



Maestría en Salud Pública/ Nutrición
Generación 2011-2013

Título de PT:

CAMPAÑA DE COMUNICACIÓN PARA AUMENTAR LA AUTOEFICACIA
SOBRE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN USUARIAS DE UN
CENTRO DE SALUD EN CUERNAVACA, MORELOS.

Alumna:

Ana Lucía Rodríguez Ríos

Directora:

Mtra. Luz Dinorah González Castell

Institución: INSP

Área: Centro de Investigación en Nutrición y Salud (CINyS)

Asesora:

Mtra. Ma. Alejandra Amaya Castellanos

Institución: INSP

Área: Departamento de Vigilancia de la Nutrición (CINyS)

Cuernavaca, Morelos; a 17 de diciembre del 2013.

Contenido

| | |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN | 7 |
| 1. ANTECEDENTES | 8 |
| 3. MARCO CONCEPTUAL | 10 |
| 3.1 EVIDENCIA CIENTÍFICA DE INTERVENCIONES PARA PROMOVER Y PROTEGER LA LACTANCIA MATERNA | 10 |
| 3.2 EVIDENCIA CIENTÍFICA DE LA EFECTIVIDAD DE LAS CAMPAÑAS DE COMUNICACIÓN PARA PROMOVER LA LME | 11 |
| 3.3 DETERMINANTES DE LA LACTANCIA MATERNA | 12 |
| 3.3.1 Contexto biológico: | 12 |
| 3.3.2 Contexto cultural: | 12 |
| 3.3.3 Contexto político y social: | 13 |
| 3.3.4 Contexto económico: | 13 |
| 3.4 IMAGEN1. MAPA CONCEPTUAL DE LOS DETERMINANTES DE LA LACTANCIA MATERNA | 14 |
| 4. MARCO TEÓRICO | 14 |
| 4.1 COMUNICACIÓN EN SALUD | 14 |
| 4.2 TÉCNICAS DIDÁCTICAS | 16 |
| 4.3 TEORÍA DE AUTOEFICACIA EN LACTANCIA MATERNA | 17 |
| 5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 18 |
| 6. JUSTIFICACIÓN | 20 |
| 7. OBJETIVOS | 21 |
| 7.1 GENERAL | 21 |
| 7.2 ESPECÍFICOS | 21 |
| 8. MATERIAL Y MÉTODOS | 22 |
| 8.1 DISEÑO DEL ESTUDIO | 22 |
| 8.2 POBLACIÓN | 22 |
| 8.3 TAMAÑO DE MUESTRA | 22 |
| 8.4 FUENTES DE INFORMACIÓN | 22 |
| 8.5 CUADRO 1. Diseño de la intervención | 23 |
| 8.4 PLAN DETALLADO DE EJECUCIÓN | 25 |

| | | |
|---------|--|----|
| 8.4.1 | Acercamiento a la comunidad | 25 |
| 8.4.2 | Investigación formativa | 25 |
| 8.4.3 | Diseño de la campaña y validación de material | 26 |
| 8.4.4 | Reclutamiento de participantes | 27 |
| 8.4.5 | Implementación de la campaña | 27 |
| 8.5 | CRONOGRAMA DE LA INTERVENCIÓN | 31 |
| 8.6 | ANÁLISIS ESTADÍSTICO | 32 |
| 9. | CONSIDERACIONES ÉTICAS | 33 |
| 10. | RESULTADOS | 34 |
| 10.1 | ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD | 34 |
| 10.1.1 | Factibilidad Técnica | 34 |
| 10.1.2 | Factibilidad Financiera (Anexo 11) | 34 |
| 10.1.3 | Factibilidad Política | 34 |
| 10.1.4 | Factibilidad Social | 35 |
| 10.2 | INVESTIGACIÓN FORMATIVA | 35 |
| 10.2.1 | Actitudes hacia la lactancia en mujeres encuestadas durante la investigación formativa | 36 |
| 10.2.2 | Resultados finales de la investigación formativa y toma de decisiones: | 38 |
| 10.3 | VALIDACIÓN DE MATERIAL | 39 |
| 10.3.1 | Resultados de la validación de los tres carteles | 41 |
| 10.3.2 | Resultados de la validación de los carteles y decisiones tomadas: | 41 |
| 10.4 | IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN | 42 |
| 10.4.1 | Resultados de conocimientos | 42 |
| 10.4.2 | Resultados de autoeficacia | 47 |
| 11 | RESULTADOS CUALITATIVOS | 48 |
| 11.1 | ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN | 48 |
| 11.1.1 | Claridad de los temas | 49 |
| 11.1.2 | Gusto por los temas impartidos durante los talleres | 49 |
| 11.1.3 | Gusto por la forma de presentar los temas impartidos durante los talleres | 50 |
| 11.1.5. | Gusto por las actividades realizadas en cada taller | 51 |

| | |
|--|----|
| 11.1.6. Disposición para acudir de nuevo a este tipo de talleres | 52 |
| 11.2 DIARIO DE CAMPO | 52 |
| 12 DISCUSIÓN | 55 |
| 13 CONCLUSIONES | 57 |
| 14 LIMITACIONES | 58 |
| 15 RECOMENDACIONES | 59 |
| ANEXO 1 (Cuestionario de Investigación Formativa) | 61 |
| ANEXO 2 (Carta de consentimiento para toma de fotografías) | 65 |
| ANEXO 3 (Cuestionario de validación de carteles y tarjetas informativas) | 67 |
| ANEXO 4 (Cartas descriptivas de los talleres) | 69 |
| ANEXO 5 (Carta de consentimiento informado) | 80 |
| ANEXO 6 (Carteles y tarjetas informativas que fueron validados) | 82 |
| ANEXO 6 (Carteles y tarjetas informativas finales) | 83 |
| ANEXO 8 (Cuestionario de autoeficacia) | 87 |
| ANEXO 9 (Encuesta de satisfacción) | 88 |
| ANEXO 10 (Cronograma) | 89 |
| ANEXO 11 (Presupuesto) | 90 |
| 16 REFERENCIAS | 92 |

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer antes que nada a mis padres Socorro y Enrique por todo su amor y apoyo incondicional en cada momento de mi vida, por todo el esfuerzo que hicieron para darme una excelente educación, por dar a cada instante mucho más de lo que podían y por haberme inculcado todos los valores que hoy me hacen ser la mujer que soy. Gracias por haberme motivado a estudiar esta maestría, por hacerme sentir segura de mí misma, pero sobre todo por amarme de la manera tan grande en que lo hacen. Gracias a ambos por ser siempre el mejor ejemplo de vida, de trabajo, de constancia y dedicación.

Le agradezco a mi esposo Damián por toda su ayuda durante toda esta experiencia, por compartir mis alegrías y consolarme en los momentos más difíciles, por haberme tenido la paciencia necesaria al soportar tantos momentos de estrés, por sus desvelos junto conmigo, por el gran interés que demuestra en mi trabajo, por escucharme en todo momento y siempre tener el mejor consejo. Gracias por cuidarme de la manera en que lo haces, por todo tu amor, por ser mi mayor soporte y más que nada, por ser la motivación que me hace querer ser mejor mujer cada día.

A mis hermanos Mariana, Ana Paula y Enrique por ser mis mejores amigos y confidentes, por siempre estar al pendiente de mí y mantenernos siempre unidos, gracias por llenar cada día que estamos juntos de alegrías y por completar la parte más hermosa de mi vida que es mi familia.

Quiero hacer un agradecimiento muy especial a Dino y a Ale, muchísimas gracias por todo su apoyo durante cada etapa de mi proyecto, porque a pesar de tener tanto trabajo siempre encontraron el tiempo para brindarme su ayuda y aclarar cada duda, gracias por estar siempre al pendiente de mí, por regalarme tanto de su gran experiencia, por nunca abandonarme y sobre todo por creer en mí. Gracias a sus consejos y su guía en cada momento es que pude culminar un proyecto que me llena de innumerables satisfacciones.

Así mismo, agradezco enormemente a Lety Escobar por su valiosa ayuda en el análisis estadístico de mis datos, por su gran paciencia y tiempo de dedicación para explicarme paso a paso cada procedimiento, gracias a esto pude concretar una de las partes más importantes y significativas de mi proyecto.

Muchísimas gracias a la Doctora Patricia Mora por mostrar interés en mi trabajo, porque a pesar de su saturada agenda laboral pudo brindarme el gran honor de ser mi sinodal y aceptar serlo desde el primer momento.

Gracias a los Servicios de Salud de Morelos por todas las facilidades otorgadas para llevar a cabo este proyecto y en especial a todo el personal del Centro de Salud de Santa María por todo el apoyo y la ayuda brindada en múltiples ocasiones durante el desarrollo del mismo.

Agradezco enormemente a cada una de las mujeres de la colonia Santa María Ahuacatitlán por haber aceptado ser la parte más importante de mi campaña y principalmente por haber llenado cada día de satisfacciones y enseñanzas gracias a su participación, dudas y comentarios tan gratificantes sobre el proyecto y sobre mi persona.

A las mujeres de la Liga de la Leche y en especial a todas las mujeres que me permitieron utilizar sus fotografías para el desarrollo de este proyecto, lo cual fue un pilar fundamental para poderlo llevar a cabo exitosamente.

Finalmente agradezco al Instituto Nacional de Salud Pública y a mis maestros por todas sus enseñanzas y por inculcarme el gran cariño que ahora le tengo a la salud pública. Gracias por darme la oportunidad de crecer profesionalmente, de acercarme más a la comunidad y de aprender tantas cosas nuevas que hoy hacen que la salud pública sea mi gran pasión.

INTRODUCCIÓN

La lactancia materna exclusiva (LME), puede reducir la morbi-mortalidad en los niños, debido a sus efectos para proteger contra enfermedades infecciosas y para disminuir la incidencia de diarreas en los primeros 6 meses de vida. Además de los beneficios para el niño, dar LME puede influir positivamente en diversos aspectos de la salud de la madre que lacta.

A pesar de sus múltiples beneficios, la prevalencia de dicha práctica a nivel nacional ha ido disminuyendo con el paso de los años, alcanzando a penas una prevalencia cercana al 14%; se ha encontrado además un aumento en el uso de fórmulas lácteas y que la mayoría de los lactantes recibe otro tipo de alimentos y líquidos durante los primeros 6 meses, siendo estos generalmente inadecuados en cuestión nutricional e higiénica.

Debido a la constante disminución de esta práctica, se han puesto en marcha diferentes tipos de intervenciones destinadas a aumentar la prevalencia de mujeres que lactan exclusivamente, ya que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), las inadecuadas prácticas de LME provocan 1.4 millones de las muertes y 10% de la carga de enfermedad en los infantes menores de 5 años de edad.

Uno de los principales determinantes de la LME son los conocimientos que tiene la madre sobre el tema y su capacidad sentida para llevar a cabo esta práctica (autoeficacia), ya que se ha visto que las mujeres con mayores niveles de conocimientos y autoeficacia lactan más de forma exclusiva y por mayor tiempo que las mujeres con menores niveles de estos.

En esta intervención se probó el efecto de una campaña de comunicación en el nivel de autoeficacia y conocimientos en LME de mujeres embarazadas y en edad reproductiva de la colonia Santa María Ahuacatitlán, en Cuernavaca, Morelos.

Para llevar a cabo esta campaña se realizó como primer paso una investigación formativa con 20 mujeres de esta colonia para identificar factores que influyeran en las prácticas de LME, sus necesidades de información y sus preferencias para poder diseñar la campaña acorde a sus perspectivas. Una vez desarrollado el material para la campaña se validó con un grupo de 30 mujeres con la finalidad de conocer si éste era entendido y bien aceptado.

Finalmente se implementó la campaña de comunicación en el centro de salud de dicha colonia, en la que participaron 31 mujeres, se realizaron 3 talleres teórico prácticos, se colocaron 3 carteles y se entregaron 3 tarjetas informativas. Antes de implementar la campaña se midió el nivel tanto de conocimientos como de autoeficacia a través de dos cuestionarios diseñados para tales objetivos, al finalizar la campaña ambos se volvieron a aplicar con la finalidad de poder comparar los resultados y determinar si la intervención tuvo realmente un efecto en las mujeres participantes.

1. ANTECEDENTES

La prevalencia mundial de lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros 6 meses de vida para el año 2003, fue del 34.8%. Entre la década de 1996 y 2006, la tasa de LME por 6 meses aumentó a nivel mundial, de 33% a 37%: en países de África las tasas crecieron de 22% a 30% y en Europa de 10 a 19%. Mientras que Latinoamérica experimentó un importante incremento (pasó del 30% al 45%) con excepción de Brasil y México.¹

De acuerdo con datos del año 1999 en México el porcentaje de niños que había sido amamantado alguna vez fue de 92.3%, sin embargo la prevalencia de LME durante los primeros 6 meses de vida fue baja en comparación con otros países de Latinoamérica, ya que para 1999 esta prevalencia fue de solo 25.7% en menores de 4 meses y de 20.3% en menores de 6 meses.²

No obstante, esta tendencia ha ido disminuyendo en el país. Según datos de la ENSANUT 2012³ la prevalencia nacional de LME está a penas por arriba del 14%, aunque el estado de Morelos registra una prevalencia aún menor (9.1%), lo cual es alarmante debido a que la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el hecho de no dar LME durante los 6 primeros meses de vida a los lactantes provoca 1.4 millones de muertes y 10% de la carga de enfermedad en los infantes menores de 5 años de edad.¹

A causa de las bajas prevalencias de esta práctica, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la OMS, entre muchas otras organizaciones, han llevado a cabo desde hace varias décadas diversas estrategias destinadas a proteger y promover la LME en gran cantidad de países.¹

En el año 1981 se aprobó el “Código Internacional de Sucedáneos de Leche Materna” hecho por la OMS y la UNICEF, el cual protege y fomenta la lactancia materna (LM) mediante el suministro de información acerca de la alimentación adecuada de los lactantes y la regulación de la comercialización de los sucedáneos de la leche materna y los biberones. El Código estipula que no se debe llevar a cabo ninguna forma de promoción de fórmulas lácteas en la población en general ni en los establecimientos sanitarios ni los profesionales de la salud tampoco suministrar muestras gratuitas de estos productos a mujeres embarazadas, a madres o familias.⁴

Una estrategia altamente costo-efectiva es la iniciativa conocida como “Hospital Amigo del Niño” (IHAN), creada a principios de la década de los noventa, la cual busca proteger y promocionar la LM y brindar a las madres ayuda en cualquier situación que pudiera dificultarles dicha práctica dentro de los hospitales. La iniciativa señala que se debe dar apoyo, consejería e información a las madres durante la etapa prenatal y posnatal. La iniciativa ha ido expandiéndose hasta alcanzar ya más de 20.000 hospitales en 156 países del mundo en los últimos años.⁵

En el año 2001, durante la “54 Asamblea Mundial de la Salud” celebrada en Suiza, se dio como recomendación mundial de salud pública promover la LM y LME en los primeros 6 meses de vida. De igual forma se exhortó a desarrollar nuevos enfoques y actividades con el fin de promover, proteger y apoyar esta práctica.⁶

Debido a las repercusiones que las prácticas deficientes de alimentación pueden acarrear durante la infancia, en el año 2002 se creó la “Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño”, cuyo objetivo es mejorar el estado nutricional, el crecimiento, desarrollo y salud de los niños y lactantes a través de una alimentación adecuada. Una de las propuestas de la estrategia fue fomentar la LME durante los 6 primeros meses de vida por medio de las instituciones de salud, las cuáles deben de llevar a cabo los 10 pasos para una lactancia materna exitosa.⁷

En México en el año 2006 se creó la “Asociación Pro Lactancia Materna” (APROLAM), la cual instituyó reglamentos y manuales para la capacitación en LM al personal de salud de todo el país, para que se promueva, proteja y apoye dicha práctica. Su esfuerzo se enfoca en lograr que las madres estén informadas sobre las ventajas de la LM y lleven a cabo su práctica, ayudando a disminuir las barreras que la obstaculizan.⁸

Santa María Ahuacatlán

Santa María Ahuacatlán es una de las 242 colonias de Cuernavaca, está localizada al norte de la ciudad como parte de la delegación Emiliano Zapata. La colonia está constituida por barrios, divididos en calles y parajes que cuentan con dos representantes cada uno.

Para el año 2010 tenía una población total de 16,273 habitantes, de los cuales 7,758 eran hombres y 8,515 mujeres.

La instrucción educativa de la población de 15 años y más es de un promedio de 8.1 años de escolaridad, menor que la media del Estado de Morelos (8.4). Predomina la educación de nivel primaria y secundaria (29% y 26% respectivamente) y la proporción de personas con capacidad de leer y escribir es de 98% entre la población de 15 a 64 años. Solo el 11% de la población tiene una escolaridad nivel licenciatura.

