiento en las áreas donde se recibe, prepara y almacena la leche materna. De esta manera favorecer la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.³²

IV.C.III. Lineamiento Técnico Médico para la Lactancia Materna

Documento realizado por el IMSS en 2011 el cual tiene como objetivo general proporcionar al personal directivo y operativo de las unidades médicas los lineamientos técnicos médicos para fortalecer la LME y complementaria, para contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad en los niños, así como mejorar su nutrición y favorecer el vínculo afectivo

madre-hijo, además de elevar la calidad de vida y de la atención mediante estrategias de intervención específicas.¹

IV.C.IV. Manual de Consejería en Lactancia Materna

Emitido con el aval de la OMS/UNICEF/OPS desde 1993 como un instrumento para capacitación al personal de salud encargado en promover, proteger y apoyar a la LM.²²

IV.D. NATURALEZA DEL PROBLEMA

Los conocimientos y habilidades del médico familiar sobre lactancia materna no se han identificado con precisión aun en nuestro medio. López (2014), encontró que el conocimiento acerca de la Lactancia Materna de los médicos familiares en una unidad de medicina familiar en el Estado de México fue en un nivel regular en un 66% de los evaluados y en un nivel bueno en un 33%, sin embargo el hecho de haber aplicado el mismo instrumento de evaluación tanto a personal de médicos generales, médicos familiares, enfermería y de asistentes médicas, le resta precisión y confiabilidad por las diferencias de nivel educativo entre los sujetos.⁴

En las revisiones de estudios realizados en otros países, donde evaluaron al personal de salud encargado de brindar la información de lactancia materna a mujeres embarazadas y a madres con hijos menores de 2 años de edad como lo son el propio médico familiar, pediatras, ginecólogos-obstetras además del personal de enfermería nos muestran resultados con discrepancia, Nakar y colaboradores encontraron que el nivel de conocimientos en 123 médicos de familia se encontró en puntuaciones bajas con una media de 3.5 +/-1.7 (en una escala del 1 al 7). Zamorano en (2007) encontró que los residentes de medicina de familia el 35% obtuvieron niveles deficientes en cuanto al conocimiento de lineamientos básicos de la lactancia, ninguno de los evaluados conocía en que consiste el programa Hospital Amigo de los Niños, además la mitad no contestó adecuadamente en cuanto al manejo de la LM en la coexistencia de mastitis, lo cual en relación a lo encontrado por Roig y colaboradores (2010) donde se demostró que entre los factores que influyen al no apego a la LM está la de ser madres de primera vez, o con una experiencia anterior negativa, madres con menor nivel de estudios o la propia provisión de información inadecuada en cuanto a la lactancia, coadyuvan más para mantener las tasas de apego a la LM en niveles no esperados.^{3, 7, 11,}

Se debe de recalcar que los hallazgos en los diferentes estudios revisados concluyen en la importancia que hay en cuanto a mejorar la capacitación brindada a los médicos, tanto a nivel pregrado como a los que se encuentran ya en su práctica profesional, estableciendo medidas de evaluación continua con el fin de detectar al personal que requiera estrategias de educación efectivas. Además no se contaba con un instrumento de evaluación factible, practico, que arroje resultados precisos en cuanto a lo que se pretende medir, por lo cual Gómez y Menéndez (2015) crearon y validaron un cuestionario sobre conocimientos y habilidades en lactancia materna para personal médico, basado en las recomendaciones emitidas por la OMS y la UNICEF que son de carácter internacional.³³

Finalmente el hecho de no conocer con precisión los conocimientos y habilidades del médico familiar en nuestro medio puede repercutir directamente con las tasas bajas de lactancia materna reportadas ya que no se sabe si la información que reciben las usuarias es de calidad, tanto de promoción, protección y apoyo a la misma.³⁴

IV.E. DISTRIBUCION DEL PROBLEMA

Considerando que el médico familiar como especialista del primer nivel de atención, el cual en la ejecución de su trabajo reúne los principios de integralidad, continuidad, interés y atención personalizada para el cuidado del individuo como de su familia, con un enfoque de prevención, de diagnóstico, de tratamiento y/o rehabilitación, es imperativo realizar evaluaciones de conocimientos y habilidades en las diferentes áreas mencionadas con la finalidad de sentar bases estratégicas con el fin de mejorarlas.²⁶

Los hallazgos reportados en la literatura en cuanto a los médicos familiares con nivel de conocimientos y habilidades en lactancia materna insuficientes los han categorizados de la siguiente manera, a partir de más de 10 años de antigüedad laboral disminuyen los conocimientos y habilidades en lactancia materna hasta en el 50% de los casos, aquellos sin experiencia personal previa de lactancia materna hasta en 18% de los casos, en el género masculino hasta en 13% de los casos comparado con personal femenino, sin encontrar diferencias significativas relacionadas con la edad, lo cual se puede considerar al momento de seleccionar a quienes brindar estrategias de educación.^{4,5}

En Aguascalientes datos arrojados por la ENSANUT de 2012 mostraron que solo el 45.4% de los recién nacidos tuvieron un inicio temprano de la LM, solo el 14.9% de los niños de 0-11 meses, el 11.3% de los niños de 12-23 meses recibieron una lactancia adecuada, lo cual

comparado con la ENSANUT de 2006 se corroboró un franco deterioro en ambos grupos con disminución en las tasas porcentuales de 15 y 6 puntos respectivamente, además el uso de biberón se registró en el 60.8% de los menores de dos años.³⁵

IV.F. GRAVEDAD DEL PROBLEMA

La lactancia materna es una de las estrategias más costo-efectivas para prevenir la morbi-mortalidad infantil, evitando hasta un 22% de muertes neonatales, desciende hasta un 53% la morbilidad hospitalaria por enfermedades diarreicas, un 27% por infecciones de vías respiratorias, en Estados Unidos el 25% del incremento en la mortalidad en niños se le ha atribuido a no haber sido amamantados al seno materno, además de atribuirle múltiples beneficios hacia la madre como la disminución del riesgo de presentar cáncer de mama o de ovario, obesidad, diabetes mellitus, entre otros, por lo cual todas las estrategias dirigidas a mejorar los programas de promoción, protección y apoyo a la LM se consideran de vital importancia con el fin de mejorar la prevalencia ya que solo el 38% de menores de 6 meses se apegan a la LME a nivel mundial y en México se tiene un tasa del 14.4% en el mismo sector de la población, siendo que la OMS/UNICEF establecieron una meta del 80%.^{1, 36}

Antes de realizar una estrategia para mejorar la calidad de la información de la LM, se debe enfatizar el proceso de evaluación, teniendo como punto primordial la práctica clínica de los profesionales de la salud, lo cual históricamente se ha venido realizando de formas prediseñadas y orientadas a la memoria, actualmente al evaluar los conocimientos y habilidades de los médicos se trata de vincular los contenidos de los instrumentos evaluadores con aspectos utilizados en la práctica clínica cotidiana con la finalidad de que los resultados obtenidos sean reflexivos y de alto impacto.^{36, 37}

IV.G. FACTORES MÁS IMPORTANTES QUE PUEDEN INFLUIR EN EL PROBLEMA

Formativos. En nuestro medio desde el pregrado, pasantes, y de residencia médica de los médicos familiares es desconocido el nivel de conocimientos y habilidades adquiridas en cada etapa.³⁸

Capacitación. De igual manera el nivel de conocimientos y habilidades del médico familiar ya como médico adscrito son desconocidos, aunque se cuenta con servicios encargados de brindar información de LM tanto en la consulta de medicina familiar, como en la de materno-infantil, es necesario contar con instrumentos de evaluación para implementarlos en ellos.³⁷

De desconocimiento. Por parte del personal de salud encargado de brindar la información en lactancia materna, de las normas internacionales y nacionales, decálogo, guías y lineamientos que son herramientas para brindarla de una manera eficaz.³⁸

Propios de la Práctica. Conocimiento, lo que el médico debe de saber sobre la lactancia materna, habilidad, lo que el médico hace para brindar información sobre la lactancia materna.³⁸

Institucionales. Políticas, con la participación de las instituciones sociales, educativas, gubernamentales y de salud.³⁸

IV.H. ARGUMENTOS CONVINCENTES DE QUE EL CONOCIMIENTO DISPONIBLE PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA NO ES SUFICIENTE

No obstante los órganos promotores de salud a nivel mundial y nacional, han implementado diversas estrategias, promoviendo códigos internacionales, como la prohibición de promocionar sucedáneos de la leche materna en hospitales, publicación de guías capacitadoras en lactancia materna, lineamientos técnicos para el personal de salud, guías de práctica clínica para situaciones especiales, como la referentes a la LM en madre o niño con enfermedad, la publicación en diversas bases de datos con un factor de impacto alto, de todos los beneficios de la LM, se siguen observando una prevalencia mucho menor a la esperada de apego al amamantamiento.^{1, 22}

Por lo cual estrategias de capacitación y evaluación continua dirigidas al personal encargado de brindar información de lactancia materna, y en este caso al médico familiar considerado como uno de los pilares para cumplir las metas establecidas en el primer nivel de atención, favorecerá en uno de sus puntos más importantes el mejoramiento de las tasas prevalencia de la LM, y más aún si estos esfuerzos son encaminados a los elementos debilitados que se detecten.^{22, 23}

IV.I. INFORMACION QUE SE ESPERA OBTENER COMO RESULTADO DEL PROYECTO Y COMO SE UTILIZARA PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA

Con este proyecto se identificaron los niveles de conocimiento y habilidades del médico familiar sobre lactancia materna en la UMF no. 10 de la delegación Aguascalientes, considerando a esta información importante con la finalidad de sentar la base para realizar una estrategia para mejorar la calidad de la información brindada en lactancia materna a las embarazadas y a las madres de menores de 2 años de edad, apegada a las normas,

guías tanto nacionales como internacionales para mejorar las tasas de prevalencia de la misma, además de los beneficios que esta trae consigo y así verlo reflejado en los demás indicadores de salud de la población.



V. PREGUNTA DE INVESTIGACION

De la información aportada hasta este punto surge la pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de conocimientos y habilidades del Médico Familiar sobre la Consejería en Lactancia Materna en la Unidad de Medicina Familiar No. 10 de la Delegación Aguascalientes?