De acuerdo con datos de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 el total de mujeres en edad fértil reportado en el año 2008 fue de 1,425.

El centro de salud de dicha colonia tenía en control prenatal a 82 mujeres embarazadas para el año 2010, de las cuales 22 eran adolescentes. Sin embargo, no se encontró ningún tipo de promoción u orientación en lactancia materna en este año.⁹

3. MARCO CONCEPTUAL

El término “Lactancia materna exclusiva” se refiere a la alimentación del lactante únicamente con leche materna, sin recibir ningún otro alimento o bebida.¹⁰ Al respecto, la OMS y la UNICEF recomiendan amamantar de forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida del lactante, ya que no se han identificado hasta el momento beneficios de introducir alimentos ajenos a la leche materna antes de esta edad.¹¹ Los niños alimentados al seno materno exclusivamente por seis meses tienden a presentar mejores patrones de crecimiento y desarrollo, menor incidencia de enfermedades infecciosas, menor incidencia de obesidad y enfermedades crónicas y menor prevalencia de alergias.^{12,13,14} Además de ayudar a la madre a perder más rápidamente el peso ganado durante el embarazo y a disminuir el riesgo de anemia y de cáncer de mama u ovario.^{15,16,17,18,19}

3.1 EVIDENCIA CIENTÍFICA DE INTERVENCIONES PARA PROMOVER Y PROTEGER LA LACTANCIA MATERNA

De acuerdo con la Universidad de Oxford, la inversión en promoción de LM está entre las acciones más costo-efectivas, debido a que el presupuesto requerido para mantener los programas de promoción en LM es bajo y la recompensa alta, además de que pueden generar cambios importantes en la práctica de la LM, la cual se considera una forma sumamente eficiente para mejorar el estado de salud.²⁰

Actualmente existe evidencia relacionada con intervenciones educativas que han mostrado efectividad entre la población a la que se dirigen para incrementar sus conocimientos, su autoeficacia e incluso la prevalencia de LM y LME.

En un estudio realizado con mujeres afroamericanas uno de los mayores problemas encontrados para no dar LM fue la falta de información durante la etapa prenatal. Los resultados indicaron que las mujeres que tienen intención de dar pecho obtienen mayor puntuación en la escala de autoeficacia prenatal (media=82.5 puntos de la escala) que las mujeres que no tienen intención de hacerlo (media=70) ($P<0.05$).²¹

En una intervención realizada con mujeres embarazadas de Estados Unidos (E.U) se brindó información para incrementar el conocimiento en LM y se implementaron estrategias para abordar los factores influyentes en la autoeficacia (incluyendo educación, práctica y demostración de técnicas de amamantamiento), se encontró que las mujeres que recibieron dicha intervención obtuvieron mayores puntuaciones en la escala de autoeficacia en LM (media=143.7) que las mujeres que no la recibieron (media=107.2). Se concluyó que la información prenatal y el seguimiento posparto aumentan la puntuación en autoeficacia entre el pretest y postest y la duración de la LM ($P<0.05$).²²

En Cuba se llevó a cabo un estudio para incrementar los conocimientos sobre LM en madres a través de clases teórico prácticas. Los resultados mostraron que antes de realizar la intervención sólo el 33% de las madres tenían suficientes conocimientos sobre LM, después de la intervención el 100% conocía sobre los beneficios de la LM, así como de las mejores técnicas para llevarla a cabo; igualmente se comprobó que el hecho de que las mujeres dominaran dichos temas influía positivamente en la actitud hacia una LM duradera.²³

En E.U se realizó un estudio para evaluar la eficacia de una intervención educativa en el incremento de la LM. La intervención consistió en brindar información pre y posnatal acerca de los beneficios y práctica de la LM. Al final del estudio se concluyó que las mujeres que estaban en el grupo intervención tuvieron una incidencia mayor de LM que aquellas del grupo control (61% y 32% respectivamente, $P < 0.05$).²⁴

En México se observó que ofrecer clases sobre las ventajas y técnicas de LM y LME a primíparas, aumentó el número de mujeres que amamantaban durante su estancia hospitalaria y el tiempo que ofrecieron LM fue mayor en el grupo que recibió las clases comparado con el grupo que no las recibió (17 y 12 semanas de duración respectivamente, $P < 0.05$).²⁵

3.2 EVIDENCIA CIENTÍFICA DE LA EFECTIVIDAD DE LAS CAMPAÑAS DE COMUNICACIÓN PARA PROMOVER LA LME

De acuerdo con la UNICEF las campañas de comunicación para promoción de la lactancia materna pueden resultar muy útiles, desempeñan un papel importante en la creación de una atmósfera social de apoyo a la alimentación dando el pecho.²⁶

En el año 1996 se realizó en Estados Unidos la campaña “Loving Support Makes Breastfeeding Work” para promocionar la LM entre mujeres embarazadas y motivar a esposos y comunidad a apoyar a la mujer durante este proceso, utilizando posters, anuncios de radio y televisión, folletos, además de capacitación y consejería en LM. Esta campaña se extendió a 50 estados de este país, en los que se logró un incremento significativo en las tasas de iniciación de LM (7.3%) y su prevalencia hasta los 6 meses (11.8%), también se alcanzó mayor apoyo de los esposos para la LM (6%), de las abuelas (17.8%) y trabajadores de la salud (21.4%), aumento en conocimientos sobre el tema, así como en actitudes y creencias positivas hacia esta práctica.^{27,28}

Otra campaña realizada en Estados Unidos en el año 2004 fue “Babies Were Born to Be Breastfed”, dirigida principalmente a madres y padres de familia primerizos a través de anuncios de radio, televisión, internet y materiales impresos (posters), en los que se señalaban las consecuencias de no dar LM. Su objetivo principal fue aumentar las tasas de iniciación y de LME por seis meses. Como resultado, aumentó el número de personas que conocían sobre el tema

(del 39% al 64%), que mejoraron su actitud hacia esta práctica (55% a 73%) e incrementó el número de madres que lactó a sus hijos en un 10%.^{28, 29}

En el año 2010, la UNICEF en Venezuela creó la campaña de comunicación “Leche Materna, la mejor leche del mundo para tu bebé” para sensibilizar al personal de salud sobre la importancia de promover la LME y mejorar el nivel de conocimiento de las venezolanas acerca de sus ventajas. La promoción de la campaña incluye medios impresos en hospitales, mensajes en revistas, radio, afiches en paradas de autobús, vallas, anuncios en televisión y metro. La campaña actualmente se está implementando, por lo que no se conocen aún sus resultados.³⁰

3.3 DETERMINANTES DE LA LACTANCIA MATERNA

A pesar de los múltiples beneficios que tiene la LM en la salud de los niños y las madres, el que se practique o no depende de un sinnúmero de factores.^{31,32}

Los factores que más determinan su práctica se pueden dividir en 4 niveles:

3.3.1 Contexto biológico:

Si las madres o los niños presentan alguna enfermedad durante la lactancia o si la madre presenta problemas para lactar (como dolor, problemas del pezón y seno o baja producción de leche) es un factor que determina que las madres dejen de lactar.^{31, 33, 34, 35}

El tipo de parto que haya tenido la madre influye en la LM y LME, las mujeres que tuvieron cesárea tienden a presentar menores tasas de éstas que las mujeres que tuvieron parto vaginal, debido al tiempo que deben permanecer en el hospital y al tipo de medicación administrada durante la misma (lo que puede afectar la habilidad del bebé para succionar).^{31,36}

El número de hijos también puede influir tanto positiva como negativamente en la LME, ya que existe una relación entre las experiencias previas que pudiera haber tenido la madre en cuanto a LM como en el tiempo que tiene para lactar a su bebé. En ocasiones, cuando existe mayor número de hijos hay menores tasas de LME debido a que las mujeres tienen mayor cantidad de quehaceres en el hogar y menor tiempo disponible para lactar.^{31, 32, 37}

3.3.2 Contexto cultural:

Un aspecto muy importante es la seguridad y la confianza que tiene la madre para dar LME, que se sientan o no seguras de que su leche es suficientemente buena en calidad y cantidad, puede representar un obstáculo o una oportunidad.^{31, 32, 33, 34}

El nivel de autoeficacia que tenga una mujer sobre LM, determina en gran parte las conductas futuras en esta práctica. Se ha visto que mujeres con mayores niveles de autoeficacia dan más LM y por mayor tiempo que las mujeres con niveles de puntuación menores; a su vez, brindar información durante la etapa prenatal y realizar demostraciones de las técnicas para lactar pueden ser, entre otros, algunos de los factores que aumente el nivel de autoeficacia.^{38, 39, 40}

Las mujeres que anteriormente han amamantado exclusivamente y han tenido éxito generalmente se sienten motivadas para volver a repetir la conducta con sus hijos menores.^{31, 32, 41}

Contar con familiares y amigos que apoyen a las madres durante la LME, ayuda a que las nuevas madres se sientan motivadas y lleven a cabo este patrón de alimentación.^{31, 32, 33, 36}

Los conocimientos que tienen las madres en cuanto a LME es uno de los factores que tienen mayor importancia a la hora de tomar la decisión sobre lactar exclusivamente, dado que aumenta su confianza para hacerlo. Los conocimientos de las madres sobre LM se encuentran influenciados tanto por la información que reciben de personas de su comunidad (madres, abuelas, suegras, amigas) como por su nivel educativo y en gran parte por la información dada por el personal de salud.^{8, 31, 32, 33, 35, 41}

El nivel de conocimiento que se tenga sobre la LME en la comunidad y el que esta práctica sea una costumbre dentro de su cultura puede influir positiva o negativamente.^{31, 32, 33}

Al igual que las creencias culturales (como en los lugares en donde amamantar en público no es aceptado) pueden influir en la seguridad y confianza de la madre para lactar.^{8, 31, 32, 33, 36}

3.3.3 Contexto político y social:

Que la madre reciba información sobre los beneficios, las técnicas necesarias y las posiciones adecuadas, es sumamente importante, así como contar con asesorías y apoyo por parte del personal de salud porque aumentan sus conocimientos, su confianza y seguridad para lactar.

El contacto temprano con el bebé después de nacido juega un papel fundamental en el establecimiento y duración de la LM y LME, esta relación ayuda a la estimulación y producción adecuada de leche, disminuyendo una de las mayores complicaciones para lactar.^{8, 31, 32, 33, 34, 35}

Los consejos contradictorios recibidos por las madres sobre LME por parte del personal de salud, así como obtener biberones y muestras gratuitas de fórmulas lácteas, influye negativamente dado que crea confusión y reduce su confianza y motivación para practicarla.³²

Se ha encontrado que cuando existen recomendaciones oficiales que soporten y apoyen la LME, las prevalencias de esta práctica aumentan en los países que las tienen.

Incluirla dentro de las prioridades del sistema de salud, asignar financiamiento para programas sobre el tema y entrenar al personal de salud respecto al tema, influye positivamente.^{31, 32}

La desmedida publicidad de las fórmulas lácteas en revistas, televisión, folletos, su promoción y disponibilidad incluso en las instituciones de salud, incumple los acuerdos del Código Internacional y causa confusión en las madres, disminuyendo las prevalencias de lactancia materna.^{31,34}

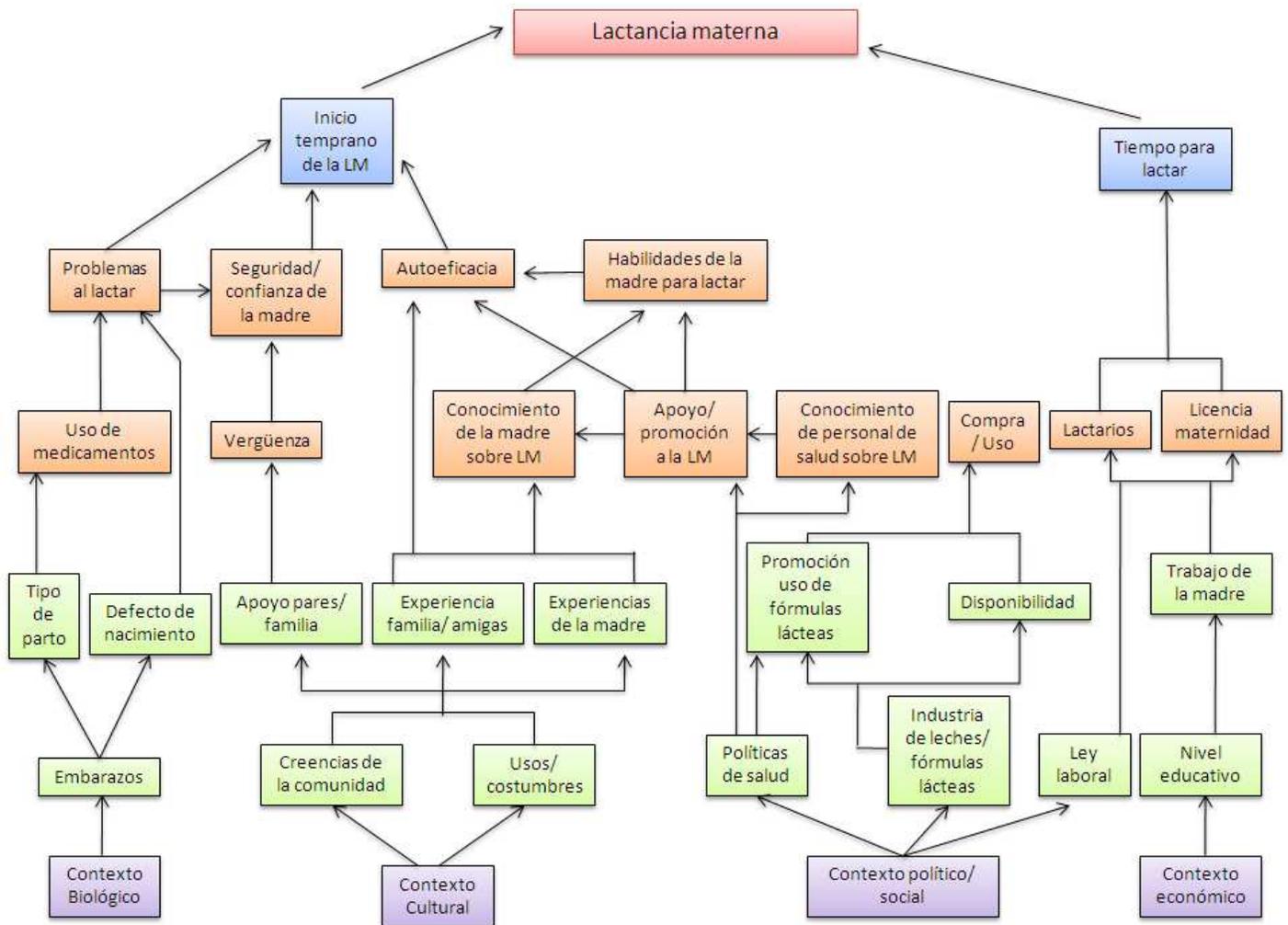
3.3.4 Contexto económico:

Uno de los factores más influyentes es el trabajo de la madre, las madres que laboran o estudian suelen no solamente dar menos LME, sino que el tiempo de ésta es mucho menor, ya que no tienen el suficiente tiempo ni las facilidades para lactar. El que la madre trabaje y el tipo de trabajo que realice se ve influenciado por su nivel educativo, entre muchas otras cosas.^{31, 32, 33, 34,41,42}

El hecho de que los lugares de trabajo no den facilidades para la práctica de la LME, es un aspecto que influye negativamente. Se ha visto que las licencias de maternidad prolongadas en los trabajos de las madres, así como contar con facilidades para la lactancia, como presencia de

lactarios y horarios flexibles, aumentan la probabilidad de que las madres lacten, lacten exclusivamente y lo hagan por mayor tiempo.^{31, 32, 41}

3.4 IMAGEN1. MAPA CONCEPTUAL DE LOS DETERMINANTES DE LA LACTANCIA MATERNA



4. MARCO TEÓRICO

4.1 COMUNICACIÓN EN SALUD

Como parte de la promoción de la salud, la comunicación social es una disciplina que se torna indispensable para obtener mejores resultados y mayor impacto de las acciones encaminadas a promover el cuidado de la salud. Es una estrategia que permite informar al público sobre asuntos de salud, mantener en la agenda pública temas importantes relacionados con ella y fomentar estilos de vida saludables, además de promover un mayor empoderamiento de la población.⁴³

Los programas de comunicación en salud pueden ayudar a: aumentar el conocimiento sobre temas relacionados con la salud, influir sobre el individuo o colectivo, informar, incrementar demandas o reforzar ciertas actitudes y conductas.⁴⁴

Para lograr un programa exitoso es necesario establecer los pasos que se seguirán, basarse en medios de comunicación, así como en aspectos de la educación y la mercadotecnia social.