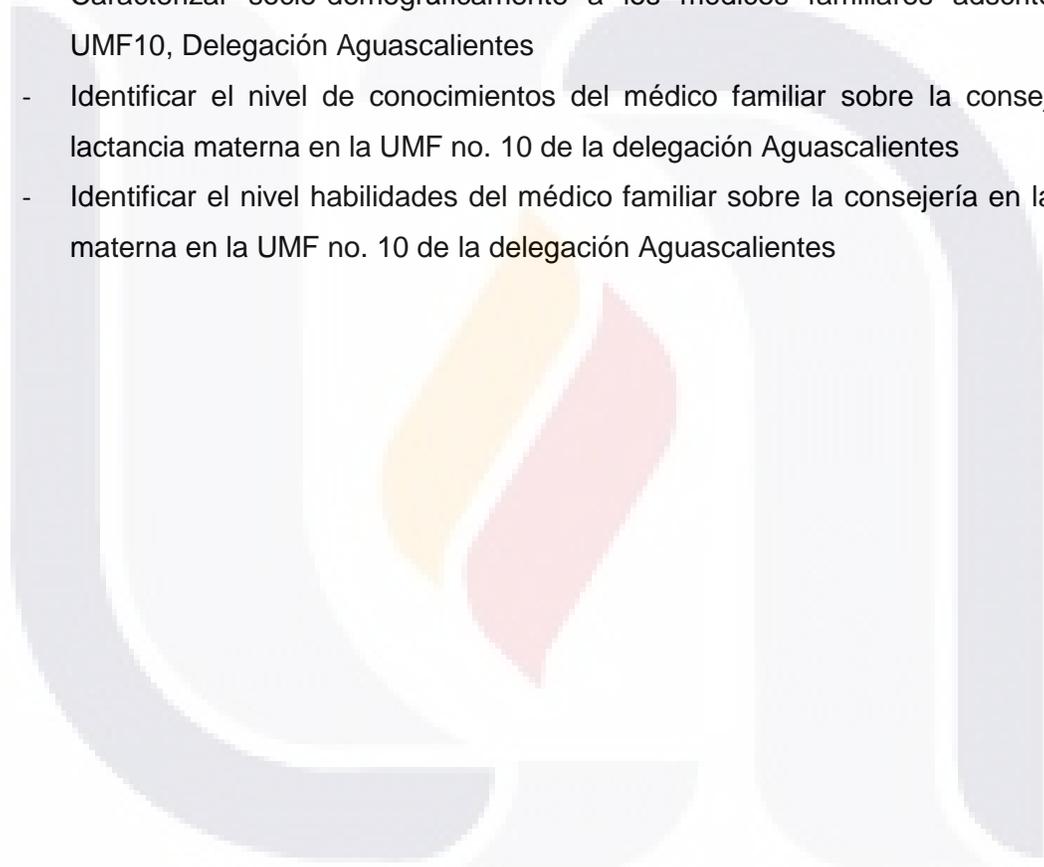
VI. OBJETIVOS

VI.A. OBJETIVO GENERAL

Identificar el nivel de conocimientos y habilidades del Médico Familiar sobre la consejería en Lactancia Materna en la Unidad de Medicina Familiar No. 10 de la Delegación Aguascalientes

VI.B. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar socio-demográficamente a los médicos familiares adscritos a la UMF10, Delegación Aguascalientes
- Identificar el nivel de conocimientos del médico familiar sobre la consejería en lactancia materna en la UMF no. 10 de la delegación Aguascalientes
- Identificar el nivel habilidades del médico familiar sobre la consejería en lactancia materna en la UMF no. 10 de la delegación Aguascalientes



VII. HIPOTESIS

VII.A. HIPOTESIS DEL TRABAJO

El nivel de conocimientos y habilidades en Lactancia Materna para brindar consejería es el adecuado en los médicos familiares de la Unidad de Medicina Familiar No. 10 de la Delegación Aguascalientes

VII.B. HIPOTESIS NULA

El nivel de conocimientos y habilidades en Lactancia Materna para brindar consejería No es el adecuado en los médicos familiares de la Unidad de Medicina Familiar No. 10 de la Delegación Aguascalientes



VIII. MATERIAL Y METODOS

VIII.A. TIPO DE ESTUDIO

Se realizara un estudio observacional, descriptivo y transversal.

VIII.B. POBLACION DE ESTUDIO

Médicos Familiares de la Unidad de Medicina Familiar No. 10 del Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Aguascalientes

VIII.B.I. UNIVERSO DE TRABAJO

Todos los Médicos Familiares que estén adscritos al turno matutino y vespertino en la Unidad de Medicina Familiar No. 10 del Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Aguascalientes

VIII.B.II. UNIDAD DE ANALISIS

Médicos familiares de la Unidad de Medicina Familiar No. 10 del Instituto Mexicano del Seguro Social

VIII.B.III. CRITERIOS DE INCLUSION

Médicos con Especialidad en Medicina Familiar

Médicos Familiares del turno matutino, vespertino que se encuentren trabajando en la Unidad de Medicina Familiar No. 10

Médicos familiares de base y no de base, que se encuentren dentro del turno correspondiente con acceso al expediente clínico

Médicos Familiares que acepten contestar el cuestionario, bajo la aprobación del consentimiento informado

VIII.B.IV. CRITERIOS DE NO INCLUSION

Médicos Familiares que no acepten participar en el estudio.

Médicos Generales de base del turno matutino y vespertino que se encuentren trabajando en la Unidad de Medicina Familiar No. 10

Médicos Generales con categoría eventual 08 que se encuentren trabajando en la Unidad de Medicina Familiar No. 10

VIII.B.V. CRITERIOS DE ELIMINACION

Quienes no contesten el 80% del total de los ítems de la encuesta aplicada

VIII.C. TIPO DE MUESTRA

Se utilizó un tipo de muestreo intencional o de conveniencia ya que se tomó a todo el universo de médicos familiares que laboran en la Unidad de Medicina Familiar No. 10 del Instituto Mexicano del Seguro Social Delegación Aguascalientes

VIII.D. LOGISTICA

Se aplicó la Escala de Conocimientos en lactancia materna (ECoLA), aplicando la versión reducida, ya autorizada por los autores correspondientes, la cual consta de 29 ítems, los primeros 9 respecto a variables socio-demográficas (estas sin valor al momento de evaluarla) y 20 referentes a los conocimientos y habilidades (cada una con valor de 1, formando 20 puntos en total).

Se solicitó el permiso a los directivos de la Unidad de Medicina Familiar no. 10 además de los delegados sindicales para llevar a cabo la aplicación de la encuesta, estableciendo un tiempo no mayor a 15 minutos con la intención de no interferir con los tiempos de consulta de cada médico familiar, dándoles a conocer a cada uno de ellos la finalidad del estudio, además de darles a leer y firmar la carta de consentimiento informado a aquellos que acepten participar. Además se corroboró que el encuestado haya entendido todas y cada una de las preguntas y posibles respuestas. Después de la aplicación de la escala se procedió a vaciar en una base de datos de Excel y posteriormente en el programa estadístico SPSS versión 21 para el análisis e interpretación de datos correspondientes.

VIII.E RECOLECCION DE DATOS

Se realizó mediante una entrevista en base a la Escala de conocimientos de Lactancia Materna diseñada para aplicarse en un tiempo menor a quince minutos, empleando la técnica de cuestionario auto-aplicado para medir el nivel de conocimientos y habilidades sobre Lactancia Materna.

VIII.F TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS

Se llevó a cabo una entrevista personal con cada encuestado, en la cual la escala que se aplicó fue controlada y guiada por el encuestador. Al iniciar la entrevista, se le explicaron al médico que el ECoLA es una versión adaptada a nuestro contexto, la cual tiene como finalidad medir los conocimientos y habilidades sobre la lactancia materna, además de darle a conocer la carta de consentimiento informado y de estar de acuerdo en contestar la escala lo firme. Posteriormente se procedió a realizar la encuesta, teniendo la certeza del entrevistado haya entendido las preguntas, además de las posibles respuestas.

VIII.G. VALIDEZ DE INSTRUMENTOS

La escala de conocimientos de lactancia materna (ECoLA) es un cuestionario elaborado por la Asociación Española de Pediatría, consta de 31 ítems en su versión completa y 29 en su versión reducida (sin preguntas abiertas), la cual evalúa áreas básicas de conocimientos y habilidades sobre lactancia materna, desglosado en las áreas de fisiología, salud pública, problemas en los primeros días, problemas tardíos, evaluación de la toma, condicionantes maternos, además de promoción, empatía y consejería, se basa en las recomendaciones emitidas por la OMS/UNICEF las cuales son de *carácter universal*, así como características socio-demográficas del evaluado.³³

Se realizó una adaptación cultural, habiendo la necesidad de modificar solo 3 palabras en los ítems 16, 22 y 25 contextualizándolas a español “mexicano” con el fin de evitar errores de interpretación meramente lingüísticos.

VIII.G.I. VALIDEZ APARENTE

Se llevó a cabo mediante una prueba piloto, aplicándola a residentes de medicina familiar del primero, segundo y tercer año (a un total de 40) donde se confirmó que no existieran errores de interpretación lingüísticos y además se observó una gran relación entre lo que se explicaba y lo que se pretendía medir.

VIII.G.II. VALIDEZ DE CONTENIDO

Se realizó una validez de contenido mediante la colaboración de un grupo de 5 expertos, con el fin de evitar la factibilidad de empate, los cuales analizaron de forma independiente y cegado hasta saturar el contenido, analizando que las dimensiones a evaluar fueran congruentes y apegadas al lineamiento técnico médico de la lactancia materna del IMSS y a las recomendaciones del manual de la promoción de lactancia materna distribuido por la

OMS. Los expertos refirieron que cada ítem correspondió a cada eje (de conocimientos y habilidades), de acuerdo a los lineamientos correspondientes, además de verificar el cuestionario adaptado con el original. Tanto el eje de conocimiento como el de habilidades se midieron mediante respuestas dicotómicas, certeras o no certeras. Los ítems que exploran el área cognitiva son el 10, 11, 12, 13, 15, 17, 18, 19, 21, 22, 24, 28 y 29 los que exploran el área de las habilidades son el 14, 16, 20, 23, 25, 26 y 27. Los ítems 1 al 9 corresponden a características sociodemográficas.

VIII.H. PLAN PARA PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

Se utilizaron comandos estadísticos descriptivos para analizar las variables, de las cuales se obtuvieron frecuencias y porcentajes además se realizaron las gráficas correspondientes para las variables de estudio (conocimiento y habilidades).

Las variables socio-demográficas (Edad, sexo, estado civil, antigüedad como médico familiar de base, turno de trabajo, certificación en medicina familiar, experiencia personal o de pareja de lactancia, tiempo de duración de la misma y fuente principal de conocimiento acerca de la lactancia materna), se analizaron con estadísticas descriptivas.

VIII.H.I. RECURSOS Y FINANCIAMIENTO

<i>Categoría</i>	<i>Costo Unitario (\$)</i>	<i>Cantidad</i>	<i>Costo Total (\$)</i>
Computador	5,000	1	5,000
Lapiceros	5	5	25
Lápices	5	10	50
Gomas	3	10	30
Fotocopias	0.50	750	375
Engrapadora	100	1	100
Grapas	30	1 (caja)	30
Cartucho de Tinta	500	1	500
Total (\$)			6,110

Los cuales corrieron a cargo del tesista.

IX. ASPECTOS ETICOS

El protocolo se realizó de acuerdo a lo establecido en el reglamento vigente en la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en materia de investigación para la salud, el presente protocolo se realizó conforme al título segundo, capítulo 1, artículo 17 categoría I el cual refiere “Investigación sin riesgo: son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales en los individuos participantes, considerando: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros en los que no se identifiquen ni se traten aspectos sensitivos de su conducta, lo cual no provoca ningún daño”. Además a los dispuesto en el reglamento de la Ley Federal de Salud en materia de investigación para la salud. Prevaleciendo el criterio del respeto a la dignidad y protección de los derechos y el bienestar de los participantes, se evitara hacer juicios o comentarios acerca de las respuestas vertidas en los cuestionarios y se asegurara la confiabilidad de dichos datos (artículo 13). La participación será voluntaria y se protegerá los principios de individualidad y anonimato de los sujetos de investigación (artículo 14, fracción quinta). Considerando a la presente investigación se considera sin riesgo para el sujeto de estudio, ya que no habrá procedimientos invasivos (Artículo 17, fracción 11).