En general, los programas de comunicación en salud se basan en un proceso de seis etapas que forman parte de un proceso continuo, ya que cada etapa retroalimenta a la siguiente.^{44,45}

Las 6 etapas del proceso de comunicación en salud son:

Planificación y selección de estrategias: Se parte de la identificación y definición del problema de salud y de la selección de la audiencia; así como de la generación de nueva información, de la formulación de metas y objetivos que se persiguen con las estrategias seleccionadas.⁴⁵

Para lograr incrementar los conocimientos, debemos conocer antes el nivel en que se encuentra la audiencia a la que se dirigirá la intervención. La mejor forma de obtener estos datos es a través de la investigación formativa: proceso a través del cual se investigan las características del público, sus conocimientos, actitudes y prácticas respecto a un tema de salud.⁴⁶

Selección de canales y materiales: La información derivada de la investigación previa, orienta la elección de los canales de comunicación y la elaboración de los materiales (formatos) más adecuados para llegar a la audiencia seleccionada.

Elaboración de materiales y pruebas preliminares: Concluidas las etapas 1 y 2, se asientan las bases para el diseño de los mensajes y materiales que harán parte del programa. Ello implica someter a prueba el formato y la información contenida (tema, portavoz, elementos gráficos, entre otros) con una audiencia determinada y constatar si hay lugar a modificaciones, tendientes a lograr el material adecuado para la población blanco.

Ejecución del programa: Se pone en marcha el programa, se dan a conocer y distribuyen los materiales conforme a los canales seleccionados. Se da seguimiento al programa y se establecen medidas de control para detectar fallas y hacer los ajustes necesarios o para constatar los aspectos del programa que tienen un efecto más fuerte en la audiencia objetivo, como parte de la supervisión del desarrollo del programa.

Evaluación de la efectividad: Se realiza con el ánimo de conocer los efectos del programa sobre la audiencia blanco, con base en lo considerado en la etapa 1 y en los objetivos del mismo. Se intenta averiguar si se logró conseguir el resultado definido en las etapas previas.

Retroalimentación para refinar el programa: Los hallazgos en cada una de las etapas son útiles para mejorar el programa, precisar las condiciones en las cuales podría incrementar el éxito de su implementación futura y conseguir otros recursos, de acuerdo con la evidencia proporcionada.^{44, 45}

Las campañas de comunicación han sido útiles en diversos países para promocionar la LM entre la sociedad^{27,47} resultan eficaces en el aumento de sus tasas de inicio y duración porque ayudan a

mejorar la actitud que se tiene hacia ésta y a normalizar su concepto para que se vea como una opción viable y aceptada; además de que aumentan la conciencia de la gente sobre su importancia y la necesidad de apoyo de la comunidad para mantenerla.^{14,27} Sin embargo, para que estos programas sean efectivos es necesario que se adecuen a la localidad donde se van a implementar, utilizando imágenes y contenidos con los que la comunidad se identifique.⁴⁸

4.2 TÉCNICAS DIDÁCTICAS

Los programas de comunicación para promover la LM se deben diseñar para atacar los 3 problemas principales que afectan dicha práctica, que son: insuficiente conocimiento acerca del tema, actitudes negativas hacia la lactancia y las normas sociales de ciertas comunidades.⁴⁹

Algunas estrategias efectivas de comunicación interpersonal para abordar estos problemas son:

La charla: Es una de las técnicas de enseñanza más utilizadas en materia de comunicación para la salud. Es útil para impartir nuevos conocimientos e información y estimular la discusión grupal al permitir una retroalimentación inmediata. El contacto interpersonal es beneficioso como estímulo del interés en el proceso de aprendizaje.

Cuando se da una charla, la presentación con Power Point puede resultar ventajosa ya que permite producir diapositivas, insertar imágenes, fotografías, videos y utilizar colores que ayuden a resaltar ciertas letras e imágenes. Este programa se utiliza principalmente para exponer un mensaje largo a un grupo de personas. El uso de un proyector amplifica el tamaño de las diapositivas y permite que mayor número de personas observe su contenido sin dificultad.

El Juego: El juego ayuda a establecer una adecuada comunicación horizontal; es un medio de aprendizaje que permite una mejor comprensión de los temas, hace más agradable el proceso de enseñanza-aprendizaje, permite perder la timidez de expresarse y ayuda a que los participantes se relacionen mejor. El juego evita el aburrimiento de la rutina que aparece como el mayor enemigo de la motivación. Para llevarlos a cabo se requiere un mínimo de planificación: fijarle objetivos, anticipar lo que puede pasar, preparar condiciones y garantizar que todos/as puedan participar.

La Demostración: Es un método indispensable para la enseñanza de destrezas prácticas.

Por medio de una demostración se puede probar a la comunidad que es posible aprender destrezas y seguir nuevos procedimientos, dejando espacio para que los participantes tengan la oportunidad de practicarlos bajo supervisión. Gran parte del conocimiento relacionado con el cuidado de la salud es práctico, por lo cual su aprendizaje debe ser de esa misma naturaleza.

El video foro: El video educativo sobre salud puede combinar la enseñanza con la diversión. Se puede usar para introducir nuevas ideas a un público seleccionado. Es un excelente medio para

educar en el nivel grupal porque puede introducir cuestiones complicadas y temas técnicos en una presentación.

Puede presentarse al inicio de una sesión educativa para que sus contenidos sirvan como tema generador o al final para estimular el diálogo con el grupo basándose en preguntas sobre el contenido que hagan referencia a los objetivos de la reunión. Se puede pedir a los participantes que relaten casos similares en la comunidad y propongan soluciones.⁴⁶

Comunicación Masiva

Los programas exitosos para promocionar la LM también utilizan estrategias de comunicación masiva a través de diversos medios de comunicación, ya que estos actúan como instrumentos efectivos en la transmisión de conocimiento que promueve cambios sociales.

Los carteles

Los carteles o afiches contienen una idea o información única, su mensaje es breve, directo y se apoya en el impacto visual que produce. Los carteles deben colocarse en lugares por donde pasa la audiencia, donde se reúne o donde espera. Como son empleados en lugares donde el público está de paso, se debe buscar que una sola lectura sea suficiente para captar el mensaje.⁴⁶

4.3 TEORÍA DE AUTOEFICACIA EN LACTANCIA MATERNA

La teoría de autoeficacia en lactancia materna propuesta por Dennis se deriva de la Teoría Social Cognitiva de Bandura. La autoeficacia es uno de los factores que más influencia tiene sobre la conducta humana y se define como la percepción de una persona acerca de su habilidad o capacidad para realizar una acción.⁵⁰ Si una persona no posee esta capacidad sentida, tendrá poca motivación y confianza para actuar o para afrontar las dificultades que se le presenten.²²

Dennis propuso un marco para comprender el rol que juega la autoeficacia en las conductas relacionadas con la LM. La autoeficacia en LM se refiere a la capacidad percibida que tiene una mujer para amamantar a su hijo(a), lo que influye en su decisión de lactar y la forma en que enfrentará los obstáculos que surjan durante su práctica.⁴⁰

Esta teoría sostiene que la autoeficacia depende de 4 factores principales:

Logros personales: se basa en la creencia de que el éxito en experiencias anteriores influye en la autoeficacia de cada persona.

Experiencias vicarias: el observar a otras personas tener éxito aumenta la creencia de una persona de que también cuenta con las capacidades necesarias para realizar la acción. El aprendizaje observacional ocurre cuando una mujer observa a otra mujer lactando.

Estas experiencias se pueden proveer a las mujeres a través de oradores expertos que ayuden a las mujeres a practicar posiciones para el amamantamiento y a familiarizarse con el tema. Así mismo, mediante clases prenatales con técnicas didácticas, en donde se hagan demostraciones

con una muñeca o empleando un video; por medio de libros, folletos o materiales que contengan imágenes de mujeres amamantando e información precisa sobre LM.

Persuasión verbal: las personas que son persuadidas verbalmente de que son capaces de realizar una acción, tienen mayor probabilidad de poner mayor esfuerzo en lograrla. Esto es especialmente importante cuando reciben persuasión de aquellas personas consideradas con buena reputación, como expertos en LM, profesionales de la salud o miembros de la familia.

Este factor se puede abordar a través de estrategias de enseñanza, como actividades de grupo, charlas y a través de consejos por parte de profesionales en el tema.

Estados psicológicos y afectivos: la última forma de aumentar la autoeficacia es reducir el estrés y modificar las emociones negativas hacia la conducta promovida. En esta área se puede proveer a las madres con información durante la etapa prenatal, sobre qué tipo de problemas o cambios fisiológicos le pueden ocurrir durante la lactancia, y cómo dar solución e interpretar ciertas señales en sus hijos y ellas.^{39, 40, 51}

El personal de salud puede utilizar la escala de autoeficacia como una herramienta de tamizaje, para identificar mujeres en riesgo de destete precoz y para poder planear estrategias que aumenten el conocimiento de las mujeres sobre LM y su confianza para llevarla a cabo.

Dennis y Faux crearon en 1999 la escala de autoeficacia para la LM “Breastfeeding Self-Efficacy Scale” (BSES) para medir la capacidad sentida de una mujer hacia la LM. Dennis creó una versión más corta de esta escala en el año 2003. De acuerdo con los resultados de varios estudios que utilizaron la BSES, existe una relación entre la autoeficacia en LM y la duración de ésta. Se encontró que altos niveles de autoeficacia están relacionados con la iniciación de la LM y con la LME, mientras que bajos niveles de autoeficacia se relacionaron más fuertemente con la alimentación con biberón.⁵¹

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La LME puede reducir la morbi-mortalidad en los niños, además de tener beneficios a largo plazo debido a que es considerada un factor protector para la obesidad durante la infancia y adolescencia.⁵² La LME durante los primeros 4 a 6 meses posparto ayuda a la pérdida de peso ganado durante el embarazo, a una duración mayor de amenorrea posparto¹⁵ así como en la prevención del cáncer de mama¹⁸ y ovario.¹⁹

En México la prevalencia de LME es de solo 14.4%, en el estado de Morelos esta prevalencia es aún más baja, ya que solo 9.1% de las madres lactan de forma exclusiva por 6 meses³. Gran parte de los menores de 6 meses recibe otros alimentos y bebidas ajenos a la leche materna, tratándose además de alimentos no adecuados tanto nutricional como higiénicamente.⁵³

Esto representa un problema de salud pública en nuestro país porque las prácticas inadecuadas de LME pueden causar mayor incidencia de infecciones y desnutrición en los niños especialmente

durante los primeros dos años de vida, lo que a su vez puede traer como consecuencias inmediatas un desarrollo motor y mental retrasado; mientras que a largo plazo se relaciona con una disminución del rendimiento intelectual, de la capacidad de trabajo y una disminución general de la salud durante la etapa adolescente y adulta, incluyendo mayor probabilidad de presentar enfermedades crónicas.

Los dos primeros años de vida de un niño son considerados críticos, ya que si ocurren deficiencias nutricionales durante esta etapa, las consecuencias serán irreversibles.¹²

Aunado a esto, no dar LME puede aumentar el gasto económico en el hogar, no solo con la compra de biberones, fórmula láctea u otro tipo de leche, sino en la atención médica, debido a que los niños no lactados exclusivamente por 6 meses presentan más episodios de enfermedad. Los gastos económicos también son mayores para el sector público, al ocasionar que haya mayor gasto en fórmula láctea subvencionada por éste y en el cuidado de salud en general.⁵⁴

Son muchas las barreras conocidas para la práctica de la LME, sin embargo entre las que se ha encontrado mayor consenso en diferentes estudios son: el bajo nivel de autoeficacia en las mujeres, la escasa información del tema durante la etapa prenatal, la falta de capacitación del personal de salud para orientarlas, el bajo nivel de conocimiento en las mujeres, la promoción y distribución de fórmulas lácteas, las creencias culturales hacia esta práctica y la falta de facilidades para lactar en los trabajos de las madres.^{21, 31, 32, 33, 34, 38, 41, 51}

Algunas de las intervenciones que han sido eficaces para aumentar las tasas de LME y mejorar la actitud hacia esta práctica se han enfocado en aumentar la autoeficacia a través de brindar información verbal, escrita y realizar representaciones prácticas de las técnicas para lactar, mientras que las campañas de comunicación han combinado medios masivos e impresos, además de educación en LME tanto a mujeres embarazadas como a personal de salud.^{22, 27, 47, 51}

Las campañas de comunicación resultan eficaces para aumentar los conocimientos y mejorar las tasas de inicio de LME, sin embargo no se encontró en la literatura si las campañas de comunicación ayudan elevar el nivel de autoeficacia en LME y se desconoce sobre campañas de comunicación que hayan sido implementadas en el Estado de Morelos para su promoción. Se ha encontrado información disponible sobre campañas dirigidas a mujeres durante la etapa del embarazo o postnatal, pero no sobre campañas dirigidas a mujeres en edad reproductiva.

Debido a todo lo anterior, no se cuenta con información suficiente para determinar si una campaña de comunicación es suficiente para aumentar el nivel de autoeficacia en LME en las mujeres de una colonia en Cuernavaca, Morelos.

Pregunta de investigación

¿Una campaña de comunicación puede aumentar la autoeficacia de las mujeres hacia la lactancia materna exclusiva?

6. JUSTIFICACIÓN

En México, y más específicamente en el estado de Morelos, ha habido una disminución de la LME por seis meses durante las últimas décadas, contrastando con un aumento en la introducción de agua y fórmulas lácteas.^{2,3}

La implementación de una campaña de comunicación dirigida a promover la LM y LME por seis meses tendrá beneficios tanto para la comunidad, las mujeres y sus hijos, debido a que dichas intervenciones pueden contribuir a la prevención del 13% de las muertes en niños menores de 5 años en países en desarrollo, además de ser las estrategias más significativas en cuanto a prevención de la morbi-mortalidad infantil.⁵⁵ Aunado a esto, la práctica de la LME disminuye el riesgo de diversas enfermedades en la mujer y brinda beneficios económicos a las familias.⁵⁴

Por los motivos anteriores es que resulta necesario llevar a cabo esta intervención, no sólo para incrementar la prevalencia de la LME y reducir la morbi-mortalidad de niños y mujeres de la comunidad, sino también para influir indirectamente en la economía familiar.

El embarazo representa un periodo de oportunidad para aconsejar sobre los beneficios de la LME, ya que se ha visto que es en esta etapa en la cual la mayoría de las madres toman decisiones relacionadas con la alimentación de sus hijos.³⁶ La mayoría de las madres son capaces de lactar de manera exclusiva pero esto depende en gran medida de que dispongan de información correcta, reciban apoyo dentro de su grupo familiar y social y de los profesionales de la salud.⁷

El compromiso para amamantar se hace antes del nacimiento del bebé, por lo que la educación y la autoeficacia son temas que se deberían abordar durante el periodo prenatal o incluso antes de la etapa de embarazo, con la finalidad de que las mujeres comprendan esta información, vayan formándose mensajes que permitan desarrollar una actitud positiva hacia la LM y se preparen adecuadamente para enfrentarse a menor cantidad de problemas al momento de llevarla a cabo. El personal de salud tiene una gran oportunidad durante este periodo para diseminar información sobre LM y construir la autoeficacia de las mujeres hacia esta práctica.^{38, 39, 40, 51}

Esta intervención se basa en la implementación de una campaña de comunicación para brindar información relacionada con la LM y LME a mujeres embarazadas y en edad reproductiva, con la finalidad de posteriormente evaluar el aumento del nivel de conocimientos y autoeficacia en los mencionados temas. Si esto se logra se incrementará la motivación de las mujeres y su intención de llevarla a cabo, lo que a largo plazo se podría ver reflejado en el aumento de las prevalencias de dicha práctica.

No existe riesgo alguno de implementar esta intervención y por el contrario, los beneficios que ésta representará a mediano y largo plazo son de grandes magnitudes tanto para el niño y su madre como para la economía del hogar.

Si se lleva a cabo este proyecto se estará generando información que será entregada a la Subdirección de Enseñanza e Investigación de los Servicios de Salud de Morelos y que podrá ser utilizada posteriormente por diversas instituciones de salud del estado que así lo deseen, para servir como base de futuras intervenciones sobre el tema o para el seguimiento de la misma población que se atiende en el Centro de Salud de Santa María Ahuacatlán.

7. OBJETIVOS

7.1 GENERAL

Realizar una campaña de comunicación dirigida a mujeres embarazadas y en edad reproductiva de la colonia Santa María Ahuacatlán para aumentar el nivel de autoeficacia acerca de la lactancia materna exclusiva durante los meses de abril y mayo del año 2013.

7.2 ESPECÍFICOS

Identificar los factores propios de la colonia Santa María Ahuacatlán, que influyen en las prácticas de lactancia materna exclusiva, a través de la realización de una investigación formativa con las mujeres de la comunidad.

Estimar el nivel de conocimiento que tienen las mujeres acerca de los beneficios de la lactancia materna exclusiva y su práctica adecuada antes de la implementación de la campaña de comunicación.

Estimar el nivel de autoeficacia que tienen las mujeres sobre lactancia materna exclusiva antes de la implementación de la campaña de comunicación.

Diseñar una campaña de comunicación dirigida a mujeres embarazadas y en edad reproductiva en dónde se difundan los beneficios de la lactancia materna exclusiva y las prácticas adecuadas para llevarla a cabo.

Implementar una campaña de comunicación dirigida a mujeres embarazadas y en edad reproductiva en dónde se difundan los beneficios de la lactancia materna exclusiva y las prácticas adecuadas para llevarla a cabo.

Evaluar los cambios en el nivel de conocimiento que tienen las mujeres acerca de los beneficios de la lactancia materna exclusiva y su práctica adecuada, derivados de la implementación de la campaña de comunicación.

Evaluar los cambios en el nivel de autoeficacia que tienen las mujeres sobre lactancia materna exclusiva derivados de la implementación de la campaña de comunicación.

8. MATERIAL Y MÉTODOS

8.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio cuasi experimental con evaluación pre-post intervención.

El estudio antes-después (o pre-post) de un sólo grupo se basa en la medición y comparación de la variable respuesta antes y después de la exposición del sujeto a la intervención experimental. Los diseños antes-después con un sólo grupo permiten al investigador manipular la exposición, pero no incluyen un grupo de comparación.

En la evaluación se incluyen métodos mixtos, es decir, tanto cuantitativos como cualitativos, como se explicará más adelante.

8.2 POBLACIÓN

La población que participó en la campaña de comunicación estuvo integrada por mujeres embarazadas y mujeres en edad reproductiva, habitantes de la colonia Santa María Ahuacatlán.

Criterios de inclusión

Mujeres en edad reproductiva (de 12 a 49 años) o mujeres embarazadas que se encontraran en cualquiera de los tres trimestres de gestación.

Mujeres que habitaran en la colonia Santa María Ahuacatlán.

Mujeres que aceptaran participar en la campaña.

Criterios de exclusión

Mujeres que abandonaran el estudio (o que hubieran aplicado solo una de las evaluaciones pre o post).

8.3 TAMAÑO DE MUESTRA

El tamaño de muestra calculado en otros estudios similares varía desde 36 hasta 117 mujeres.^{39,22}

Sin embargo, debido a la falta de tiempo se captó a un grupo de mujeres que se autoseleccionaron al ser reclutadas por diferentes medios de comunicación en un breve espacio de tiempo, por lo tanto se trata de una muestra por conveniencia de 31 mujeres.

8.4 FUENTES DE INFORMACIÓN

Para el desarrollo de esta campaña se utilizaron fuentes de datos primarias y secundarias.

FUENTES PRIMARIAS:

- Cuestionario de investigación formativa, el cual se diseñó con la finalidad de identificar diversos factores que influyen en las prácticas de lactancia materna exclusiva en la comunidad.
- Cuestionario de validación de carteles, el cual se diseñó con la finalidad de evaluar si los materiales eran adecuados para la audiencia.
- Cuestionario de conocimientos, el cual se diseñó con la finalidad de medir y comparar el nivel de conocimientos de las participantes antes y después de la implementación de la campaña.
- Cuestionario de autoeficacia, el cual se diseñó con la finalidad de medir y comparar el nivel de autoeficacia de las participantes antes y después de la implementación de la campaña.
- Cuestionario de satisfacción, el cual se diseñó con la finalidad de conocer la opinión de las participantes sobre la campaña de comunicación.

FUENTES SECUNDARIAS:

-Diagnóstico de salud de Santa María Ahuacatlán, 2010.⁹

8.5 CUADRO 1. Diseño de la intervención

| ETAPA | ACCIONES | INSTRUMENTOS |
|---|--|---|
| Planificación y selección de estrategias | <ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnóstico de Salud de la colonia previo para la identificación del problema. 2. Revisión de literatura sobre dicho problema. 3. Trámites de permisos con autoridades jurisdiccionales y de la Secretaría de Salud de Morelos y con Centro de Salud de Santa María Ahuacatlán. 4. Investigación Formativa mediante la aplicación de un cuestionario a 20 mujeres. 5. Se decidió trabajar con mujeres embarazadas y en edad reproductiva de la colonia. | <u>Cuantitativo</u> Cuestionario de investigación formativa con 34 preguntas |
| Selección de canales y materiales | <ol style="list-style-type: none"> 1. Se seleccionó con base en la información obtenida en la primera etapa, mezcla de comunicación interpersonal (sesiones educativas) y medios impresos masivos (carteles y tarjetas informativas). | |
| Elaboración de materiales y pruebas preliminares | <ol style="list-style-type: none"> 1. Se realizaron los carteles, tarjetas informativas y se desarrollaron los temas de las sesiones educativas. 2. Una vez elaborados los bocetos de los materiales se procedió a su validación, mediante un cuestionario aplicado a 30 mujeres. | <u>Cualitativo</u> Cuestionario de validación de carteles y tarjetas informativas con 15 preguntas |
| Ejecución del programa | <ol style="list-style-type: none"> 1. Reclutamiento de participantes. 2. Evaluación de conocimientos y de autoeficacia pre intervención | <u>Cuantitativo</u> Cuestionario auto aplicable de |

| | | |
|---|---|--|
| | <p>a las participantes.</p> <p>3. Implementación de la campaña con duración de un mes, que constó de:</p> <p>3 sesiones educativas realizadas cada 2 semanas, en donde se incluyó una mezcla de comunicación interpersonal (charla, demostraciones y juegos) y masiva (medios audiovisuales).</p> <p>-Primera sesión: Ventajas y beneficios de la LM, LME y calostro.</p> <p>-Segunda sesión: Técnica adecuada para amamantar, variación del contenido nutricional de la leche materna, obstáculos comunes durante la lactancia y posibles soluciones.</p> <p>-Tercera sesión: Lactancia Materna Exclusiva.</p> <p>4. 3 Carteles colocados en la sala de espera del Centro de Salud, con una fotografía alusiva a la lactancia materna y un mensaje central en correspondencia a cada uno de los temas de las sesiones.</p> <p>5. Entrega de tarjetas informativas al final de cada sesión educativa, diseñadas con las mismas imágenes y mensajes de los carteles.</p> <p>6. Diario de campo durante la implementación de la intervención.</p> | <p>conocimientos (pre intervención) con 25 preguntas</p> <p><u>Cuantitativo</u> Cuestionario auto aplicable de autoeficacia (pre intervención) con 13 preguntas</p> |
| Evaluación de la efectividad | <p>1. Al finalizar la tercera sesión educativa se realizó la evaluación de conocimientos y de autoeficacia post intervención a todas las participantes con la finalidad de evaluar si la intervención cumplió con el objetivo de aumentar el nivel de conocimientos de las participantes.</p> <p>Dentro de esta evaluación se sondeó también sobre la exposición de las mujeres a los 3 carteles y a las 3 tarjetas informativas.</p> | <p><u>Cuantitativo</u> Cuestionario auto aplicable de conocimientos (post intervención) con 25 preguntas</p> <p><u>Cuantitativo</u> Cuestionario auto aplicable de autoeficacia (post intervención) con 13 preguntas</p> |
| Retroalimentación para refinar el programa | <p>1. Se aplicó a las participantes una encuesta de satisfacción para obtener retroalimentación, preguntándoles su opinión acerca de la intervención.</p> | <p><u>Cualitativo</u> Encuesta de satisfacción con 6 preguntas</p> |

8.4 PLAN DETALLADO DE EJECUCIÓN

Antes de llevar a cabo el diseño de esta intervención se hizo una revisión del Diagnóstico Integral de Salud realizado en esta colonia en el año 2010 por alumnos del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) con el fin de identificar el problema sobre el que se iba a trabajar.⁹

Para el desarrollo de la intervención se contemplaron las siguientes etapas:

8.4.1 Acercamiento a la comunidad

Autoridades jurisdiccionales y de la Secretaría de Salud de Morelos (SSM)

Se llevaron a cabo acciones de cabildeo con la SSM, a través del director de la Jurisdicción Sanitaria Número 1 y del Coordinador Estatal de Investigación de la Subdirección de Enseñanza, Investigación y Capacitación de los Servicios de Salud de Morelos, a quienes se les informó de las acciones que se planeaban realizar. Se presentaron los documentos y oficios solicitados con la finalidad de obtener los permisos pertinentes para poder realizar la campaña de comunicación dentro del Centro de Salud de Santa María Ahuacatlán.

El proceso de trámites se inició desde Septiembre de 2012. Sin embargo, por cuestiones de cambio de gobierno en México, no se dio la autorización inmediata y se dio seguimiento al trámite desde octubre del 2012 alcanzando la resolución hasta febrero del 2013.

Centro de Salud de Santa María Ahuacatlán

Una vez obtenidos los permisos de la SSM, se procedió con la presentación de un oficio emitido por los Servicios de Salud dirigido al director del Centro de Salud de Santa María Ahuacatlán, a quien se le informó acerca de las acciones a realizar y se pidió su permiso y ayuda para llevar a cabo la intervención en el Centro de Salud a su cargo. De igual forma, se informó al personal que labora en él sobre las acciones y se solicitó su apoyo para llevarlas a cabo.

Este proceso se llevó a cabo el día 4 de marzo del 2013.

8.4.2 Investigación formativa

Una vez obtenidos los permisos para llevar a cabo la intervención dentro del Centro de Salud de Santa María Ahuacatlán, se procedió:

A realizar una investigación formativa que permitió conocer mejor a la comunidad, saber cuáles son sus preferencias y necesidades de información sobre LME, las barreras para llevarla a cabo, así como sus costumbres acerca del tema, para diseñar una campaña acorde a sus perspectivas.

8.4.2.1 Instrumento de investigación formativa: (Anexo 1)

Para la investigación formativa se aplicó un cuestionario a 20 mujeres de características similares a las que participarían en la intervención (embarazadas y en edad reproductiva), que acudieran al Centro de Salud de la colonia y desearan participar en esta fase. La aplicación del cuestionario se realizó dentro del Centro de Salud mientras las mujeres se encontraban en la sala de espera.

Para su elaboración se hizo una revisión de cuestionarios ya validados del INSP y se formularon 34 preguntas con base en la información requerida para diseñar la campaña de comunicación.

El cuestionario abarcó 4 secciones:

1. -Ficha de identificación, con 9 preguntas abiertas y cerradas.
2. -Información personal, conformada por 10 preguntas (3 a 12) con las que se exploraron prácticas personales respecto al proceso de LME.
3. Conocimientos generales sobre LM, compuesta por 8 preguntas (13 a 20), con las cuales se podía explorar sobre qué necesitan saber sobre el tema.
4. Expectativas frente a la posibilidad de recibir información sobre LM, conformada por 7 preguntas (21 a 27), con las que se averiguó el interés por recibir información acerca de ésta, la forma, el horario y el tipo de material e imágenes a emplear, entre otros.

El resultado de la Investigación formativa, realizada durante marzo del 2013, aportó valiosos datos para diseñar la campaña de comunicación, así como los medios y las herramientas a emplear, de acuerdo con las preferencias y necesidades de información de las mujeres de la colonia.

8.4.3 Diseño de la campaña y validación de material

Con base en los resultados obtenidos de la Investigación formativa se diseñó la campaña de comunicación. Bajo el enfoque de promoción de la salud, se empleó el proceso de comunicación en salud y la teoría de autoeficacia en lactancia materna de Dennis⁴⁰ para estructurar las actividades tendientes a aumentar los conocimientos y la autoeficacia en LME. Se desarrollaron los temas y contenidos de los materiales a utilizar, de acuerdo con las características e intereses de la población blanco, para lo cual se realizaron bocetos y se planearon composiciones fotográficas con mujeres de características similares al grupo objetivo. Previo a las fotografías, se pidió a las mujeres su consentimiento informado para el uso de las imágenes en las que aparecían para ilustrar algunos materiales de la campaña. (Anexo 2)

Instrumento: (Anexo3)

Una vez elaborados los bocetos de los materiales se procedió a su validación, mediante un cuestionario aplicado a 30 mujeres de características similares a las que participarían en la campaña, que acudieran al centro de salud de la colonia y desearan participar en esta fase. La aplicación de dicho cuestionario se realizó dentro del Centro de Salud mientras las mujeres se encontraban en la sala de espera.

Para su elaboración se revisaron cuestionarios del INSP, se formularon 15 preguntas, cerradas y abiertas, para explorar 5 criterios: atractivo, identificación, aceptación, entendimiento e inducción a la acción. Con base en las respuestas se realizaron los ajustes necesarios para mejorar el

material a utilizar en la campaña de comunicación. El objetivo de la validación fue conocer si los materiales eran adecuados para la audiencia.

El diseño y la validación de materiales se realizaron durante los meses de marzo y abril del 2013.

8.4.4 Reclutamiento de participantes

Se invitó a mujeres de la colonia que se encontraran embarazadas o en edad reproductiva a participar en el proyecto, mediante la colocación de carteles y una lona con mensajes dirigidos a las mujeres de la comunidad en los que se indicó la fecha de inicio de las sesiones, el lugar, horario y con quién dirigirse para participar.

La lona y los carteles se colocaron en la Ayudantía Municipal y el Centro de salud debido a que son áreas de alta afluencia de personas. Se informó a las mujeres que acudían a este último y a las pláticas de Oportunidades respecto a las actividades que se realizarían.

El reclutamiento de participantes se hizo entre los meses de marzo y abril del 2013, durante los cuales las mujeres interesadas en participar y que cumplieran con los criterios de inclusión se anotaron en una lista como forma de inscripción. En ella se pidieron datos como: nombre, teléfono y dirección, con la finalidad de poder contactarlas días antes de la fecha de inicio de actividades.

8.4.5 Implementación de la campaña

Se empleó el proceso de comunicación en salud en la estructuración de las actividades y para transmitir la información relativa a la importancia de la LME en tres etapas (antes, al inicio y durante), y su correcta práctica.

Componente educativo: 3 talleres educativos (comunicación interpersonal) apoyados en medios impresos y audiovisuales (comunicación masiva), cuyo papel principal fue reforzar los conocimientos y habilidades en torno a la práctica de la LME.

Comunicación interpersonal: las técnicas empleadas durante las sesiones fueron charlas, presentaciones, juegos y demostraciones.

Comunicación masiva: canales de comunicación impresa (carteles y tarjetas informativas) y audiovisual (video). Para la realización de los carteles se tuvo en cuenta a las mujeres quienes participaron en la elección de un eslogan para los talleres y la evaluación de los bocetos.

8.4.5.1 Componente educativo y comunicación interpersonal

TALLERES EDUCATIVOS (ANEXO 4)

Las mujeres se dividieron en 2 grupos diferentes (A y B) para asistir a los talleres debido al alto porcentaje de participación.

Los talleres se realizaron cada dos semanas durante los días miércoles (para el grupo A) y jueves (para el grupo B) en un salón del centro de salud habilitado con sillas, una computadora y un cañón, con el cual fueron proyectadas presentaciones en el formato Power Point que sirvieron de

apoyo a las pláticas. Adicionalmente, fueron empleadas distintas técnicas didácticas y actividades, que de acuerdo con la literatura, tienden a mejorar los conocimientos y el nivel de autoeficacia en LM de las mujeres.

TALLER 1

Al inicio de éste se hizo la presentación, se leyó la Carta de consentimiento informado y se entregaron las hojas de contacto. (Anexo 5)

Se prosiguió a realizar la evaluación basal de conocimientos y autoeficacia con el fin de establecer el nivel de ambos entre las participantes antes de la implementación de la estrategia.

En primera instancia, este taller planteó aspectos que las mujeres deben de conocer antes de empezar a lactar:

- La importancia de la LM, la duración de ésta y de la LME, sus ventajas para los niños, madres, familia y comunidad y los beneficios del calostro. Se trató de convencer a las mujeres de que la leche materna es el mejor alimento para los bebés.

Se llevó a cabo un juego para reforzar la información dada durante la plática y una actividad en la cual las mujeres divididas en equipos debían de aportar ideas para ponerle nombre a la campaña de comunicación y hacerlas partes del diseño de ésta.

Se realizó por último otra actividad llamada “El estacionamiento” en donde las mujeres debían de anotar sus dudas en una hoja y entregarla al final del taller para que fueran aclaradas.

TALLER 2

El segundo taller se centró en aspectos que las mujeres deben de conocer cuando se comienza a lactar y durante los meses siguientes:

- La importancia del apego temprano, la manera correcta en que se debe amamantar, la natural variación del contenido nutricional de la leche materna durante una sola toma y conforme va creciendo el bebé, el correcto agarre del pecho y los posibles obstáculos que pueden presentarse durante la lactancia y sugerencias para solucionarlos.

Se reforzaron aspectos importantes de la LME por 6 meses, vistos en el taller anterior.