XI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	ENE 15	FEB 15	MAR 15	ABR 15	MAY 15	JUN 15	JUL 15	AGO 15	SEP 15	OCT 15	NOV 15	DIC 15	ENE 16	FEB 16
Elección del tema		X												
Acopio de la información		X	X	X	X	X								
Revisión de la literatura		X	X	X	X	X	X							
Diseño del protocolo						X	X							
Planteamiento del problema								X	X					
Antecedentes								X	X					
Justificación									X	X				
Envío del protocolo al comité local										X	X			
Revisión y modificación del protocolo											X			
Registro del protocolo											X			
Aprobación del protocolo											X			
Trabajo de campo												X		
Captura y tabulación de datos												X		
Análisis de resultados													X	
Autorización													X	
Elaboración de informe final													X	
Discusión de resultados													X	
Examen de presentación														X

XII. RESULTADOS

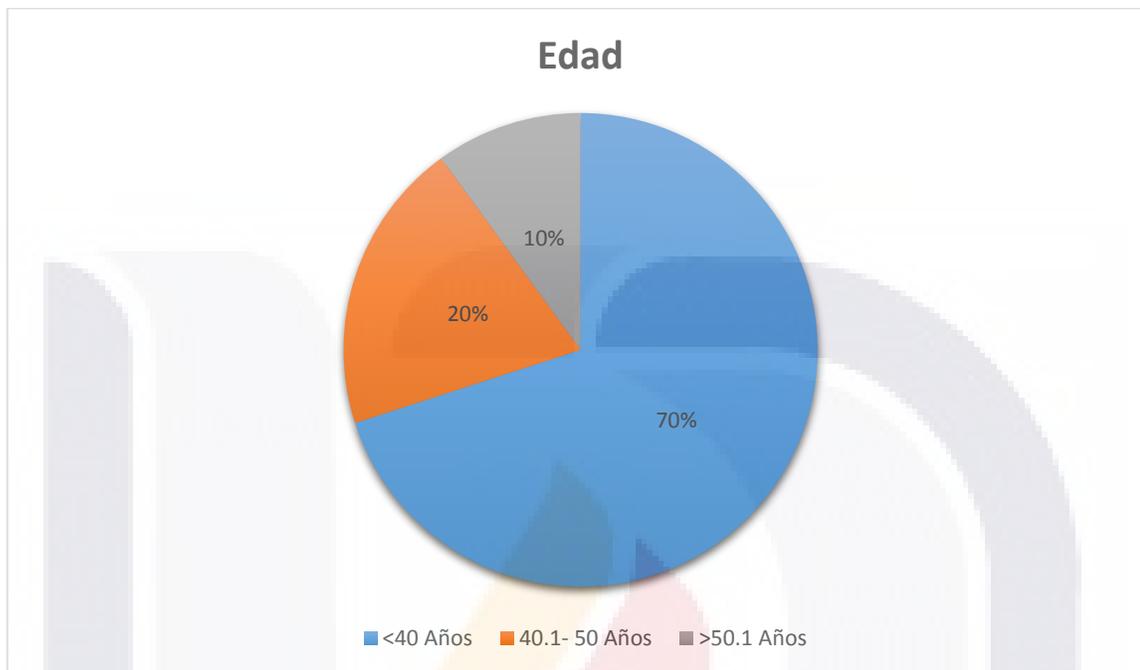
Se aplicó la escala de conocimiento a un total de 40 médicos familiares de los turnos matutino y vespertino, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 10 de la delegación Aguascalientes.

Cuadro 6. Características socio-demográficas de los médicos familiares encuestados

	Características	Frecuencia Absoluta	Frecuencia relativa (%)
Edad	<40 años	28	70
	40.1 a 50 años	8	20
	>50.1 años	4	10
Género	Masculino	16	40
	Femenino	24	60
Estado Civil	Soltero	13	32.5
	Casado	25	62.5
	Otro	2	5
Antigüedad (años)	<5 años	12	30
	5.1 a 10 años	15	37.5
	>10.1 años	13	32.5
Turno laboral	Matutino	17	42.5
	Vespertino	23	57.5
Certificación en Medicina Familiar	Si	16	40
	No	24	60
Experiencia en Lactancia Materna	Si	23	57.5
	No	17	42.5
Duración de la Lactancia Materna	0-5 meses	9	39.1
	6-12 meses	11	47.8
	13-24 meses	3	13.1
Fuente principal de Conocimiento en Lactancia Materna	Cursos de LM	12	30
	Libros o Publicaciones electrónicas	7	17.5
	Adquiridos en el Pregrado o Residencia	17	42.5
	Compartidos con otros compañeros	1	2.5
	Otros	3	7.5

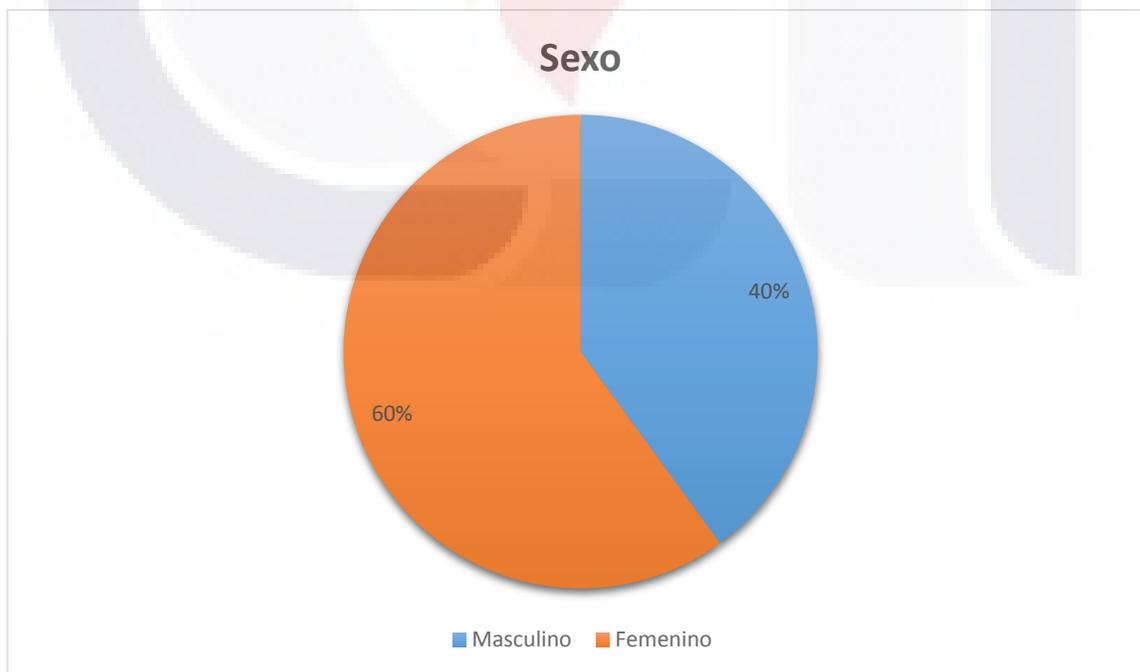
Las características socio-demográficas de los médicos familiares más sobresalientes de acuerdo al análisis estadístico descriptivo es el siguiente:

Gráfica 1. Edad de los Médicos familiares



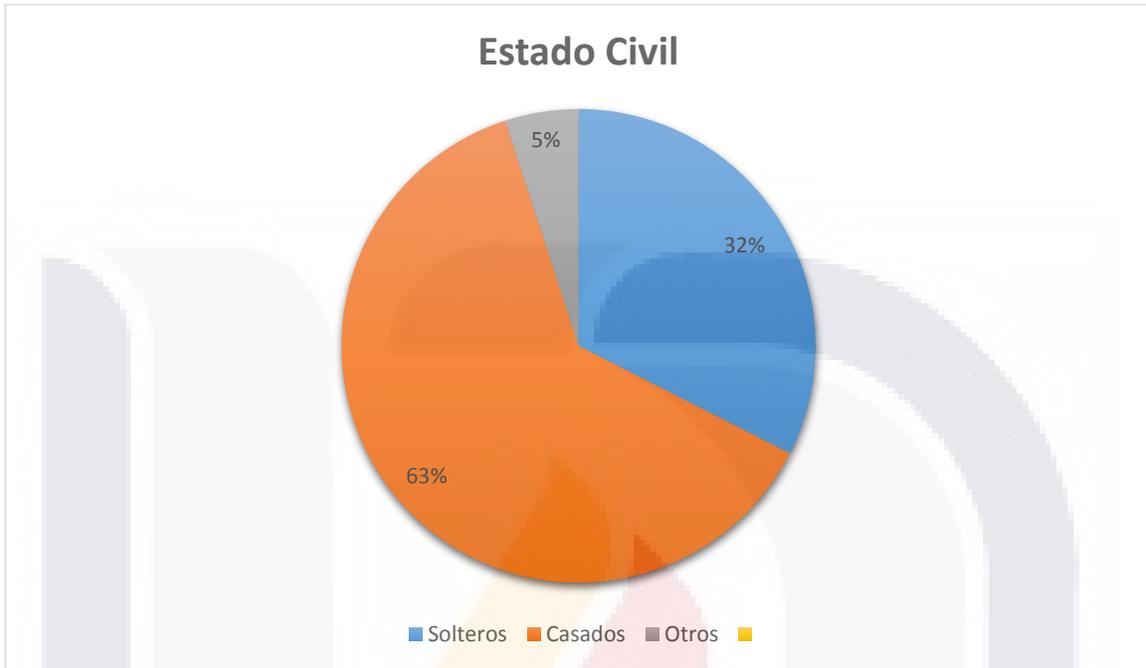
El 70% de los médicos encuestados fueron menores de 40 años de edad, el 20% de entre 40.1 a 50 años y el 10% fueron mayores de los 50.1 años.

Gráfica 2. Género de los Médicos Familiares



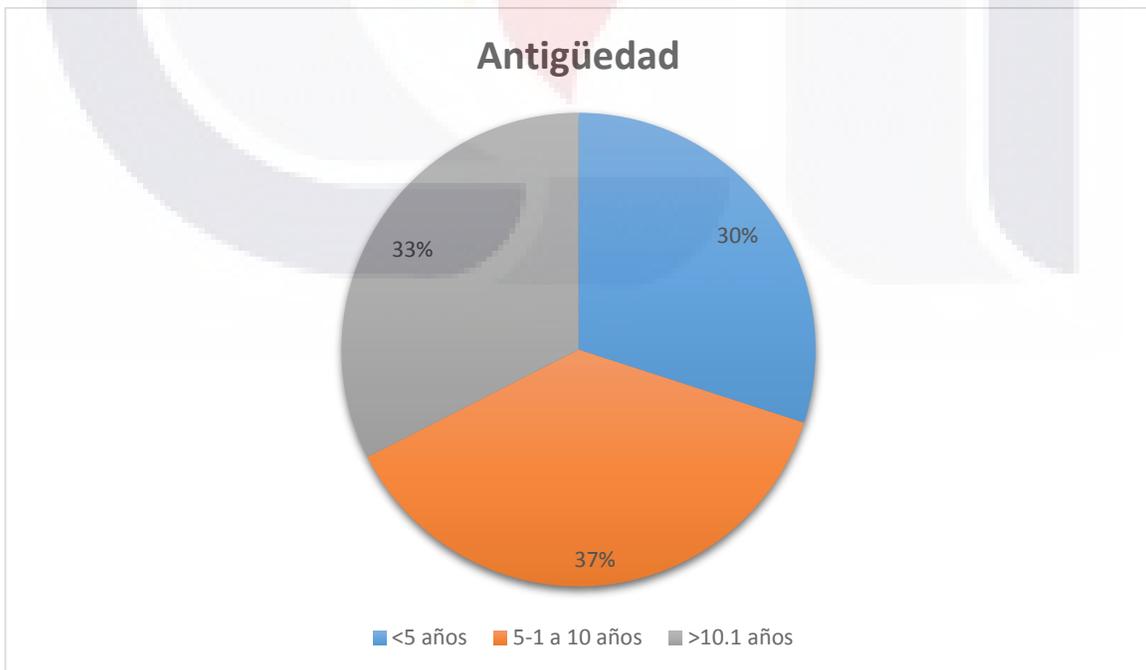
Con respecto al sexo de los médicos encuestados el 60% fueron mujeres y el 40% Hombres.