Se presentó un video de 8 minutos realizado por una consultora en lactancia certificada por el “International Board of Lactation Consultant Examiners” con la finalidad de que las mujeres pudieran apreciar fácilmente la técnica adecuada para amamantar y algunas de las posiciones más comunes para hacerlo. Una vez terminado se realizó un video foro durante el cual se hicieron algunas breves preguntas acerca del video y un pequeño resumen acerca de su contenido; se pidió también a las mujeres compartir opiniones y experiencias relacionadas con el tema.

Después del video foro se realizó una técnica en la cual se hizo demostración de algunas de las posiciones vistas en el video, invitando después a las mujeres a practicar también alguna de éstas con la ayuda de una muñeca, una silla y dos cojines.

La actividad lúdica corrió por cuenta del juego “problemas y soluciones de la lactancia materna” en el que las mujeres, organizadas por equipos, debían relacionar la imagen de alguno de los problemas que se presentan durante la lactancia con su posible solución.

TALLER 3

El tercer taller se enfocó en uno de los principales temas a tratar durante los primeros 6 meses de lactancia:

- La LME, sus beneficios, el peligro de introducir fórmula y otro tipo de alimentos o líquidos antes de los 6 meses; así como la forma de seguir practicándola aun cuando las madres trabajen.

Durante este taller se realizó un juego llamado “Jeopardy”, en el cual se crearon 25 preguntas divididas en un tablero de 5 categorías alusivas a los temas vistos durante los 3 talleres. Las mujeres, divididas en 3 equipos del mismo número de integrantes, fueron seleccionando por turnos algún número de pregunta del tablero; las participantes podían recibir ayuda de sus compañeras para responder. El juego lo ganaría aquel equipo que reuniera mayor cantidad de puntos al contestar correctamente sus preguntas.

Al final del taller se aplicaron las dos evaluaciones post para evaluar si la campaña de comunicación tuvo efecto en el nivel de conocimientos y autoeficacia de las mujeres.

Se aplicó una encuesta de satisfacción para conocer la opinión de las mujeres acerca de la campaña, que comprendió desde los materiales utilizados, hasta la información y temas tratados.

Terminada la sesión fue entregado el compilado de la información más importante en discos compactos a las participantes.

- ❖ En todos los talleres se hizo pase de lista y se pidió el teléfono a todas las participantes. Para asegurar la asistencia de todas las mujeres a los talleres, se les llamó por teléfono el día anterior de cada taller para recordarles asistir.

DIARIO DE CAMPO

Durante cada uno de los 3 talleres se realizó un registro etnográfico, desde el inicio hasta el final de la intervención, para captar aspectos derivados del desarrollo de las sesiones, así como comentarios clave de las mujeres participantes.

8.4.5.2 Comunicación masiva

CARTELES (ANEXO 6)

Los carteles fueron diseñados pensando en que fueran atractivos, crearan identificación entre las mujeres y proporcionaran información relevante sobre la importancia de lactar exclusivamente. Para ello, se emplearon fotografías alusivas a la LM, atendiendo a las sugerencias de las mujeres durante la investigación formativa y a que “toda fotografía produce una impresión de realidad”. Se diseñó un cartel para cada uno de los talleres que se daría, conservando el mismo fondo,

distribución de los elementos, tipografía y marca de identificación (patrón de franjas horizontales), las composiciones fotográficas variaron conforme al tema a tratar. Los mensajes aludían a los contenidos de cada taller, reforzándolos por medio de imágenes e incluyéndoles la frase que las participantes seleccionaron para llamar a la campaña: “La leche materna, una gota de vida”.

Para el mensaje del primer cartel se eligió: “La leche materna es un alimento que protege al bebé de muchas enfermedades”, aludiendo a una de las ventajas de la LM y como parte de lo que las mujeres deben saber antes de tomar la decisión de lactar.

En el segundo cartel se escogió el mensaje: “Dar pecho al bebé desde que nace ayuda a que la madre tenga más leche”, promoviendo el apego temprano y en estrecha relación con lo que las mujeres deben de saber al momento del nacimiento de su bebé y que les ayudará a iniciar la LM.

Por último, se destacó: “La leche materna contiene agua suficiente para satisfacer la sed del bebé, no es necesario darle agua ni tés antes de los 6 meses”, como mensaje central del tercer cartel, fomentando la LME y a modo de recomendación una vez establecida la LM.

Los 3 carteles, previamente validados y ajustados, fueron colocados dentro del área de espera del Centro de salud, por ser un área grande y con gran afluencia de personas, lo que ayudaría a que todas las mujeres pudieran verlos.

TARJETAS INFORMATIVAS (ANEXO 6)

Las Tarjetas informativas se entregaron al final de cada taller. Éstas reprodujeron el diseño de los carteles, empleando las mismas imágenes y los mismos mensajes de los carteles, incluyendo la frase seleccionada para llamar a la campaña: “La leche materna, una gota de vida”.

Las tarjetas contenían además un segundo mensaje, ubicado en la parte posterior promocionando la LME por 6 meses: “Recuerda que...Si tu bebé tiene menos de 6 meses de edad no necesita ningún otro alimento ni líquido diferente a la leche materna”, además de la fecha y horario del próximo taller.

8.4.5.3 Instrumentos de la implementación

Durante la implementación de la campaña se utilizaron 3 instrumentos:

Cuestionario auto aplicable de conocimientos (Anexo 7)

El cuestionario incluyó preguntas que sondearon el nivel de conocimientos que tenían las mujeres sobre diversos aspectos de la LM y la LME. Para medir los conocimientos de las mujeres, antes y después de la intervención, se diseñó un instrumento en el que se formularon 25 preguntas cuyos ejes fueron: Los beneficios de la LM y LME tanto para el niño como para la madre, las técnicas adecuadas para llevarla a cabo y los riesgos que representa la alimentación artificial y mixta antes de los 6 meses de edad. 13 de los reactivos fueron de opción múltiple, con 4 alternativas de respuesta y 12 fueron con elección de respuesta dicotómica, verdadero o falso.

Éste se aplicó a todas las mujeres que asistieron a los 3 talleres en dos momentos: antes de iniciar las sesiones (al principio del primer taller) y al final de las sesiones (al término del tercer taller), para evaluar si la campaña de comunicación cumplió con el objetivo de aumentar el nivel de conocimientos de las participantes.

- ❖ El cuestionario pre-intervención incluyó un apartado de información sociodemográfica y el cuestionario post-intervención un apartado para saber si la mujer recibió las 3 tarjetas informativas y si estuvo expuesta a los 3 carteles.

Cuestionario auto aplicable de autoeficacia (Anexo 8)

Se aplicó a todas las mujeres que asistieron a los 3 talleres, al inicio del primero y al finalizar el tercero, con la finalidad de evaluar si la campaña cumplió con el objetivo de aumentar el nivel de autoeficacia o la capacidad sentida para lactar en las participantes.

Se elaboró un cuestionario ya validado y adaptado de la escala de autoeficacia de Dennis.

Fueron planteadas 13 preguntas, adaptando el lenguaje utilizado en algunas de éstas. Cada pregunta va precedida de la frase: “Qué tan segura te sientes de”, y se contesta con valores de 1 a 5, donde 1 indica “nada segura” y 5 indica “siempre segura”.

Encuesta de satisfacción (Anexo 9)

Para conocer la opinión de las mujeres se elaboró una encuesta en la que se formularon 6 preguntas abiertas sobre el contenido temático de los talleres y de los materiales utilizados durante las sesiones. La encuesta fue respondida por todas las participantes.

La fase de implementación de la campaña se realizó entre el 24 de abril y el 23 de mayo del 2013.

8.5 CRONOGRAMA DE LA INTERVENCIÓN

| IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN | Mar-13 | | | | Abr-13 | | | | May-13 | | | |
|--|---------|---|---|---|---------|---|---|---|---------|---|---|---|
| | Semanas | | | | Semanas | | | | Semanas | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Reclutamiento de mujeres | | | | | | | | | | | | |
| Aplicación de 20 cuestionarios de IF | | | | | | | | | | | | |
| Desarrollo de material de la campaña | | | | | | | | | | | | |
| Desarrollo de sesiones educativas | | | | | | | | | | | | |
| Validación de material | | | | | | | | | | | | |
| Correcciones/modificaciones al Material | | | | | | | | | | | | |
| Exposición de carteles | | | | | | | | | | | | |
| Evaluación basal (conocimientos y autoeficacia) | | | | | | | | | | | | |
| Taller 1 “Por qué la lactancia materna es importante” (24 y 25 de abril) | | | | | | | | | | | | |
| Taller 2 “Cómo amamantar” (8 y 9 de mayo) | | | | | | | | | | | | |
| Taller 3 “Lactancia materna exclusiva” (22 y 23 de mayo) | | | | | | | | | | | | |
| Evaluación final (conocimientos y autoeficacia) | | | | | | | | | | | | |

8.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó el programa Excel 2007 para la captura de la información obtenida de los cuestionarios de investigación formativa, validación de material, conocimientos y autoeficacia, integrando de esta manera una base de datos.

Análisis univariado

Investigación formativa y validación del material

Se realizó un análisis descriptivo de las características sociodemográficas de las participantes, así como de los datos obtenidos en esta etapa, se realizó la estimación de proporciones, medias y desviaciones estándar con la utilización de los programas Excel 2007 y STATA 11.0.

Análisis bivariado

Tomando en cuenta la hipótesis de que la media del puntaje total sería mayor en la etapa post-intervención, se consideraron pruebas a una cola.

Cuestionario de conocimientos

Para llevar a cabo el análisis de los resultados de éste cuestionario se le otorgó un valor de 1 a las respuestas correctas y un valor de 0 a las respuestas incorrectas para posteriormente obtener un puntaje total por mujer con un máximo posible de 25 puntos y un mínimo de 0.

También se llevó a cabo un análisis de los resultados divididos por cada taller, en el cuál se agruparon las preguntas correspondientes a cada uno de estos. Tomando en consideración lo anterior, el puntaje máximo posible para el primer y tercer taller fue de 7 puntos y de 11 para el segundo.

Cuestionario de autoeficacia

La escala de respuestas para cada pregunta tiene un valor máximo de 5 y un mínimo de 1; por lo tanto para las 13 preguntas que integran éste cuestionario la suma total de puntos tiene un máximo posible de 65 y un mínimo de 13 puntos. Lo anterior apegado a los procedimientos para el análisis del cuestionario de autoeficacia en LM de Dennis.^{38, 39, 51}

El puntaje total fue utilizado para calcular la autoeficacia de cada participante (mayores puntajes indicando mayores niveles de autoeficacia).

Se probó la normalidad de los datos de ambos cuestionarios utilizando la prueba Shapiro-Wilks; para las distribuciones que no mostraron normalidad, se estimó la mediana y a través de la prueba no paramétrica de Wilcoxon se compararon los resultados grupales de autoeficacia y de los puntajes de conocimientos correspondientes al primer y tercer taller entre las 2 etapas, con la

finalidad de estimar un cambio a un nivel de confianza del 95% para considerarlo estadísticamente significativo.

Para las distribuciones que mostraron normalidad se estimó la media y a través de la prueba t se compararon los resultados en conocimientos tanto generales como los correspondientes al segundo taller, entre las 2 etapas, con la finalidad de estimar un cambio a un nivel de confianza del 95% para considerarlo estadísticamente significativo.

Dado que las preguntas del cuestionario de conocimientos estaban orientadas a temas específicos, se agruparon por taller y se hicieron pruebas para analizar la magnitud del cambio entre etapas y se realizó también un análisis de diferencia de proporciones para cada pregunta a través de la prueba t, para estimar si el cambio fue estadísticamente significativo, considerando un nivel de confianza del 95%.

Todo lo anterior se llevó a cabo mediante el programa estadístico STATA versión 11.0.

Criterios de eliminación

Información incompleta (mujeres que sólo hayan contestado una de las evaluaciones pre-post).

9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con los lineamientos que exige el Comité de Ética del Instituto Nacional de Salud Pública, se informó y se solicitó aprobación del consentimiento informado de forma oral a las mujeres que desearon participar en el proyecto, a cada una de ellas se le proporcionó también una tarjeta de contacto con los datos de la directora del Comité de Ética del INSP y de la alumna a cargo del proyecto. (Anexos)

Así mismo se desarrolló una carta de consentimiento informado para uso de fotografías, con el fin de solicitar el consentimiento de las mujeres que otorgaron sus fotografías para ser utilizadas en los materiales de la campaña.

Las cartas de consentimiento informado así como la tarjeta de contacto fueron aprobadas por el Comité de Ética del INSP.

A todas las mujeres participantes se les pidió consentimiento para tomar fotografías durante el desarrollo de los talleres.

Toda la información brindada para la realización de este Proyecto Terminal fue de carácter confidencial y utilizado únicamente por la responsable del Proyecto.

La participación de las mujeres en este Proyecto no implicó ningún riesgo y fue absolutamente voluntaria, por lo que cualquier mujer pudo negarse a participar o retirar su participación del Proyecto en cualquier momento.

10. RESULTADOS

Los resultados de la implementación de la campaña de comunicación se presentarán teniendo como base las fases del desarrollo de ésta (CUADRO 1).

10.1 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

10.1.1 Factibilidad Técnica

Recursos humanos

La implementación de este proyecto es técnicamente factible ya que son pocos los recursos humanos necesarios para llevarlo a cabo.

Se requiere del apoyo de un nutriólogo por cada centro de salud en donde se implemente y se podría necesitar además de la colaboración de un diseñador gráfico para el desarrollo de los materiales a utilizar.

Recursos físicos y materiales

Resulta factible llevar a cabo este tipo de intervenciones dentro de los centros de salud, ya que estos cuentan con los recursos materiales y las instalaciones adecuadas para su implementación, además de que son muy bien aceptadas por su personal de salud.

El centro de salud de Santa María Ahuacatlán cuenta con el espacio físico necesario para la colocación de carteles y con un amplio salón en donde se impartieron las sesiones educativas. El salón está equipado con mesas, sillas y pizarrón que facilitó la implementación de los talleres, además de que las paredes de color blanco evitaron la necesidad de uso de pantalla para la proyección de las presentaciones.

10.1.2 Factibilidad Financiera (Anexo 11)

Llevar a cabo esta campaña es factible desde el punto de vista financiero, ya que el costo total de su implementación es de \$50,242.30 (gasto requerido para transportación, compra de equipo de cómputo, material de papelería y de oficina, impresiones, material para el desarrollo de actividades y pago de recursos humanos), el cual es un costo monetario mínimo al compararlo con los innumerables beneficios que este tipo de proyectos representan tanto en la salud y economía de la sociedad, considerando además que se trata de las intervenciones más costo efectivas en la prevención de la morbilidad y mortalidad infantil.²⁰ Este costo podría ser incluso menor si los centros de salud donde se implementan los talleres ya cuentan con equipo de cómputo.

10.1.3 Factibilidad Política

El desarrollo de esta intervención es factible de acuerdo al entorno político de nuestro país, ya que existen diversas normas oficiales en donde se alude a la promoción y protección de la LM,

además de que se busca posicionarla como un tema central dentro de la agenda pública. De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana de atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido (NOM-007-SSA2-1993)⁵⁶ se menciona que en todo servicio de salud se debe de proteger y fomentar la LME, promoviendo mensajes que destaquen la importancia de su práctica, informando a las mujeres acerca de sus beneficios y garantizando que todas las madres reciban orientación sobre el tema y sobre la técnica para llevarla a cabo. Se señala también que todas las unidades médicas deben ofrecer las condiciones necesarias para que las madres puedan practicar la LME, excepto en casos médicamente justificados.

La Norma Oficial Mexicana de Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria (NOM-043-SSA2-2012) especifica que se debe promover que el lactante se alimente exclusivamente con leche materna a libre demanda hasta el sexto mes de vida y continuar con la lactancia materna de ser posible hasta los 2 años de edad, como parte de los criterios que deberán seguirse para orientar a la población en materia de alimentación.⁵⁷

Cabe destacar que el 13 de agosto del año 2013 se llevó a cabo en el Senado de la República el primer Foro Nacional de Lactancia Materna, durante el cual cobró importancia la necesidad de construir una política para promover dicha práctica en la que se incluyan, entre otras cosas, estrategias de comunicación para promocionarla.⁵⁸

10.1.4 Factibilidad Social

Este tipo de campañas tienen una alta factibilidad social, ya que existe evidencia de su alta aceptación tanto por personal de salud como por la comunidad.^{28, 29,30}

Esta intervención se realizó con base en las necesidades de la población, obtenidas a través del Diagnóstico Integral de Salud Poblacional realizado en la colonia años atrás, en el que no se encontró ninguna forma de promoción de la lactancia materna en su centro de salud.

Se obtuvo un gran apoyo de parte del personal de dicho lugar, quienes no sólo brindaron el material y los espacios físicos para llevarla a cabo, sino que también ayudaron a motivar la participación de las mujeres.

Hubo una gran aceptación por las mujeres de la colonia, lo cual se vio reflejado en la asistencia a los talleres, en el interés de éstas durante la implementación y en los comentarios positivos recibidos durante la campaña y a través de las encuestas de satisfacción.

10.2 INVESTIGACIÓN FORMATIVA

La investigación formativa se llevó a cabo con 20 mujeres que asistían al centro de salud de la colonia y que tuvieran características similares a las mujeres que participarían en la campaña, es

decir, que fueran residentes de la Col. Sta. Ma. Ahuacatlán, a través de un cuestionario de 34 preguntas divididas en 4 secciones (Anexo 1)

Tabla 1. Características sociodemográficas de las mujeres encuestadas durante la investigación formativa en el Centro de Salud de Sta. Ma. Ahuacatlán, 2013.

| | N=20 |
|--|-------------|
| Edad (Media±D.E) | 31.4± 8.7 |
| Estado civil (%) | |
| Soltera | 25.0 |
| Casada | 30.0 |
| Unión libre | 40.0 |
| Separada | 5.0 |
| Sabe leer (%) | |
| Si | 100.0 |
| Años de escolaridad (Media±D.E) | 11.6±2.9 |
| Ocupación (%) | |
| Ama de casa | 75.0 |
| Comerciante | 20.0 |
| Profesionista | 5.0 |
| Tiene hijos (%) | |
| Si | 95.0 |
| No* | 5.0 |

Fuente: Encuesta directa

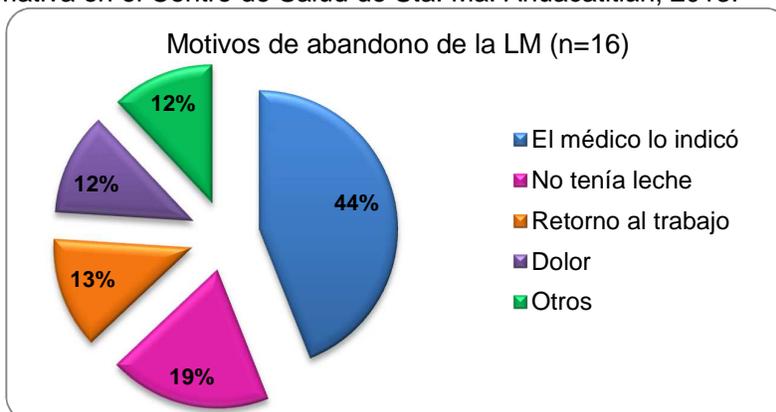
*Esta mujer refirió no tener ningún hijo, pero se encontraba embarazada

Todas las mujeres que eran madres mencionaron haber lactado por lo menos alguna vez. De las mujeres que tenían hijos sólo 4 (21%) refirieron tener algún hijo menor de 2 años, de éstas, 3 aún daban pecho a sus hijos menores de 6 meses. La cuarta mujer con un hijo de 6 meses mencionó ya no darle pecho desde los 2 meses de edad (Datos no mostrados en tabla).

10.2.1 Actitudes hacia la lactancia en mujeres encuestadas durante la investigación formativa

La media de la duración de la lactancia entre las mujeres participantes fue de 10.1 meses (DE±8.1) (Datos no mostrados en tabla).

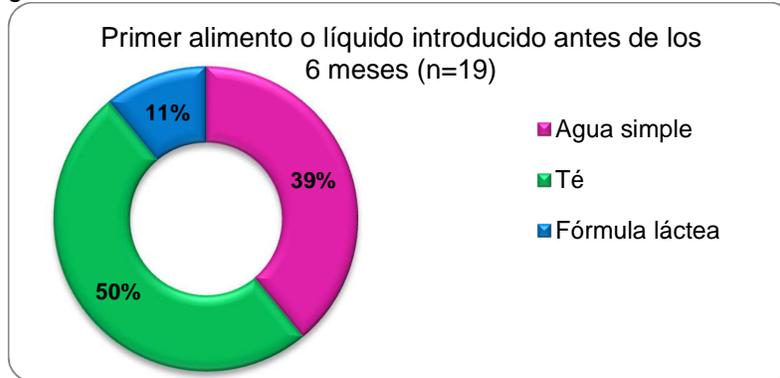
Gráfica 1. Motivos de abandono de la Lactancia Materna de las mujeres encuestadas durante la investigación formativa en el Centro de Salud de Sta. Ma. Ahuacatlán, 2013.



Fuente: Encuesta directa

Entre las encuestadas, el principal motivo por el que abandonaron la LM fue porque el médico se los indicó.

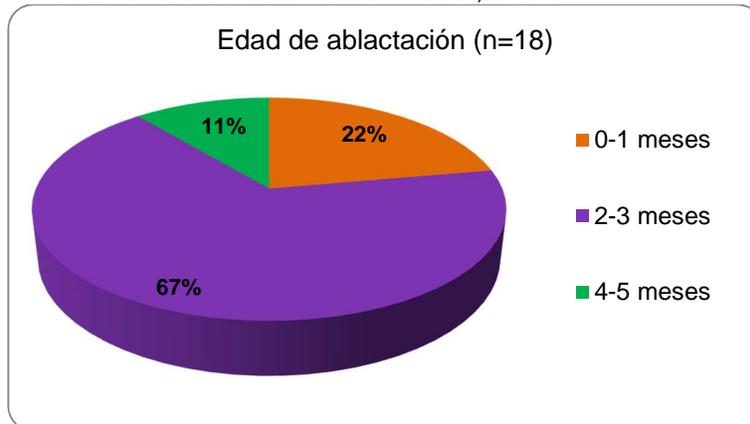
Gráfica 2. Primer alimento o líquido introducido antes de los 6 meses de edad por las encuestadas durante la investigación formativa en el Centro de Salud de Sta. Ma. Ahuacatlán, 2013.



Fuente: Encuesta directa

El 95% de las mujeres admitieron introducir otros alimentos y líquidos antes de los 6 meses de edad del bebé, siendo el té, el más mencionado (Gráfica 2).

Gráfica 3. Edad de ablactación de acuerdo a las mujeres encuestadas durante la investigación formativa en el Centro de Salud de Sta. Ma. Ahuacatlán, 2013.



Fuente: Encuesta directa

La media de edad de ablactación fue de 2.3 meses (DE \pm 1.1) (Datos no mostrados en gráficas).

El 80% de las mujeres encuestadas no había recibido en los últimos 6 meses información sobre LM y el 20% restante si la había recibido dentro del centro de salud de su colonia (Datos no mostrados en gráficas).

Tabla 3. Conocimientos generales sobre LM de las mujeres encuestadas durante la investigación formativa en el Centro de Salud de Sta. Ma. Ahuacatlán, 2013.

| | <u>N</u> | <u>%</u> |
|---|----------|----------|
| Conoce que la LM tiene beneficios para el bebé | 20 | |
| Si | | 80.0 |
| No | | 20.0 |

| | | |
|---|----|------|
| Beneficios que conoce de la LM para el bebé | 16 | |
| Ayuda a que se enferme menos | | 56.0 |
| Ayuda a que esté mejor nutrido | | 36.0 |
| Ayuda a que tenga menos riesgo de alergias | | 8.0 |
| Conoce que la LM tiene beneficios para la madre | 20 | |
| Si | | 40.0 |
| No | | 60.0 |
| Beneficios que conoce de la LM para la madre | 8 | |
| Ayuda a que tenga menos riesgo de cáncer de mama | | 60.0 |
| Ayuda a que pierda el peso ganado durante el embarazo | | 30.0 |
| Ayuda a que tenga una relación más estrecha con su bebé | | 10.0 |
| Creencias sobre las causas para no lactar | 20 | |
| Falta de leche | | 45.0 |
| Tratar de conservar la figura | | 25.0 |
| Dolor | | 15.0 |
| Desconocimiento | | 5.0 |
| Trabajo de la madre | | 5.0 |
| Problemas del pezón | | 5.0 |

Fuente: Encuesta directa

La mayoría de las mujeres (80%) conocía que la LM tiene beneficios para el bebé, sin embargo, sólo 40% sabía que esta práctica trae beneficios a la madre (Tabla 3).

Ninguna de las mujeres reconoció lo que era lactancia materna exclusiva ni había escuchado hablar sobre ésta. Todas las encuestadas mencionaron que les gustaría conocer más sobre este tema y sobre las posibles soluciones que hay para las mujeres que se les dificulta dar el pecho (Datos no mostrados en tabla).

Tabla 4. Expectativas frente a la posibilidad de recibir información sobre LM de las mujeres encuestadas en la investigación formativa en el Centro de Salud de Sta. Ma. Ahuacatitlán, 2013.

| | N=20 |
|---|-------------|
| | % |
| Forma en la que preferiría recibir información sobre LM | |
| Pláticas | 80.0 |
| Folletos | 10.0 |
| Carteles | 10.0 |
| Tipo de ilustraciones | |
| Fotografías | 65.0 |
| Dibujos | 35.0 |
| Tipo de persona | |
| Mujer amamantando | 95.0 |
| Médico | 5.0 |
| Preferencia de horario para recibir información sobre LM | |
| Mañana | 70.0 |
| Medio día | 25.0 |
| Tarde | 5.0 |

Fuente: Encuesta directa

10.2.2 Resultados finales de la investigación formativa y toma de decisiones:

La campaña constaría principalmente de pláticas que se llevarían a cabo durante las mañanas y se reforzarían los temas vistos en éstas a través de carteles y tarjetas informativas.

Teniendo en cuenta que los conocimientos previos que tenían las mujeres sobre LM eran bajos, se optó por 3 pláticas en las que se abordarían:

- Ventajas de la LM, las técnicas adecuadas para amamantar,

- Posibles problemas que se presentan durante ésta y sus soluciones (ya que se mencionaron como algunas de las causas de abandono) y,
- Plática dedicada únicamente para la LME, sobre la cual no tenían conocimiento alguno y era sumamente necesario llevarla a cabo debido a que ninguna mujer la practicaba o practicó por 6 meses.

A pesar de que en un inicio se había planteado únicamente abordar el tema de LME, con los datos obtenidos de la investigación formativa se encontró que era fundamental que las mujeres conocieran inicialmente los aspectos más básicos de LM para que se comprendieran mejor los temas y la importancia de saber sobre la lactancia exclusiva.

Los carteles y tarjetas informativas se realizaron con fotografías de mujeres amamantando y se eligieron 3 mensajes que concordarían con cada uno de los temas que se darían en las pláticas.

10.3 VALIDACIÓN DE MATERIAL

La validación del material se llevó a cabo con 30 mujeres con características similares a las que participarían en la intervención. Se validaron los 3 carteles que se colocarían en el Centro de Salud; cada uno se validó con la ayuda de 10 mujeres (Anexo 3).

La media de edad de las mujeres que participaron en esta etapa fue de 28 años (D.E ± 7.9).

Tabla 5. Resultados de la validación del primer cartel “La leche materna es un alimento que protege al bebé de muchas enfermedades” con la ayuda de 10 mujeres del Centro de Salud de Sta. Ma. Ahuacatitlán, 2013.

| | N=10 |
|---|-------------|
| | % |
| Lo que más gustó del cartel | |
| Que aparece una mamá amamantando | 50.0 |
| Que aparece una familia | 30.0 |
| El mensaje | 20.0 |
| Lo que menos gustó del cartel | |
| Nada | 50.0 |
| Que la foto sea en blanco y negro | 40.0 |
| Que se vea mucho el pecho de la madre | 10.0 |
| Los colores gustaron | |
| Mucho | 20.0 |
| Poco | 80.0 |
| Entendimiento del mensaje del cartel | |
| Si | 100.0 |
| Personas parecidas a las de la comunidad | |
| Si | 40.0 |
| Más o menos | 60.0 |
| Qué cambiaría para mejorarlo | |
| Colores del marco del cartel | 20.0 |
| Color de la foto | 80.0 |
| Qué tanto gustó el cartel | |
| Mucho | 40.0 |
| Poco | 60.0 |

Fuente: Encuesta directa

Las mujeres no se sintieron tan identificadas con la foto de este cartel porque comentaron que “no es común que el padre participe durante la alimentación de sus hijos.”

Tabla 6. Resultados de la validación del segundo cartel “Dar pecho al bebé desde que nace ayuda a que la madre tenga más leche” con la ayuda de 10 mujeres del Centro de Salud de Sta. Ma. Ahuacatitlán, 2013.

| | N=10 |
|---|-------------|
| | % |
| Lo que más gustó del cartel | |
| La cara de felicidad de la bebé de la foto | 80.0 |
| Que aparece una mamá amamantando | 20.0 |
| Lo que menos gustó del cartel | |
| Nada | 80.0 |
| Que la foto sea en blanco y negro | 10.0 |
| Los colores del marco del cartel | 10.0 |
| Los colores gustaron | |
| Mucho | 50.0 |
| Poco | 50.0 |
| Entendimiento del mensaje del cartel | |
| Si | 80.0 |
| No | 20.0 |
| Personas parecidas a las de la comunidad | |
| Si | 90.0 |
| No | 10.0 |
| Qué cambiaría para mejorarlo | |
| Nada | 40.0 |
| Colores del marco del cartel | 50.0 |
| La foto | 10.0 |
| Qué tanto gustó el cartel | |
| Mucho | 90.0 |
| Poco | 10.0 |
| Haría lo que le sugiere el cartel | |
| Si | 100.0 |

Fuente: Encuesta directa

Tabla 7. Resultados de la validación del tercer cartel “La leche materna contiene agua suficiente para satisfacer la sed del bebé, no es necesario darle agua ni tés antes de los 6 meses”, con la ayuda de 10 mujeres del Centro de Salud de Sta. Ma. Ahuacatitlán, 2013.

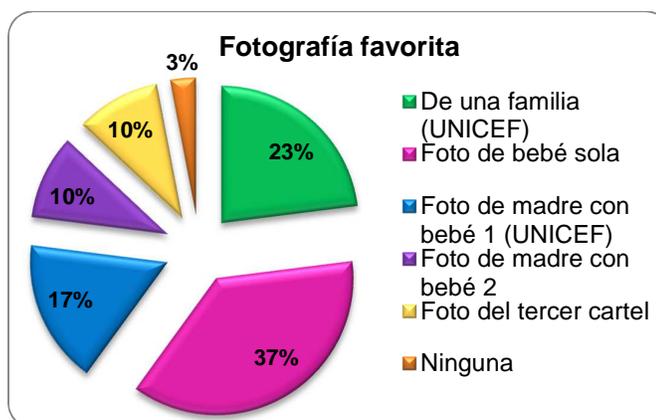
| | N=10 |
|---|-------------|
| | % |
| Lo que más gustó del cartel | |
| Que aparece una mamá amamantando | 80.0 |
| Cercanía entre la bebé y su mamá | 20.0 |
| Lo que menos gustó del cartel | |
| Que no se vea la cara de la madre | 70.0 |
| Nada | 30.0 |
| Los colores gustaron | |
| Mucho | 50.0 |
| Poco | 50.0 |
| Entendimiento del mensaje del cartel | |
| Si | 100.0 |
| Personas parecidas a las de la comunidad | |
| Si | 100.0 |
| Qué cambiaría para mejorarlo | |
| Nada | 30.0 |
| La foto | 60.0 |
| Colores del marco del cartel | 10.0 |
| Qué tanto gustó el cartel | |
| Mucho | 60.0 |
| Poco | 40.0 |
| Haría lo que le sugiere el cartel | |
| Si | 100.0 |

Fuente: Encuesta directa

10.3.1 Resultados de la validación de los tres carteles

El 33% de las mujeres encuestadas comentó que el tamaño de letra de los carteles era muy adecuado, mientras que el 67% lo consideró no adecuado, sugiriendo que fuera de mayor tamaño. Todas refirieron que las palabras utilizadas en los 3 mensajes de los carteles eran muy fáciles de entender y todas eran utilizadas en su comunidad (Datos no mostrados en gráficas).

Gráfica 5. Fotografía favorita de las mujeres encuestadas durante la validación del material para aparecer en los carteles.



Fuente: Encuesta directa

10.3.2 Resultados de la validación de los carteles y decisiones tomadas:

Se utilizó para los 3 carteles una gama de colores más encendidos que incluía los colores preferidos de las mujeres.

Los mensajes se quedaron como inicialmente se había contemplado, ya que la gran mayoría de las mujeres pudo comprender sus significados y estos inducían a la acción. El tipo de letra se conservó, pero su tamaño se hizo más grande.

Primer cartel: A pesar de que las mujeres comentaron que los hombres de su comunidad no estaban presentes a la hora de lactar a los bebés, a muchas de ellas les gustó la foto de una familia y sugirieron que se colocara para que los hombres pudieran observarla y empezaran a considerar como algo normal el participar en la alimentación de sus hijos.