Gráfica 3. Estado Civil de los Médicos Familiares



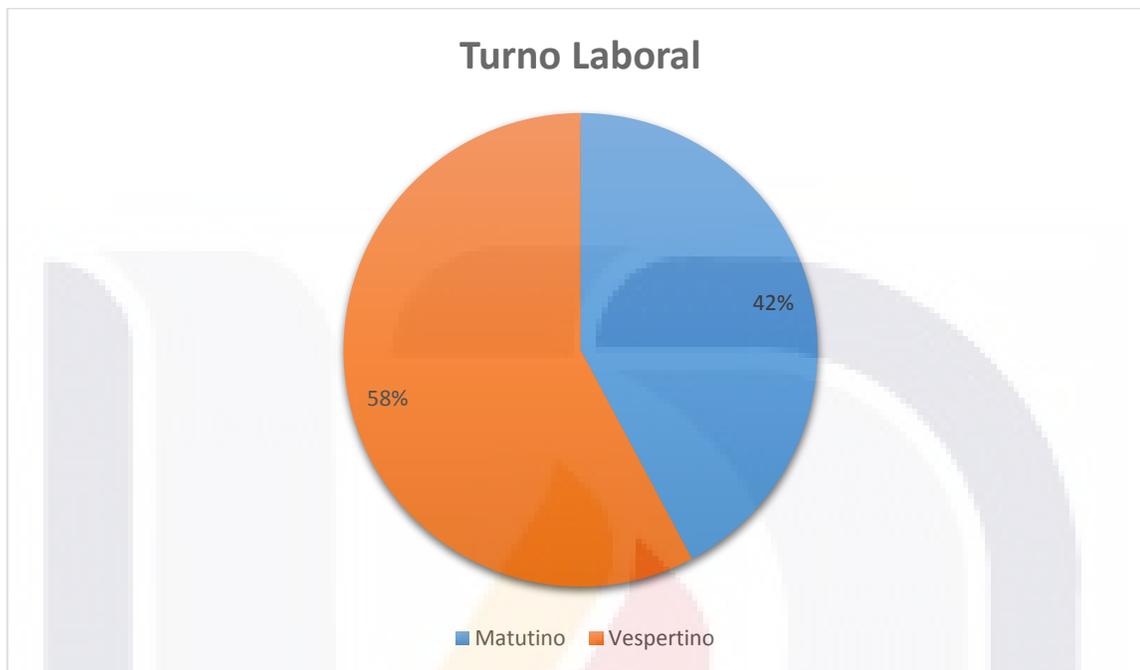
El 63% de los médicos encuestados estaban casados, el 32% soltero y el 5% refirieron otro estado civil.

Gráfica 4. Antigüedad de los médicos familiares de base en la Unidad de Medicina Familiar



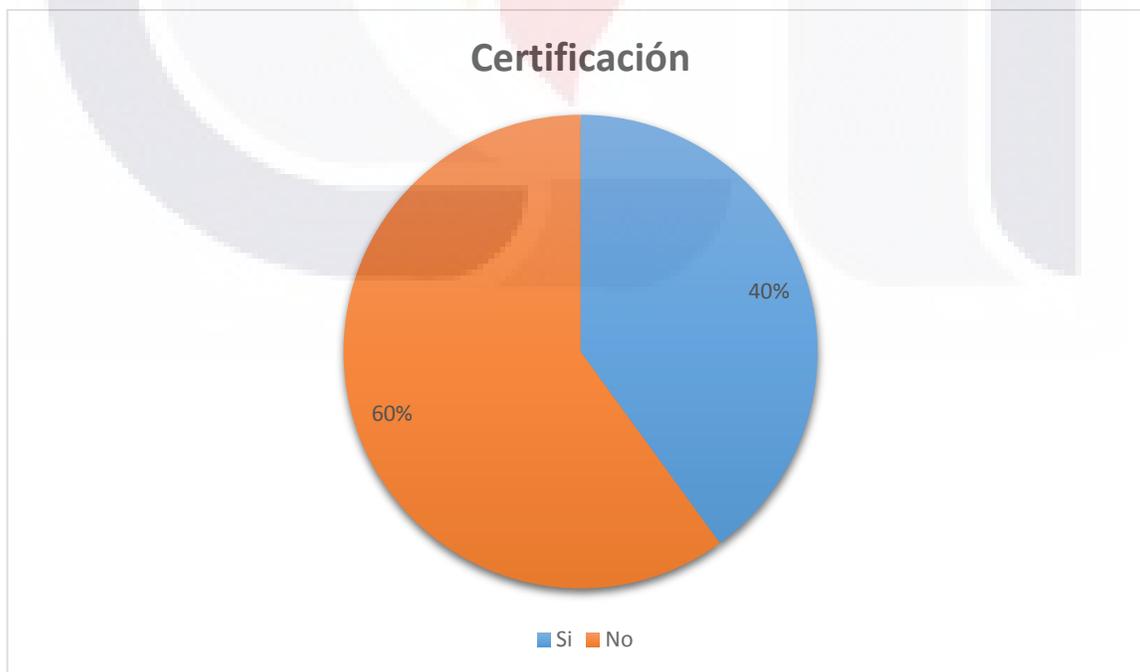
Con respecto a la antigüedad como médicos de base en la UMF el 37.5% fue de 5.1 a 10 años, el 32.5% de más de 10.1 años y el 30% menor a 5 años.

Gráfica 5. Turno Laboral de los Médicos Familiares



El 57.5% de los médicos familiares encuestados fueron del Turno vespertino y el 42.5% del Turno Matutino.

Gráfica 6. Certificación en Médicos Familiares



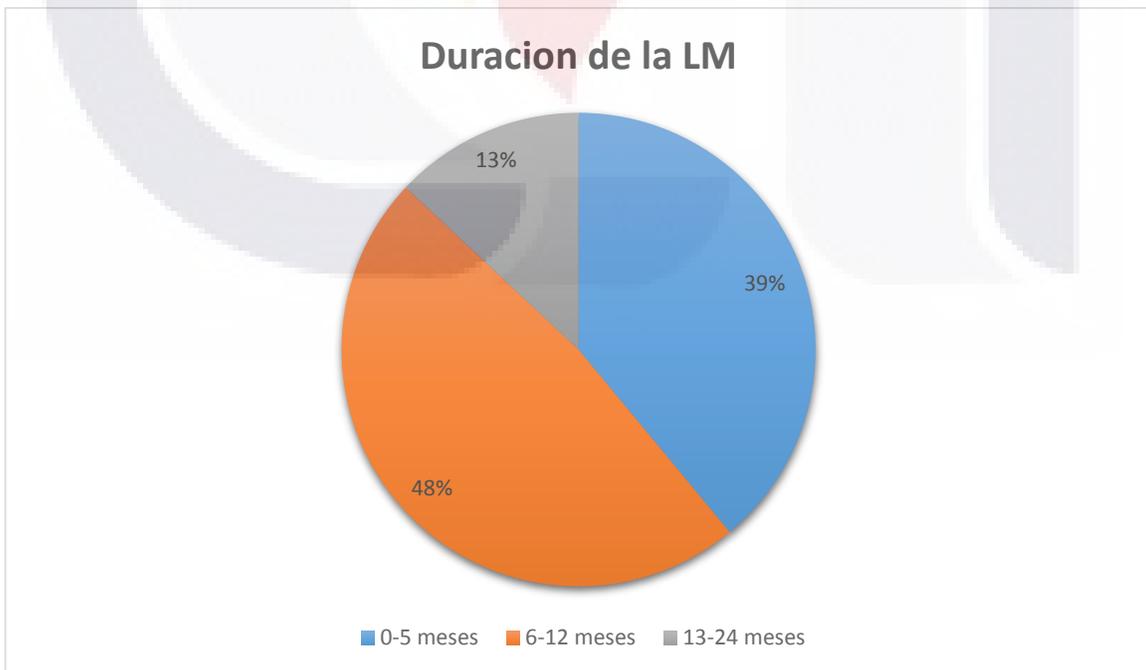
El 60% de los médicos encuestados no contaban con certificación oficial vigente como médicos familiares, el 40% restante sí.

Gráfica 7. Experiencia personal y/o de pareja en Lactancia Materna



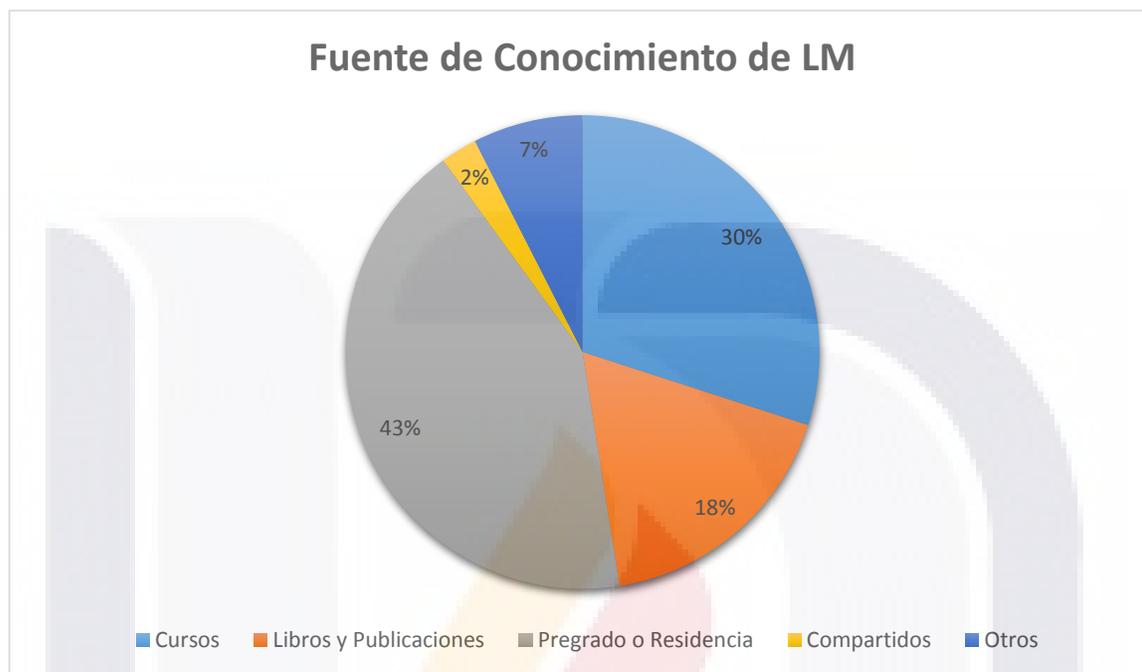
En cuanto a si los médicos familiares encuestados contaban con experiencia personal y/o de pareja en Lactancia materna el 57.5% afirmo que sí, contra un 42.5% que no.