De acuerdo con lo anterior se decidió dejar como foto de este cartel, la de una familia (madre, padre y bebé).

Segundo cartel: En este cartel se quedó la foto de la bebé tomando pecho porque fue una de las favoritas de las mujeres.

Tercer cartel: Para la selección de la tercer foto se obtuvieron respuestas muy diversas, por lo que se eligió la foto de una mamá sola amamantando a su bebé; se optó por esta foto debido a

que es muy probable que existan también madres solteras en la comunidad y porque en ésta aparece un bebé de mayor edad, lo cual funciona para promocionar también la LM continuada al año o a los dos años como recomienda la OMS.

10.4 IMPLEMENTACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Una vez que se invitó a las mujeres por medio del cartel, se captó a un grupo de 53 mujeres. Sin embargo de ellas, sólo 31 asistieron a todos los talleres y era condición que tuvieran ambas evaluaciones (pre y post).

Tabla 9. Características sociodemográficas de las mujeres participantes de la campaña de comunicación en el Centro de Salud de Sta. Ma. Ahuacatlán, 2013.

| | N | |
|--|----------|-----------|
| Edad (Media±D.E) | 31 | 31.4± 8.7 |
| Estado civil (%) | | |
| Soltera | | 13.0 |
| Casada | | 39.0 |
| Unión libre | | 42.0 |
| Viuda | | 3.0 |
| Divorciada | | 3.0 |
| Años de escolaridad (Media±D.E) | | 11.2±3.6 |
| Ocupación (%) | | |
| Estudiante | | 10.0 |
| Ama de casa | | 71.0 |
| Comerciante | | 13.0 |
| Profesionista | | 3.0 |
| Otra | | 3.0 |
| Número de hijos (%) | | |
| 0 | | 19.0 |
| 1-3 | | 42.0 |
| 4-6 | | 29.0 |
| 7-9 | | 10.0 |
| Embarazadas (%) | | |
| Si | | 13.0 |
| No | | 87.0 |
| Trimestre de embarazo (%) | 4 | |
| 2do | | 25.0 |
| 3er | | 75.0 |

Fuente: Encuesta directa

10.4.1 Resultados de conocimientos

Para evaluar los conocimientos de las participantes se aplicó un cuestionario de 25 reactivos de opción múltiple al inicio del primer taller y al finalizar el tercero (Anexo 7). Los resultados de estos se presentan a continuación.

Comparación de puntaje en el cuestionario de conocimientos

La media de puntaje grupal (n=31) en la etapa basal fue de 11.8 (D.E±2.9), siendo el puntaje más bajo 7 y el más alto 21, mientras que la media en la etapa final fue de 23.1 (D.E±1.3) (Tabla 10) abarcando puntajes desde 20 hasta 25 puntos.

Cuatro de las participantes (13%) obtuvieron el puntaje máximo en la etapa post intervención (25 puntos) (Datos no mostrados en tabla).

Tabla 10. Puntajes de conocimientos pre-post intervención de las mujeres participantes de la campaña de comunicación en el Centro de Salud de Sta. Ma. Ahuacatlán, 2013.

| Puntaje total | ETAPA | | | |
|---------------|-------|--------------|---------|--------------|
| | PRE | | POST | |
| | Media | IC-95% | Media | IC-95% |
| | 11.8 | (10.7, 12.9) | 23.1*** | (22.6, 23.6) |

Fuente: Encuesta directa

***Diferencia estadísticamente significativa entre evaluación post y pre, $p < 0.001$.

El aumento de conocimientos entre la etapa pre intervención y post intervención fue 11.3 puntos (D.E \pm 2.73, $p < 0.001$) (Tabla 10).

Todas las mujeres participantes aumentaron su puntaje en conocimientos entre las 2 etapas, con aumentos desde los 4 hasta los 16 puntos (Datos no mostrados en tabla).

En la tabla 11 se observa que al comparar los conocimientos pre-post intervención por temas en cada taller, el mayor aumento (5.48 \pm 1.98 puntos) fue en el segundo taller (“Cómo amamantar”) sin embargo, también en el primero “Por qué la LM es importante” y el tercero “Lactancia materna exclusiva” se observó un aumento significativo ($p < 0.001$).

Tabla 11. Puntajes de conocimientos por taller pre-post intervención de las mujeres participantes de la campaña de comunicación en el Centro de Salud de Sta. Ma. Ahuacatlán, 2013.

| | ETAPA | |
|---|-------------------------------|----------------------------------|
| | PRE | POST |
| Puntaje taller 1 “Por qué la lactancia materna es importante” (Mediana, IC95%) | 4.0(2.5, 4.0) | 7.0(6.0, 7.0)*** |
| Puntaje taller 2 “Cómo amamantar” (Media \pmDE) | 4.4\pm2.0 | 9.9\pm0.8*** |
| Puntaje taller 3 “Lactancia materna exclusiva” (Mediana, IC95%) | 4.0(4.0, 4.0) | 7.0(7.0, 7.0)*** |

Fuente: Encuesta directa

***Diferencia estadísticamente significativa entre el post y pre, $p < 0.001$.

El aumento de conocimientos del primer y tercer taller (“Por qué la lactancia materna es importante” y “Lactancia materna exclusiva”) fue de 3 puntos y la mediana de puntaje post intervención fue el máximo posible para ambos (Tabla 11), mientras que para el segundo taller la mayoría consiguió 10 puntos (48.0%) de los 11 posibles (Datos no mostrados en tabla).

Tabla 12. Proporciones de respuestas correctas pre-post del primer taller “Por qué la lactancia materna es importante” de las participantes de la campaña de comunicación en el Centro de Salud de Sta. Ma. Ahuacatlán, 2013.

| PREGUNTA | ETAPA | | DIFERENCIA (%) |
|--|------------------------------|-------------------------------|----------------|
| | PRE RESPUESTAS CORRECTAS (%) | POST RESPUESTAS CORRECTAS (%) | |
| 1. ¿Qué es el calostro? | 61.3 | 100.0 | 38.7*** |
| 2. ¿En qué momento se debe empezar a amamantar al bebé? | 87.1 | 100.0 | 12.9** |
| 3. ¿Cuál es el tiempo recomendado para dar el pecho? | 0 | 87.1 | 87.1*** |
| 4. ¿Cuál es una ventaja de la lactancia materna exclusiva para la madre? | 22.6 | 77.4 | 54.8*** |
| 5. Beneficios en los bebés que son alimentados únicamente con leche materna | 51.6 | 93.5 | 41.9*** |
| 6. ¿El calostro es como la primera vacuna para el bebé y por eso es importante que lo tome? | 64.5 | 100.0 | 35.5*** |
| 7. ¿Los niños amamantados exclusivamente por 6 meses tienen menos riesgo de enfermar de diabetes o hipertensión? | 48.4 | 90.3 | 41.9*** |

Fuente: Encuesta directa

**Diferencia estadísticamente significativa entre el post y pre, $p < 0.05$.

***Diferencia estadísticamente significativa entre el post y pre, $p < 0.001$.

Dentro de las preguntas correspondientes al primer taller de la campaña “Por qué la lactancia materna es importante”, en la que hubo un mayor aumento de conocimientos fue en el tiempo recomendado para dar pecho (87.1%) (Tabla 12). Cabe destacar que ninguna mujer supo contestar correctamente esta pregunta durante la etapa basal, el 19.0% respondió que un año, mientras que el 81.0% restante contestó que únicamente 6 meses (Datos no mostrados en tabla). La pregunta en donde se indagaba sobre el momento en el cual se debe de empezar a amamantar fue en la que existió menor incremento en los conocimientos, ya que pesar de que todas las participantes contestaron correctamente en la etapa final, la gran mayoría (87.1%) conocía la respuesta correcta antes de la implementación de la campaña (Tabla 12).

Durante el desarrollo de este taller, una de las participantes sugirió que los talleres se impartieran también al personal médico, ya que comentó que éste les recomendaba lo contrario a lo que se les enseñaba en los talleres (como empezar a introducir otros alimentos desde los 3 meses y no dar pecho por más de 6 meses), esta sugerencia se volvió a recalcar durante el desarrollo del tercer taller (Notas de campo).

Tabla 13. Proporciones de respuestas correctas pre-post del segundo taller “Cómo amamantar” de las participantes de la campaña de comunicación en el Centro de Salud de Sta. Ma. Ahuacatitlán, 2013.

| PREGUNTA | ETAPA | | DIFERENCIA (%) |
|--|------------------------------|-------------------------------|----------------|
| | PRE RESPUESTAS CORRECTAS (%) | POST RESPUESTAS CORRECTAS (%) | |
| 1. Posición adecuada para dar el pecho | 54.8 | 87.1 | 32.3*** |
| 2. ¿Cada cuánto tiempo se le debe dar pecho al bebé? | 38.7 | 100.0 | 61.3*** |
| 3. Una de las señales de un buen agarre del pecho | 35.5 | 93.5 | 58.0*** |
| 4. ¿Cómo puede aumentar la producción de leche? | 38.7 | 93.5 | 54.8*** |
| 5. Si una madre tiene el pezón plano o no lo tiene bien formado ¿Qué puede hacer? | 29.0 | 93.5 | 64.5*** |
| 6. Si alguno de los pechos está congestionado o muy lleno de leche, ¿Qué se debe hacer? | 41.9 | 90.3 | 48.4*** |
| 7. ¿Se debe amamantar al bebé 10 minutos de cada pecho? | 16.1 | 87.1 | 71.0*** |
| 8. ¿El colocarse adecuadamente al bebé, puede ayudar a evitar que los pezones se agrieten? | 51.6 | 93.5 | 41.9*** |
| 9. ¿El valor nutritivo de la leche materna cambia durante cada toma de leche de pecho? | 19.3 | 64.5 | 45.2*** |
| 10. ¿Cuándo se produce algún problema con los pechos de la madre, se debe continuar con el amamantamiento? | 38.7 | 87.1 | 48.4*** |
| 11. ¿El dar biberón o chupón al bebé ayuda a que agarre mejor el pecho de la madre? | 77.4 | 100.0 | 22.6** |

Fuente: Encuesta directa

**Diferencia estadísticamente significativa entre el post y pre, $p < 0.05$.

***Diferencia estadísticamente significativa entre el post y pre, $p < 0.001$.

Respecto a las preguntas correspondientes al segundo taller “Cómo amamantar”, en la que se observó un mayor incremento de conocimientos fue en la que se evaluaba si las mujeres conocían cuánto tiempo se debe amamantar al bebé con cada pecho (71.0%). Antes de la implementación de la campaña, el 83.9% de las mujeres contestaron incorrectamente.

La pregunta en donde se encontró un menor aumento (22.6%) fue en la que se cuestionaba si dar biberón o chupón ayudaba a que el bebé tomara mejor el pecho de la madre; todas las participantes conocían la respuesta correcta después de la intervención, pero gran parte de ellas (77.4%) ya la conocían en la etapa pre intervención (Tabla 13).

En este taller varias mujeres de ambos grupos preguntaron si se les podría grabar la información dada durante todos los talleres en un CD, ya que ésta era muy buena y completa, por lo que al final de la intervención se entregaron CD's a todas las mujeres que así lo solicitaron (Notas de campo).

Tabla 14. Proporciones de respuestas correctas pre-post del tercer taller "Lactancia materna exclusiva" de las participantes de la campaña de comunicación en el Centro de Salud de Sta. Ma. Ahuacatlán, 2013.

| PREGUNTA | ETAPA | | DIFERENCIA (%) |
|---|------------------------------|-------------------------------|----------------|
| | PRE RESPUESTAS CORRECTAS (%) | POST RESPUESTAS CORRECTAS (%) | |
| 1. ¿Qué es la lactancia materna exclusiva? | 96.8 | 100.0 | 3.2 |
| 2. ¿Cuál es uno de los riesgos de introducir otros alimentos antes de los 6 meses de edad? | 45.1 | 90.3 | 45.2*** |
| 3. ¿Los jugos y tés son beneficiosos antes de los 6 meses de edad? | 22.6 | 100.0 | 77.4*** |
| 4. ¿La leche de fórmula tiene los mismos ingredientes que la leche del pecho de la madre? | 93.5 | 100.0 | 6.5 |
| 5. ¿Las mujeres que trabajan no pueden amamantar exclusivamente? | 45.2 | 83.9 | 38.7*** |
| 6. ¿Si tu madre o alguna mujer de tu familia no amamantó exclusivamente, es probable que tú tampoco puedas? | 93.5 | 100.0 | 6.5 |
| 7. ¿Si la madre está desnutrida o enferma su leche es de mala calidad? | 6.4 | 93.5 | 87.1*** |

Fuente: Encuesta directa

***Diferencia estadísticamente significativa entre el post y pre, $p < 0.001$.

Dentro de las preguntas correspondientes al último taller "Lactancia materna exclusiva", en la que se encontró un mayor aumento (87.1%) fue en la que se preguntaba si la leche de mujeres desnutridas o enfermas es de mala calidad. Durante la etapa basal de la campaña, el 93.6% creían que la leche producida por estas madres es de mala calidad (Tabla 14).

En 3 preguntas existió un aumento muy pequeño (3.2%, 6.5% y 6.5%) debido a que más del 90% de las participantes contestaron correctamente durante la etapa inicial (Tabla 14).

Algunas participantes sugirieron que se realizara un cuarto taller en el que se explicara el tipo de alimentación que deben llevar los niños después de los 6 meses de edad, este taller se planeó impartir dos semanas después del tercer taller, sin embargo tuvo que realizarse hasta un mes después debido a problemas de inseguridad en el centro de salud (Notas de campo).

10.4.2 Resultados de autoeficacia

Con la finalidad de comparar el nivel de autoeficacia de las participantes antes y después de la intervención, se aplicó un cuestionario de 13 preguntas adaptado de la escala de autoeficacia de Dennis (Anexo 8).^{38, 39}

Comparación de puntaje en el cuestionario de autoeficacia

En lo referente a la autoeficacia de las participantes, antes de la implementación de la campaña alcanzaron un puntaje mediano de 48 puntos (con un rango desde 29 hasta 65 puntos) mientras que la mediana post intervención fue de 61 puntos (con un rango desde 47 hasta 65 puntos).

Tabla 15. Puntajes de autoeficacia pre-post intervención de las mujeres participantes de la campaña de comunicación en el Centro de Salud de Sta. Ma. Ahuacatlán, 2013.

| Puntaje Total | ETAPA | | | |
|------------------|-----------------------|---------------|------------------------|---------------|
| | PRE <u>Mediana</u> | <u>IC-95%</u> | POST <u>Mediana</u> | <u>IC-95%</u> |
| | 48.0 | (44.0, 55.0) | 61.0** | (59.0, 63.5) |

Fuente: Encuesta directa

**Diferencia estadísticamente significativa entre el post y pre, $p < 0.001$.

Existe una diferencia estadísticamente significativa de 13 puntos en la autoeficacia entre ambas etapas (Tabla 15).

CUADRO 2. Preguntas del cuestionario de autoeficacia aplicado a las participantes de la campaña de comunicación en el Centro de Salud de Sta. Ma. Ahuacatlán, 2013.

| Preguntas del cuestionario de autoeficacia |
|--|
| 1. ¿Qué tan segura te sientes de poder enfrentar con éxito el amamantamiento tal como has enfrentado otros retos en tu vida? |
| 2. ¿Qué tan segura te sientes de poder amamantar siempre a tu bebé, sin tener que utilizar la leche artificial como complemento? |
| 3. ¿Qué tan segura te sientes de siempre poder reconocer cuando tu bebé agarra bien el pecho durante el amamantamiento? |
| 4. ¿Qué tan segura te sientes de siempre poder manejar el amamantamiento de forma satisfactoria para ti? |
| 5. ¿Qué tan segura te sientes de siempre poder mantener las ganas de amamantar? |
| 6. ¿Qué tan segura te sientes de siempre poder amamantar cómodamente con los miembros de tu familia presentes? |
| 7. ¿Qué tan segura te sientes de siempre poder enfrentar el hecho de que amamantar consume tiempo? |
| 8. ¿Qué tan segura te sientes de siempre terminar de amamantar a tu bebé en un pecho antes de cambiar al otro pecho? |
| 9. ¿Qué tan segura te sientes de siempre poder creer que tu pecho es suficiente para alimentar a tu bebé? |
| 10. ¿Qué tan segura te sientes de siempre poder alimentar a tu bebé cada vez que te lo pida? |
| 11. ¿Qué tan segura te sientes de siempre poder reconocer cuando tu bebé ha terminado de amamantar? |
| 12. ¿Qué tan segura te sientes de siempre poder alimentar tu bebé con leche materna solamente por 6 meses? |
| 13. ¿Qué tan segura te sientes de siempre poder mantener tu producción de leche? |

En 9 de las 13 preguntas del cuestionario de autoeficacia el aumento fue de 1 punto (de 4 a 5, $p < 0.05$), es decir las mujeres pasaron de contestar *generalmente segura* a *siempre segura* al final de la intervención (resultados no mostrados en tabla).