Gráfica 8. Duración global de la LM



De los médicos familiares que afirmaron que si contaban con experiencia personal y/o de pareja en lactancia materna el 47.8% presento una duración global de 6 a 12 meses, el 39.1% de 0 a 5 meses y el 13.1% de 13 a 24 meses.

Gráfica 9. Fuente de Conocimiento de Lactancia Materna



En cuanto a la fuente principal de Conocimiento de Lactancia materna en los médicos familiares encuestados el 42.5% refirió a aquellos adquiridos durante su carrera universitaria, internado, servicio social y/o Residencia médica, el 30% refirió a los aprendidos en cursos de LM, el 17.5% a los adquiridos mediante libros o publicaciones electrónicas, el 7.5% a otros, mencionado principalmente a los adquiridos de la experiencia personal y el 2.5% a los compartidos con sus compañeros médicos y/o enfermeras en la UMF.

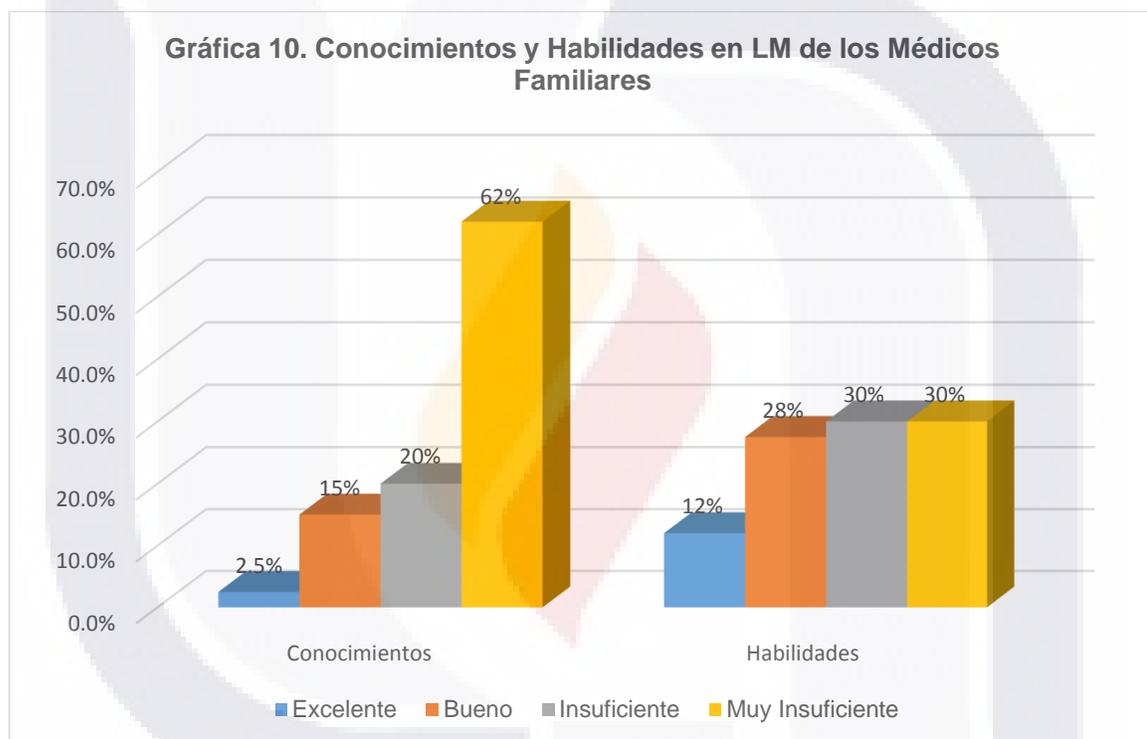
Cuadro 7. Frecuencias de los resultados obtenidos por parte de los médicos familiares en las áreas de conocimientos y habilidades, así como puntaje global

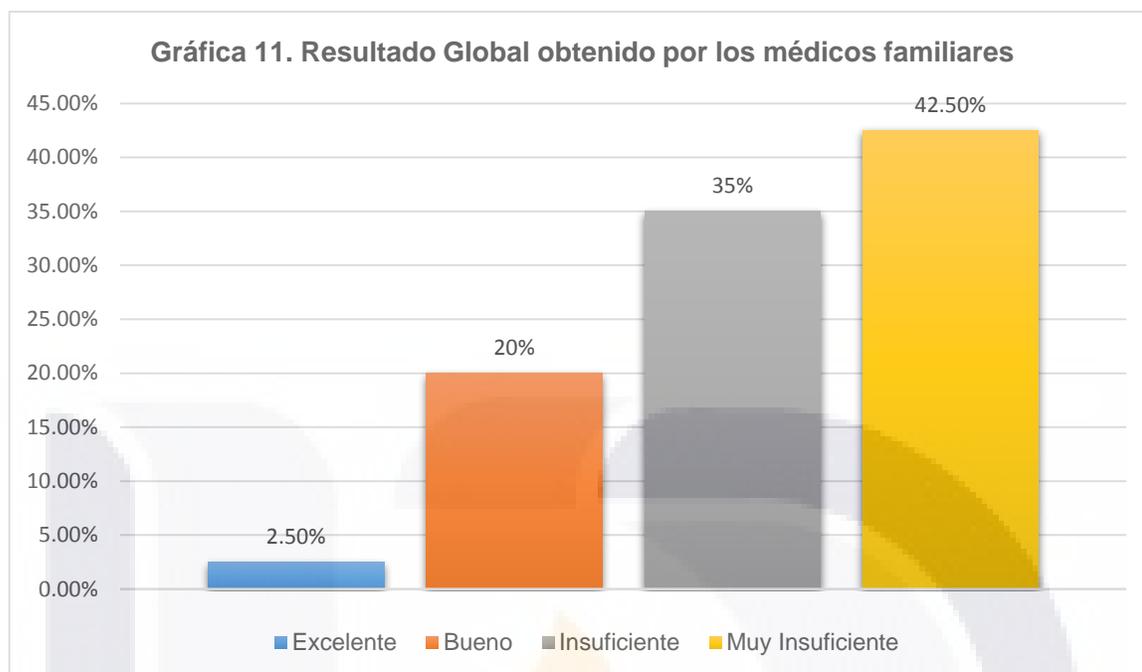
Eje	Excelente		Bueno		Insuficiente		Muy Insuficiente	
	Frecuencia Absoluta	%	Frecuencia Absoluta	%	Frecuencia Absoluta	%	Frecuencia Absoluta	%
Conocimientos	1	2.5	6	15	8	20	25	62.5
Habilidades	5	12.5	11	27.5	12	30	12	30
Global	1	2.5	8	20	14	35	17	42.5

Al analizar los resultados obtenidos en el eje de conocimientos de lactancia materna de los médicos familiares solo el 2.5% de los encuestados alcanzó un nivel excelente, el 15% un nivel bueno, el 20% un nivel Insuficiente y el 62.5% un nivel muy insuficiente. Gráfica 10

Con respecto al eje de las habilidades de lactancia materna de los médicos evaluados el 12.5% alcanzaron un nivel excelente, el 27.5% un nivel bueno, el 30% un nivel Insuficiente y el 30% un nivel muy insuficiente. Gráfica 10

En cuanto a la puntuación global obtenida por los médicos evaluados el 2.5% alcanzó un nivel excelente, el 20% un nivel bueno y el 35% y 42.5% un nivel insuficiente y muy insuficiente respectivamente. Gráfica 11





XIII. DISCUSION

En el presente estudio se presentan los resultados de la evaluación obtenida mediante la aplicación de la escala de conocimientos en lactancia materna a los médicos familiares adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 10.

La Escala de conocimientos en lactancia materna (ECoLA) es el instrumento utilizado, para lo cual se realizó una adaptación cultural, dado que fue diseñada por la Asociación Española de Pediatría, basada en las recomendaciones emitidas por la OMS y la UNICEF, las cuales son de carácter universal, donde se incluyen las áreas básicas de conocimientos y habilidades en lactancia materna como lo son de fisiología, salud pública, problemas en los primeros días, así como problemas tardíos, de la evaluación de la toma, así como condicionantes maternos; las cuales son áreas que el médico familiar debe dominar en su práctica profesional habitual.³³

Lo encontrado en el área de conocimientos, donde el 82.5% de los médicos familiares evaluados mostraron un nivel insuficiente y muy insuficiente y solo el 17.5% tuvieron un nivel excelente y bueno, por lo cual poco más de 8 de cada 10 médicos familiares no cuentan con los conocimientos adecuados para brindar consejería en lactancia materna. Lo anterior muestra discrepancia con lo reportado por López (2014) en su estudio de conocimiento de lactancia materna en el personal de salud y su participación familiar en la UMF No. 64 del Estado de México, donde se evaluó a 67 médicos de los cuales 33 fueron médicos familiares encontrando que 22 de ellos mostraron un nivel regular y 11 un nivel bueno, ninguno mostro un nivel malo, además reporto que a menor edad de los médicos, contar con experiencia personal y/o de pareja y una menor antigüedad mostraron un mejor nivel.⁴

En la dimensión de las habilidades, encontramos que el 60% de los médicos evaluados mostraron un nivel insuficiente y muy insuficiente, el 40% tuvo niveles excelente y bueno, por lo cual solo 4 de cada 10 médicos cuentan con habilidades adecuadas para brindar una consejería en lactancia materna de calidad. Pound y colaboradores (2014) encontraron niveles sub-óptimos en las habilidades para brindar información de lactancia materna por parte de los residentes de medicina de familia en Canadá, ya que solo 5.3 de cada 10 médicos residentes acertaron adecuadamente los ítems de esta dimensión en la evaluación aplicada, y en cuanto a los médicos adscritos de medicina de familia, se reportó un nivel apenas óptimo, con 7.3 de cada 10 médicos acertó adecuadamente.¹⁰

En cuanto al puntaje global, mostró que el 77.5% de los médicos encuestados se encontraron en un nivel insuficiente y muy insuficiente, con solo 22.5% de los encuestados encontrados en niveles excelente y bueno, por lo cual solo poco más de 2 de cada 10 médicos cuentan con los conocimientos y habilidades adecuados para brindar consejería en lactancia materna. Lo cual muestra similitud a lo reportado por Nakar y colaboradores (2007) donde reporta que entre 1.7 y 3.5 de cada 10 médicos de familia, cuenta con los conocimientos y prácticas acerca de lactancias adecuados para brindar información, protección y apoyo a la LM.³



X.IV. CONCLUSION

El nivel de conocimientos y habilidades sobre la consejería en lactancia materna de los médicos familiares adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 10 de la Delegación Aguascalientes no es el adecuado acorde a lo que encontrado y analizado en el presente estudio.

En cuanto a lo mostrado en ambos ejes, conocimiento y habilidades, se nota una leve superioridad en el segundo, ya que solo 6 de cada 10 médicos mostraron niveles inadecuados de habilidades para brindar consejería en LM contra 8 de cada 10 médicos familiares en el eje de los conocimientos, lo cual implica que los conocimientos con los cuales cuentan los médicos evaluados, aunque estén en niveles insuficientes, son aplicados de manera óptima en 4 de cada 10, mostrando que las habilidades clínicas adquiridas, aunque se pueden y deben mejorar, son aplicadas de manera satisfactoria en este grupo de médicos.

Partiendo del enfoque multidisciplinario de los sistemas de salud, particularmente del primer nivel de atención impartida en las Unidades de Medicina Familiar, donde el Médico Familiar desempeña un papel crucial, aunque no de carácter único, es de capital importancia continuar con no solo, la evaluación, sino también con estrategias de educación continua, con la finalidad de mejorar la atención brindada a la población y de esta manera mejorar los indicadores, como en este caso tratar de elevar la prevalencia de Lactancia Materna, ya que actualmente se encuentra en niveles no solo no esperados, sino realmente alarmantes.

Finalmente se reafirma la importancia de la educación médica continua, de forma particular en Lactancia Materna, mediante la aplicación de instrumentos de evaluación efectivos como el ECoLA, que es de fácil y rápida aplicación, además de que evalúa lo que se pretende, así como con estrategias de educación de calidad, impartidas por personal capacitado, no solo a los médicos, sino además a todo el personal de las unidades que se encuentran en contacto con la población blanco (mujeres embarazadas o que planeen embarazarse, o con hijos menores de dos años de edad), y de esta manera tratar de mejorar los niveles de conocimiento y habilidades en LM.

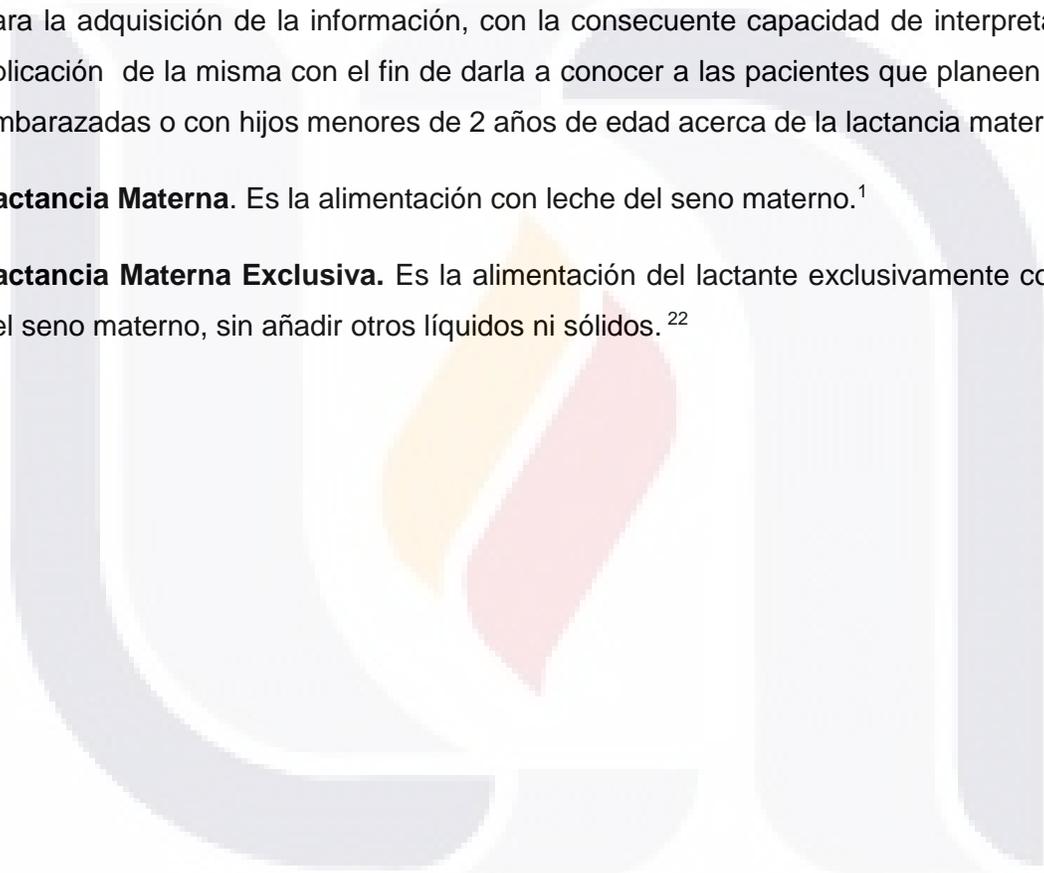
GLOSARIO

Conocimientos sobre lactancia materna. Conjunto de información almacenada mediante la experiencia y el aprendizaje respecto a la alimentación del seno materno basado en la estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño de la Organización Mundial de la Salud.²²

Habilidades Clínicas sobre la lactancia materna. Son aquellas herramientas utilizadas para la adquisición de la información, con la consecuente capacidad de interpretación y aplicación de la misma con el fin de darla a conocer a las pacientes que planeen o estén embarazadas o con hijos menores de 2 años de edad acerca de la lactancia materna.²²

Lactancia Materna. Es la alimentación con leche del seno materno.¹

Lactancia Materna Exclusiva. Es la alimentación del lactante exclusivamente con leche del seno materno, sin añadir otros líquidos ni sólidos.²²



BIBLIOGRAFIA

1. Instituto Mexicano del Seguro Social (2011). Lineamiento Técnico Médico para la Lactancia Materna.
2. Encuesta Nacional de salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales. Primera edición, 2012
3. Nakar, S., Peretz, O., Hoffman, R., Grossman, Z., Kaplan, B., & Vinker, S. (2007). Attitudes and knowledge on breastfeeding among paediatricians, family physicians, and gynaecologists in Israel. *Acta Paediatrica*, 96(6), 848-851.
4. Zita López, M., & García Cortés, L. R. (2014). Conocimiento del personal de salud sobre la lactancia materna y su participación familiar en la unidad de medicina familiar no. 64 del IMSS. Tesis especialidad. UAEMEX
5. Freed, G. L., Clark, S. J., Sorenson, J., Lohr, J. A., Cefalo, R., & Curtis, P. (1995). National assessment of physicians' breast-feeding knowledge, attitudes, training, and experience. *Jama*, 273(6), 472-476.
6. Ingram, J. (2006). Multiprofessional training for breastfeeding management in primary care in the UK. *Int Breastfeed J*, 1(1), 9.
7. Zamorano, M. M., Martín, M. G., Delgado, M. R., García, M. T. M., & Abad, M. E. M. (2007). Conocimientos de los residentes de medicina de familia de Tenerife sobre la lactancia materna. *Canarias Pediátrica*, 31(3), 7-10.
8. Silvestre, P. K., Carvalhaes, M. A. D. B. L., Venâncio, S. I., Tonete, V. L. P., & de Lima Parada, C. M. G. (2009). Conocimientos y prácticas de profesionales de la salud sobre amamantamiento materno en servicios públicos de salud. *Rev Latino-am Enfermagem*, 17(6).
9. Rodríguez Díaz F, Moreno de Rivera A, González de Borace R, Cedeño de López A. (2011). Conocimientos actitudes y prácticas en lactancia materna del personal de salud del primer nivel de atención del Ministerio de Salud y de la Caja del Seguro Social, en las regiones Metropolitana de Salud y San Miguelito, Instituto Conmemorativo Gorgas de estudios de la Salud, Ministerio de Salud de Panamá.

10. Pound, C. M., Williams, K., Grenon, R., Aglipay, M., & Plint, A. C. (2014). Breastfeeding knowledge, confidence, beliefs, and attitudes of Canadian physicians. *Journal of Human Lactation*, 0890334414535507.
11. Roig, A. O., Martínez, M. R., García, J. C., Hoyos, S. P., Navidad, G. L., Álvarez, J. C. F. & de León González, R. G. (2010) Factores asociados al abandono de la lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida. *Rev. Latino-Am Enfermagem*, 18 (3): 79-87
12. López, B. E., Martínez, L. J., & Zapata, N. J. (2013). Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 117.
13. García García J., González Martínez J., Estrada Aguilar L., González Plata S., Educación médica basada en competencias. *Rev Med Hosp Gen Mex* 2010; 73 (1): 57-69
14. Belohlavek Peter, Conocimiento La ventaja Competitiva. Blue Eagle Group 2005; 1:6
15. Conde Fernández B., Novoa López A., Guardiola Brizuela R., Hernández Bernal E., Hernández Díaz M., El proceso de desarrollo de las habilidades clínicas: Instrumentación didáctica. Hospital Provincial General Universitario Camilo Cienfuegos Sancti Spíritus, *gaceta Médica* 2012; 14 (3).
16. Soler Morejón C., Conocimiento médico y su gestión. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 2011: 10(4): 505-512
17. Fernández Sacasas, J. A. (2012). Educación médica: el objeto, el sujeto desdoblado y el contexto. *Educación Médica Superior*, 26(3), 361-363.
18. Núñez Cortes J., La enseñanza de las habilidades clínicas. *EDUC MED* 2008; 11 (Supl 1): S21-S27
19. Larios Mendoza H., Competencia profesional y competencia clínica. Seminario: El ejercicio actual de la medicina, 2006, Facultad de medicina de la UNAM [citado 01 de septiembre de 2015]. Disponible en www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2006/oct_01_ponencia.html

20. Miller, G. E. (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic medicine*, 65(9), S63-7.
21. Rodríguez Carranza R., La evaluación del conocimiento en medicina. *Revista de la Educación Superior, FacMed UNAM* 2008; Vol. XXXVII (3), No. 147 pp. 31-42
22. OMS, O., & UNICEF. (1998). *Consejería en lactancia materna: curso de capacitación. Nueva York.*
23. Latham, M. C. (2002). *Nutrición humana en el mundo en desarrollo (Vol. 29). FAO, Organización para la agricultura y la alimentación.*
24. Elementos Esenciales en la Medicina Familiar (2005), *Archivos en Medicina Familiar*, Vol (7) S1:13-14
25. Taylor, R. B. (Ed.). (2006). *Medicina de familia: principios y práctica.* Elsevier España.
26. Ledesma, F. M., & Martínez, O. F. (2008). Medicina familiar: la auténtica especialidad en atención médica primaria. *Gac Méd Caracas*, 116(4), 330-340.
27. OMS [homepage]. Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño [citado 12 de septiembre de 2015] disponible en internet en www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/
28. IMSS [homepage en Internet]. México IMSS; c2015 [actualizado 1 junio 2015]; consultado 2 de octubre de 2015. Disponible en <http://www.imss.gob.mx/prestaciones/sociales/Documents/pdf>.
29. Secretaría de Salud [homepage] Plan Nacional de Desarrollo [citado 20 de septiembre de 2015] disponible en internet en: http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/pdf/programa.pdf
30. Mexicana, N. O. (2008). NOM-007-SSA2-1993: atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Monterrey, Roma (MX): Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud; 1995.

31. Instituto Mexicano del Seguro Social. Evidencias y recomendaciones. Lactancia Materna: madre con enfermedad tratada con medicamentos. México, Secretaría de Salud, 2013.
32. Instituto Mexicano del Seguro Social. Evidencias y recomendaciones. Lactancia Materna: niño con enfermedad. México, Secretaría de Salud, 2013.
33. Gómez M., Menéndez M., Validación de un cuestionario sobre conocimientos y habilidades en Lactancia Materna. *An Pediatr.* 2015
34. Pineda Pérez, S. (2004). Alimentación y nutrición del lactante y el niño pequeño. *Maestría De Atención Integral al Niño. Curso, 8.*
35. Encuesta Nacional de salud y Nutrición 2012. Resultados por Entidad Federativa, Aguascalientes. Primera edición, 2012
36. OMS [homepage]. Salud de la madre, el recién nacido y del adolescente. Lactancia Materna [citado 12 de septiembre de 2015] disponible en internet www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es
37. Rentería, M. G. D. (2015). Tasa de prevalencia de lactancia materna exclusiva al egreso hospitalario posterior al nacimiento. *Revista Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa.*
38. Hernández Santos IE. Competencia clínica del médico familiar en el diagnóstico de la demencia senil en UMF del IMSS zona metropolitana de Aguascalientes. Tesis Especialidad. UNAM 2009

ANEXO A. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

CONCEPTO	INDICADOR	ÍTEM	ESCALA DE MEDICION
Edad. Cumplida al momento de la escala	< 40 años 40.1 a 50 años > 50.1 años	1	Años Cumplidos Cuantitativa Numérica Discreta
Sexo. Del médico escrito en la escala	Masculino Femenino	2	Cualitativa Nominal
Estado Civil. Del médico escrito en el cuestionario	Soltero Casado Otro	3	Cualitativa Nominal
Antigüedad. Años de servicio en la institución como Médico Familiar	< 5 años 5 a 10 años > 10 años	4	Cualitativa Nominal
Turno laboral. Momento del día en el cual el médico presta su servicio en la Unidad de medicina familiar	Matutino Vespertino	5	Cualitativa Nominal
Certificación en la especialidad de medicina familiar. Si el médico se encuentra certificado por el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar A.C.	Si No	6	Cualitativa Nominal
Experiencia Personal o de la pareja en la lactancia materna. Si se llevó a cabo o no	Si No	7	Cualitativa Nominal
Duración global de la lactancia. En caso de	0-5 meses	8	Cualitativa Nominal

haberse llevado a cabo tiempo de duración de la misma en meses	6-12 meses 13-24 meses		
Fuentes de conocimiento de la Lactancia	-Cursos de capacitación -Libros / artículos -Conocimientos de la carrera - Compañeros de especialidad - Otros (especificar)	9	Cualitativa Nominal

OBJETIVO	CONCEPTO	DIMENSIONES	ITEMS	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE
Identificar el nivel de conocimientos y habilidades del Médico Familiar sobre la consejería de lactancia Materna en la unidad de medicina familiar no. 10 en la delegación Aguascalientes	De acuerdo a lo descrito por Norman G. en 1985, las habilidades clínicas son aquellas capacidades necesarias para adquirir información al interrogar y examinar pacientes e interpretar el significado de la información obtenida, los conocimientos médicos, son aquellas facultades de los profesionales de las cosas necesarias para comprender los factores que interviene en las condiciones clínicas que lleven a proveer atención médica efectiva	Conocimiento: Lo que el médico familiar conoce acerca de la lactancia materna.	10.- En caso de mastitis se debe suspender la lactancia de forma temporal.	FALSO	NOMINAL DICOTOMICA
			11.- Se debe recomendar que las tomas sean de 15 minutos en cada pecho cada 2-3 horas.	FALSO	NOMINAL DICOTOMICA
			12.- La alimentación exclusiva a base de leche de formula conlleva un riesgo mayor de morbilidad	VERDADERO	NOMINAL DICOTOMICA
			13.- La mayoría de bebés nacidos por cesárea necesitan suplementación con formula las primeras horas de vida.	FALSO	NOMINAL DICOTOMICA
			15.- En un recién nacido amamantado: una frecuencia elevada de tomas	VERDADERO	NOMINAL DICOTOMICA

<p>y eficiente para los pacientes; en conjunto las habilidades clínicas, el conocimiento medico además de atributos interpersonales son necesarias para la solución de problemas y juicio clínico. Todo lo anterior lo engloba en las atribuciones multidimensionales de la competencia clínica.</p>	<p>disminuye el riesgo de preciar fototerapia.</p>		
	<p>17.- En lactantes prematuros (>32 semanas) es de elección la leche materna, siendo la segunda mejor opción la leche humana de banco; y dejando la suplementación con formula especial para prematuros solo como última alternativa.</p>	<p>VERDADERO</p>	<p>NOMINAL DICOTOMICA</p>
	<p>18.- En la maternidad, un recién nacido de más de 15 horas de vida al que hay que despertar para mamar en todas las tomas es un lactante de riesgo.</p>	<p>VERDADERO</p>	<p>NOMINAL DICOTOMICA</p>
	<p>19.- A partir de los 12 meses el contenido en nutrientes de la leche materna disminuye significativamente, con respecto al primer año de lactancia.</p>	<p>FALSO</p>	<p>NOMINAL DICOTOMICA</p>
	<p>21.- A partir de los 6 meses, las tomas deben reducirse a 2-3 al día, complementadas con el resto de alimentos.</p>	<p>FALSO</p>	<p>NOMINAL DICOTOMICA</p>
	<p>22.- La "leche aguada" o "liquida y</p>	<p>VERDADERO</p>	<p>NOMINAL DICOTOMICA</p>

		<p>escaza” es en realidad la leche de la primera parte de la toma.</p>		
		<p>24.- ¿Cuáles son las recomendaciones actuales de la OMS sobre lactancia?</p>	<p>c) LME hasta los 6 meses y después complementarla con otros alimentos hasta los 2 años o más, según deseen madre e hijo.</p>	<p>NOMINAL DICOTOMICA</p>
		<p>28.- Acerca de que se proporcionen muestras gratuitas de leche de fórmula a las madres, en centros sanitarios:</p>	<p>a) Es una violación del código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna.</p>	<p>NOMINAL DICOTOMICA</p>
		<p>29.- Usted es el médico del área de maternidad, la enfermera está preocupada por la lactancia de un recién nacido, cree que algo no va bien y quiere que acuda a observar una toma.</p>	<p>d) He observado tomas numerosas veces y me siento capaz de diagnosticar y ofrecer soluciones a los problemas más habituales.</p>	<p>NOMINAL DICOTOMICA</p>
	<p>Habilidades Las acciones que realiza durante la promoción, apoyo y protección de la lactancia materna.</p>	<p>14.- En el caso de que un lactante amamantado tenga problemas con la lactancia y precise un suplemento (de leche materna o artificial), se desaconseja por regla general administrarlo</p>	<p>VERDADERO</p>	<p>NOMINAL DICOTOMICA</p>

		con biberón, especialmente en las primeras semanas de vida.		
		16.- En un recién nacido sano, antes de la primera toma de pecho en la sala de parto se le debe pesar, comprobar el test de APGAR en una cuna con calor radiante y realizar una correcta profilaxis oculo-hemorragica.	FALSO	NOMINAL DICOTOMICA
		20.- Si un niño amantado, con buen estado general, presenta como único hallazgo una escasa ganancia de peso, el primer paso es suplementar las tomas con leche de formula y revalorar.	FALSO	NOMINAL DICOTOMICA
		23.- El siguiente dibujo muestra un enganche eficaz. 	FALSO	NOMINAL DICOTOMICA
		25.- ¿Cuál de las siguientes actuaciones es la más importante a realizar en una madre lactante que tiene	c) Valoración de la toma	NOMINAL DICOTOMICA

			grietas en los pezones?		
			<p>26.- Los padres de un bebe de 17 días de vida acuden al servicio de Urgencias por que presenta llanto "incontrolable". Sólo toma pecho y hasta ahora todo iba bien, pero refieren que desde hace 24 horas, llora y pide pecho muy a menudo, a veces cada 30 a 60 minutos. En el pecho se calma y succiona vigorosamente. El niño no tiene apariencia de enfermedad, la ganancia ponderal es buena y la exploración es normal, pero la madre tiene la sensación de que se queda con hambre. ¿Qué diagnóstico y tratamiento haría?</p>	<p>b) Brote de crecimiento. Observaría la toma, recomendaría tomas a demanda y controles habituales en consulta externa.</p>	<p>NOMINAL DICOTOMICA</p>
			<p>27.- ¿Qué le diría a una mujer embarazada que le comenta en la consulta prenatal que está planeando la lactancia artificial?</p>	<p>b) Le pediría que me hablara más sobre el tema para conocer sus razones e información y valoraría animarla a replantearlo.</p>	<p>NOMINAL DICOTOMICA</p>

ANEXO B. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto: “CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES DEL MEDICO FAMILIAR SOBRE LA CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 10 DELEGACION AGUASCALIENTES.”

Lugar y Fecha _____
Registrado ante el Comité Local de Investigación Médica con el número: **R-2015-101-31**

OBJETIVO DEL ESTUDIO. Identificar los conocimientos y habilidades del médico familiar sobre lactancia materna.
JUSTIFICACION. Es de vital importancia la evaluación continua, formativa y sistemática del médico familiar con la finalidad de implementar estrategias para mejorar la promoción, protección y apoyo de la Lactancia Materna.
Declaro que se me ha informado ampliamente en que consiste esta investigación, así como los inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el proyecto de investigación. Se me ha explicado que mi participación consiste en permitir que se me aplique un cuestionario, con preguntas generales sobre conocimientos y habilidades en lactancia materna. Posibles riesgos: no existen riesgos potenciales. Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Obtener información acerca de los conocimientos y habilidades del médico familiar sobre la consejería en lactancia materna en la UMF 10 IMSS, delegación Aguascalientes. Información sobre resultados. El investigador responsable se ha comprometido a darme la información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo, adecuado, que pudiera ser ventajoso para mí en atención de los pacientes, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. Participación o retiro: entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo desee conveniente. Privacidad y confidencialidad. El investigador me dao seguridades de que no se me identificara en la presentación o publicación de los resultados que se deriven del presente estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. Además se ha comprometido en proporcionarme información actualizada durante el estudio y que esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo. Beneficios al término del estudio: conocer los conocimientos y habilidades del médico familiar sobre la consejería de la lactancia materna en la UMF 10 delegación Aguascalientes.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse al investigador responsable: Dr. Javier Bernal Alarcón, Jefe de Clínica del turno matutino de la UMF no. 10, domicilio: Av. De la Convención Norte esq. Con petróleos mexicanos, Col. Gremial, CP. 20170, Aguascalientes, Ags. Correo: javier.bernal@imss.com.mx y/o con el tesista Dr. Jesus Omar Sánchez Hernández, lugar de trabajo Hospital General de Zona #1. Adscripción UMF No. 1 IMSS Aguascalientes, Domicilio: José Ma. Chávez #1202 Col Lindavista Aguascalientes CP 20270 Teléfono: 4491961929 correo: jomsanher@gmail.com.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de ética de investigación de la CNIC del IMSS: Av. Cuauhtémoc #330, 4to piso bloque B de la unidad de congresos, Col. Doctores, México, DF, CP 06720, Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo comision.etica@imss.gob.mx.

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene Consentimiento

(Testigo 1) Nombre y firma

(Testigo 2) Nombre y Firma

ANEXO C. MANUAL OPERATIVO DEL INSTRUMENTO DE EVALUACION

ESTUDIO. CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES DEL MEDICO FAMILIAR SOBRE LA CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA EN LA UMF 10 DE LA DELEGACION AGUASCALIENTES.

INSTRUCCIONES. Agradeciendo de antemano su participación en el presente estudio, recordándole que la información recabada a través de este será con fines de investigación y confidenciales.

Sección 1. Marque con una X de cada ítem en el espacio correspondiente

1.- Edad: < 40 años

40.1 a 50 años

>50.1 años

2.- Sexo: Masculino

Femenino

3.- Estado Civil: Soltero

Casado

Otro

4.- Antigüedad de servicio en la UMF como Médico Familiar de Base:

< 5 años

5.1 a 10 años

> 10 años

5.- Turno Laboral: Matutino

Vespertino

6.- Certificación en Medicina Familiar: _____ Si
_____ No

7.- Experiencia Personal o de pareja de Lactancia Materna: _____ Si
_____ No

8.- En caso de SI en la pregunta anterior, especificar duración global de la lactancia:

_____ 0-5 meses

_____ 6-12 meses

_____ 13-24 meses

9.- Mencione su cual su fuente principal de conocimiento acerca de lactancia materna en la actualidad

_____ Cursos de capacitación

_____ Libros o publicaciones electrónicas

_____ Los adquiridos durante su formación de pregrado o de residencia medica

_____ Los compartidos por sus compañeros de trabajo

_____ Otros. Especifique _____

EXPLICACION. En esta sección del instrumento se pretende recopilar la información de las características generales del médico familiar encuestado, además de tres variables generales referentes a la lactancia, donde solo se tiene que marcar con una "X" la variable donde se encuentre cada encuestado.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Sección 2. De los ítems 10 a 23 subraye falso o verdadero de acuerdo a la aseveración correspondiente.

10.- En caso de mastitis se debe suspender la lactancia de forma temporal.

Falso/Verdadero

Explicación. En esta oración se pretende valorar si el médico familiar conoce cuando suspender la lactancia materna. Ítem correspondiente al eje de conocimiento (manejo clínico de la mastitis)

11.- Se debe recomendar que las tomas sean de 15 minutos en cada pecho cada 2-3 horas.

Falso/Verdadero

Explicación. En esta oración se pretende valorar si el médico familiar conoce el tiempo de duración de las tomas. Ítem correspondiente al eje de conocimiento (Evaluación de las

12.- La alimentación exclusiva a base de leche de fórmula conlleva un riesgo incrementado de morbilidad. **Falso/Verdadero**

Explicación. En esta oración se pretende valorar si el médico familiar conoce los riesgos del no apagar a la lactancia materna. Ítem correspondiente al eje de conocimiento (Beneficios de la lactancia Materna)

13.- La mayoría de bebés nacidos por cesárea necesitan suplementación con fórmula las primeras horas de vida. **Falso/Verdadero**

Explicación. En esta oración se pretende evaluar en qué condición estaría indicado iniciar alimentación con fórmula sucedánea. Ítem correspondiente al eje de conocimiento (Indicaciones de Fórmula sucedánea)

14.- En el caso de que un lactante amamantado tenga problemas con la lactancia y precise un suplemento (de leche materna o artificial), se desaconseja por regla general administrarlo con biberón, especialmente en las primeras semanas de vida.

Falso/Verdadero

Explicación. En esta oración se pretende evaluar si el médico familiar aplica la recomendación de la OMS respecto al uso de biberón, en una situación dada. Ítem correspondiente al eje de Habilidades (Plan de manejo)

15.- En un recién nacido amamantado: una frecuencia elevada de tomas disminuye el riesgo de preciar fototerapia. **Falso/Verdadero**

Explicación. En esta oración se pretende evaluar si el médico familiar conoce los beneficios de la Lactancia Materna. Ítem correspondiente al eje de conocimiento (Indicación de la toma y beneficios de lactancia materna exclusiva)

16.- En un recién nacidos sano, antes de la primera toma de pecho en la sala de parto se le debe pesar, comprobar el test de Apgar en una cuna con calor radiante y realizar una correcta profilaxis oculo-hemorrágica. **Falso/Verdadero**

Explicación. En esta oración se pretende evaluar si el médico familiar aplica las recomendaciones emitidas por la OMS de cuando iniciar la Lactancia Materna en sala de parto. Ítem correspondiente al eje de las habilidades (plan de manejo).

17.- En grandes prematuros (<32 sem.)Es de elección la leche materna (fortificada cuando lo precise), siendo la segunda mejor opción la leche humana de banco; y dejando la suplementación con formula especial para prematuros solo como última alternativa.

Falso/Verdadero

Explicación. En esta oración se pretende evaluar si el médico familiar conoce las indicaciones de Lactancia materna y/o artificial en una situación dada. Ítem correspondiente al eje de conocimiento. (Indicaciones de la lactancia materna)

18.- En la maternidad, un recién nacido de más de 15 horas de vida al que hay que despertar para mamar en todas las tomas es un lactante de riesgo. **Falso/Verdadero**

Explicación. En esta oración se pretende evaluar si el médico familiar conoce el tiempo de las tomas e identifica situaciones de riesgo en los lactantes. Ítem correspondiente al eje de conocimiento (tiempo de las tomas)

19.- A partir de los 12 meses el contenido en nutrientes de la leche materna disminuye significativamente, con respecto al primer año de lactancia. **Falso/Verdadero**

Explicación. En esta oración se pretende evaluar si el médico familiar conoce las características de la leche humana “madura”. Ítem correspondiente al eje de conocimiento (composición de la leche humana)

20.- Si un niño amantado, con buen estado general, presenta como único hallazgo una escasa ganancia de peso, el primer paso es suplementar las tomas con leche de fórmula y revalorar. **Falso/Verdadero**

Explicación. En esta oración se pretende evaluar si el médico familiar aplica los conocimientos y posterior a la exploración física emite un plan de manejo en una situación dada. Ítem correspondiente al eje de las habilidades (juicio clínico)

21.- A partir de los 6 meses, las tomas deben reducirse a 2-3 al día, complementadas con el resto de alimentos. **Falso/Verdadero**

Explicación. En esta oración se pretende evaluar si el médico familiar conoce con qué frecuencia indicar la toma en pacientes mayores de 6 meses. Ítem correspondiente al eje del conocimiento (indicación de las tomas)

22.- La “leche aguada” o “liquida y escaza” es en realidad la leche de la primera parte de la toma. **Falso/Verdadero**

Explicación. En esta oración se pretende evaluar si el médico familiar conoce las características d la leche humana. Ítem correspondiente al eje del conocimiento (características de la leche humana).

23.- El siguiente dibujo muestra un enganche eficaz.



Falso/Verdadero

Explicación. En esta oración se pretende evaluar si el médico familiar interpreta adecuadamente los hallazgos en la exploración física. Ítem correspondiente al eje de las habilidades (Respecto a la posición del amamantamiento)

Sección 3. Subraye el inciso correcto correspondiente al enunciado.

24.- **¿Cuáles son las recomendaciones actuales de la OMS sobre lactancia?**

- a) Lactancia materna exclusiva (LME) hasta los 4 meses de edad, complementada con otros alimentos hasta que deseen madre e hijo.
- b) LME hasta los 6 meses de edad, pudiendo mantener la lactancia, complementada con los alimentos, hasta un máximo de 2 años.

c) LME hasta los 6 meses y posteriormente complementada con otros alimentos hasta los 2 años o más, según deseen madre e hijo.

Explicación. En esta pregunta se pretende evaluar si el médico familiar conoce las recomendaciones de la OMS respecto a la lactancia materna. Ítem correspondiente al eje de conocimiento (recomendaciones de la OMS)

25.- ¿Cuál de las siguientes actuaciones es la más importante a realizar en una madre lactante que tiene grietas en los pezones?

- a) Lavado con agua y jabón
- b) Correcta lubricación y humectación después de cada toma.
- c) Valoración de la toma
- d) Recomendar el uso de pezoneras

Explicación. En esta pregunta se pretende evaluar si el médico familiar aplica los conocimientos en cuanto al manejo en una situación dada. Ítem correspondiente al eje de las habilidades (juicio clínico y solución de problemas)

26.- Unos padres traen a su bebe de 17 días a la urgencia por llanto. Sólo toma pecho y hasta ahora todo iba bien, pero refieren que desde hace 24 horas, llora y pide pecho muy a menudo, a veces cada 30 a 60 minutos. En el pecho se calma y succiona vigorosamente. El niño no tiene apariencia de enfermedad, la ganancia ponderal es buena y la exploración es normal, pero la madre tiene la sensación de que se queda con hambre. ¿Qué diagnóstico y tratamiento harías?

- a) Hipogalactia, Suplementaría las tomas con 60ml de formula y control con su pediatra.
- b) Brote de crecimiento. Observaría la toma, recomendaría tomas a demanda y controles habituales subsecuentes en consulta.
- c) Hipogalactia, recomendaría pesar antes y después de la toma y suplementar con fórmula para complementar en cada toma la cantidad necesaria para 150ml/kg/día repartidos en 8 tomas.

- d) Cólicos del lactante. Recomendaría masajes abdominales y balancear al niño en decúbito prono hasta que le toque la siguiente toma.

Explicación. En esta pregunta se pretende evaluar si el médico familiar aplica los hallazgos obtenidos mediante el interrogatorio al momento de emitir un plan de manejo en una situación dada. Ítem correspondiente al eje de las habilidades (juicio clínico)

27.- ¿Qué le diría a una mujer embarazada que te comenta en la consulta que se está planeando la lactancia artificial?

- a) Nada, puesto que se trata de una opción personal y la respetaría.
- b) Le pediría que me hablara más sobre el tema para conocer sus razones e información y desde el respeto valoraría animarle a replantearlo.
- c) Que dada la absoluta superioridad de la leche materna, es una irresponsabilidad no amantar cuando no hay contraindicaciones.
- d) Que no se sienta culpable, porque la mayoría de los niños se crían igual de bien con pecho que con biberón.
- e) Todas las anteriores son correctas.

Explicación. En esta pregunta se pretende evaluar si el médico familiar aplica los conocimientos al momento de apoyar y promocionar a la lactancia materna. Ítem correspondiente al eje de las habilidades (plan de manejo para promocionar a la lactancia materna)

28.- Acerca de que se proporcionen muestras gratuitas de leche de inicio a las madres, en centros sanitarios:

- a) Es una valoración del código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna.
- b) Es aceptable como apoyo parcial si la familia es de bajos recursos

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- c) Es aceptable si ponen claramente que la leche materna es el mejor alimento para el lactante
 - d) Es adecuado para ayudar a madres con dificultades en su lactancia
 - e) Todas las anteriores son correctas.

Explicación. En esta oración se pretende evaluar si el médico familiar conoce el código Internacional que prohíbe la distribución de sucedáneos de la leche humana. Ítem correspondiente al eje del conocimiento.

29.- Usted es el médico del área de maternidad, una enfermera está preocupada por la lactancia de un recién nacido, cree que algo no va bien y quiere que acuda a observar una toma.

- a) Creo que nunca lo he hecho y no sabría exactamente que observar.
- b) He observado, alguna toma durante mi residencia, pero no tengo mucha experiencia. Creo que diagnosticaría solamente problemas muy evidentes.
- c) No me siento seguro. Me fijaría más en cuanto peso ha perdido y en la glucemia. En caso de duda, recomendaría un suplemento para evitar la pérdida de peso.
- d) He observado tomas numerosas veces y me vería capaz de diagnosticar y ofrecer soluciones a los problemas más habituales.

Explicación. En esta situación planteada se pretende evaluar si el médico familiar conoce las diferentes indicaciones, contraindicaciones y evaluación de la toma. Ítem correspondiente al eje del conocimiento.

¡Muchas Gracias por su participación!