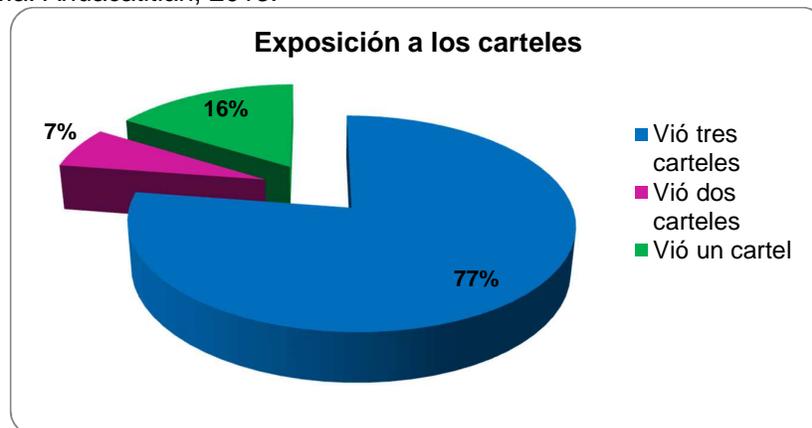
Las diferencias de medianas en las preguntas del cuestionario de autoeficacia son similares para casi todas las preguntas (Cuadro 2). En las preguntas en las cuales existió un mayor aumento entre la evaluación basal y final fueron las preguntas 6, 9, 12 y 13, con 2 puntos de diferencia entre el pre y el post para cada una ($p < 0.05$) (Datos no mostrados en tabla).

EXPOSICIÓN A LA CAMPAÑA DE COMUNICACIÓN

Todas las participantes recibieron las 3 tarjetas informativas otorgadas al final de cada taller, 30 de ellas las leyeron (97%) y el 100% las guardó.

De igual manera todas vieron por lo menos alguno de los carteles colocados dentro del centro de salud.

Gráfica 6. Exposición de las participantes de la campaña a los carteles colocados en el Centro de Salud de Sta. Ma. Ahuacatitlán, 2013.



Fuente: Encuesta directa

11 RESULTADOS CUALITATIVOS

11.1 ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

Durante la última etapa de la implementación de la intervención se aplicó una encuesta de satisfacción a las participantes para conocer su opinión acerca de los talleres y el material utilizado durante la campaña de comunicación. Dicha aceptación se midió a través del nivel de satisfacción por la información, las actividades, los materiales y el facilitador, por medio de un cuestionario de 6 preguntas dicotómicas ("Sí" o "No"), cada una de ellas con posibilidad de ampliar su respuesta a través de la pregunta ¿por qué? (Anexo 9).

El nivel de satisfacción hacia la campaña fue muy alto en todos los temas (información, actividades, materiales y facilitador) ya que el 100% de las mujeres encuestadas reportó haberle gustado mucho.

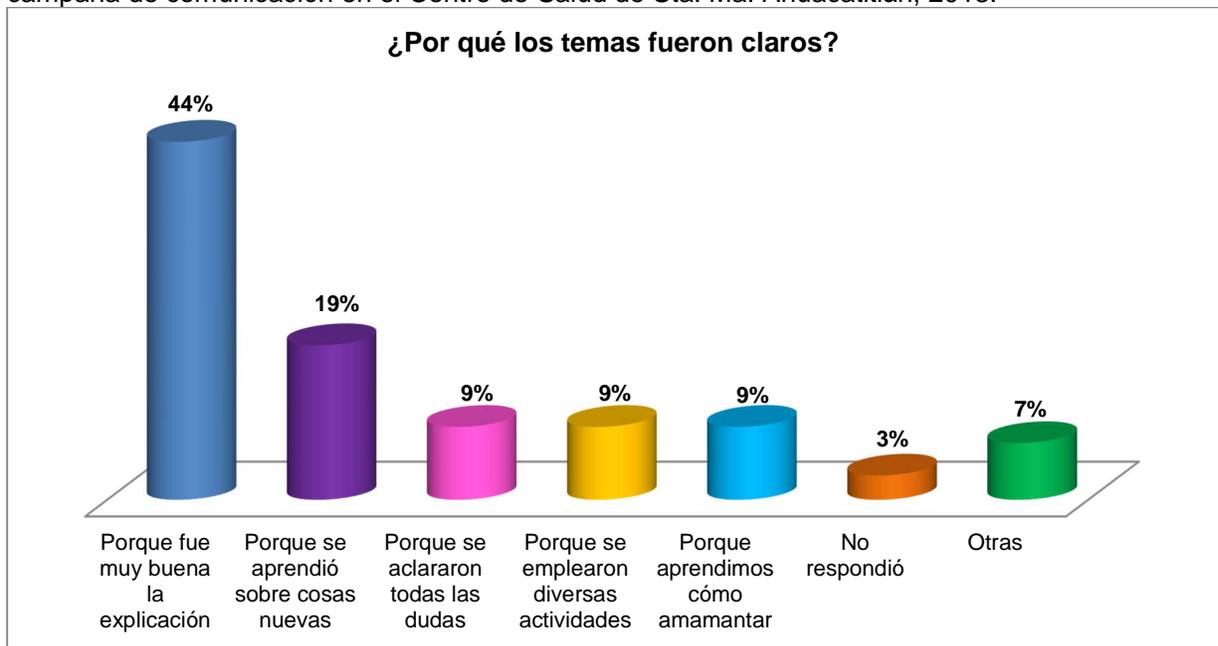
La tasa de respuesta fue del 90% (n=28) ya que 3 de las mujeres participantes no pudieron responder la encuesta debido a que ésta se aplicó al final del tercer taller y no contaban con el tiempo suficiente para contestarla.

Solo una de las participantes no amplió sus respuestas, limitándose a contestar únicamente “Sí” a todas las preguntas sin especificar el por qué en la mayoría de ellas.

11.1.1 Claridad de los temas

Al analizar las respuestas, el 100% de las mujeres mencionaron que los temas fueron expuestos con bastante claridad, señalaron especialmente que fueron muy sencillos y fáciles de entender.

Gráfica 7. Opinión de las participantes sobre la claridad con la que se explicaron los temas de la campaña de comunicación en el Centro de Salud de Sta. Ma. Ahuacatlán, 2013.



Fuente: Encuesta directa

“Pude entender y aprender sobre temas que yo no sabía en cuanto a la lactancia, gracias a la forma de explicar y a las imágenes que se presentaban”.

11.1.2 Gusto por los temas impartidos durante los talleres

El 100% de las participantes señaló su agrado por los temas.

Gráfica 8. Opinión de las participantes sobre su agrado por los temas impartidos durante la campaña de comunicación en el Centro de Salud de Sta. Ma. Ahuacatlán, 2013.



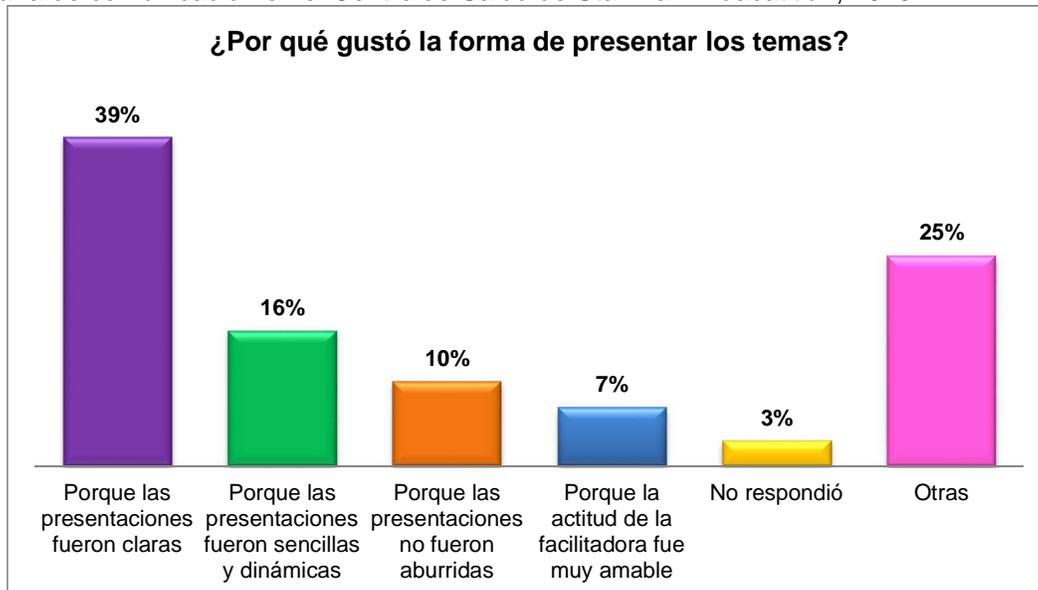
Fuente: Encuesta directa

“Disipé todas mis dudas y perdí el miedo a amamantar a mi bebé, porque lo que aprendí me dejó muy convencida”.

11.1.3 Gusto por la forma de presentar los temas impartidos durante los talleres

El 100% de las mujeres manifestó su gusto por la forma de presentación de los temas y su agrado por haber incluido imágenes, videos y juegos durante los talleres.

Gráfica 9. Razones del agrado de las participantes en la forma de presentar los temas de la campaña de comunicación en el Centro de Salud de Sta. Ma. Ahuacatlán, 2013.



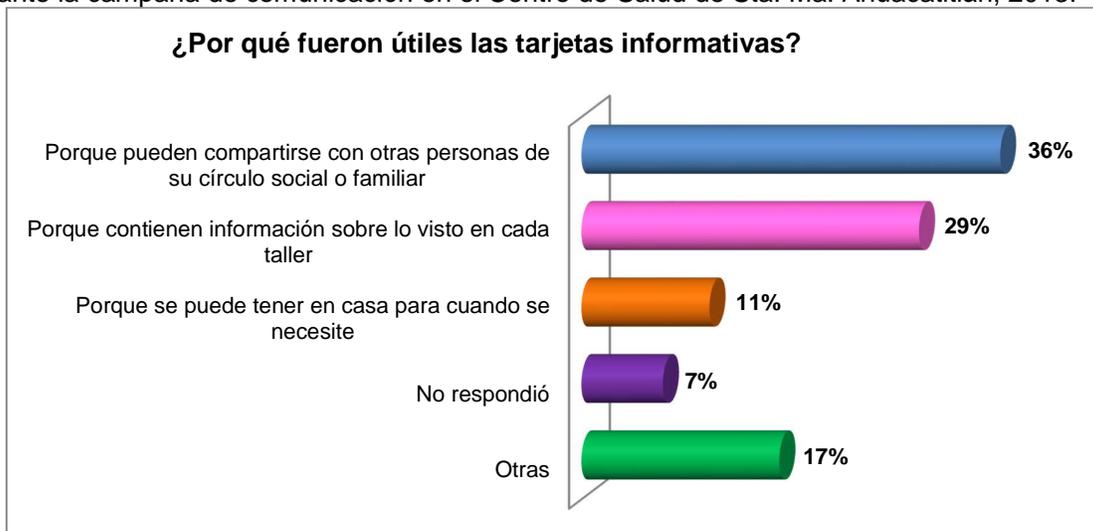
Fuente: Encuesta directa

“Fue interesante, rompe con el ciclo de ver en papel y así fue más dinámico”.

11.1.4. Utilidad de las tarjetas informativas repartidas al final de cada taller

La gráfica 10 muestra todas las razones por las que las mujeres opinaron que las tarjetas informativas les fueron útiles.

Gráfica 10. Razones referidas por las participantes sobre la utilidad de las tarjetas informativas durante la campaña de comunicación en el Centro de Salud de Sta. Ma. Ahuacatlán, 2013.



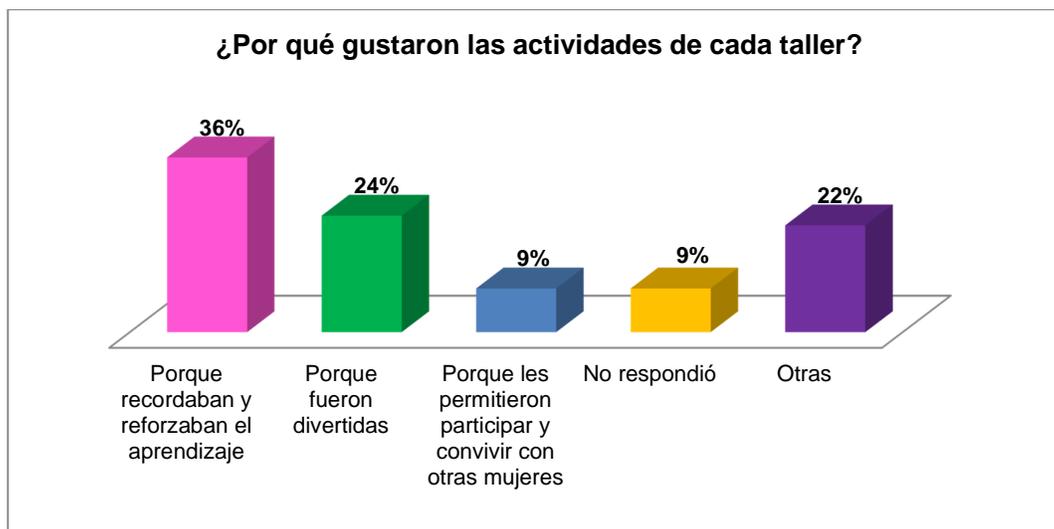
Fuente: Encuesta directa

“Lo guardé para cuando alguien que dude como yo sobre el tema poder ayudar”.

11.1.5. Gusto por las actividades realizadas en cada taller

Sobre las actividades realizadas durante los talleres, se logró apreciar que hubo gusto generalizado por las mismas por diversas razones que se explican en la gráfica 11.

Gráfica 11. Razones de las participantes por el agrado de las actividades realizadas en los talleres de la campaña de comunicación en el Centro de Salud de Sta. Ma. Ahuacatlán, 2013.



Fuente: Encuesta directa

“Fueron muy divertidas y fue una manera de comprobar qué tanto habíamos aprendido”.

Destacó el entusiasmo con el cual las mujeres participaban en las actividades y juegos que se realizaban durante cada taller.

Actividad para escoger un nombre para la campaña: Causó suma alegría entre las participantes, a pesar de que en un inicio se había planeado que el grupo A decidiría cual era la frase ganadora, fueron ellas quienes decidieron sugerir nombres pero propusieron que las mujeres del grupo B decidieran el ganador, el cual fue “La leche materna, una gota de vida”. (Notas de campo)

11.1.6. Disposición para acudir de nuevo a este tipo de talleres

En la gráfica 12 se aprecia que el 100% de las mujeres mencionó que sí estarían dispuestas a acudir nuevamente a este tipo de talleres.

Gráfica 12. Razones de las participantes para acudir a talleres como los realizados en la campaña de comunicación en el Centro de Salud de Sta. Ma. Ahuacatlán, 2013.



Fuente: Encuesta directa

“100%, porque es importante el saber cómo alimentarnos y lo que nuestros hijos necesitan”.

11.2 DIARIO DE CAMPO

Durante el desarrollo de los talleres y de la campaña como tal surgieron diversas observaciones y comentarios claves que se fueron registrando en un diario de campo, así mismo se llevó a cabo un registro fotográfico durante el desarrollo de las sesiones (con el previo consentimiento de las participantes). A continuación se presentan algunas fotografías y comentarios de este registro:



Primer taller: Desarrollo de la actividad: “La Pesca (Ventajas de la LM)”.



Segundo taller: Exposición de los temas.



Segundo taller: Desarrollo de la actividad “Problemas y soluciones de la LM”.



Tercer taller: Exposición de los temas.



Tercer taller: Desarrollo de la actividad "Jeopardy de la LM".

Al finalizar el tercer taller muchas mujeres hicieron comentarios positivos sobre las tres sesiones, como:

"Qué bonitos estuvieron los talleres"

"Ojalá se quedara más tiempo en el centro de salud"

"Estuvieron muy completos sus talleres, aprendimos muchas cosas nuevas".

“Deberían de hacer más de este tipo de talleres, están súper interesantes, uno aprende mucho, todas las mujeres deberían de venir porque les va ayudar mucho para que sus hijos sean mucho más sanos”.

“Me sirvieron mucho estos talleres porque tengo un bebé de 5 meses, antes por ejemplo le daba agua a parte de mi leche pero desde que vengo ya no le doy nada, ya hasta regañé a mi esposo porque el otro día me dijo que tenía sed y que le diera agua, pero ya le expliqué que la nutrióloga nos dijo que es peligroso y que lo mejor es dar pura leche, así que ahora cada vez que veo que tiene sed, solo me lo pego más al pecho y si es cierto, si se le quita la sed.”

12 DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados encontrados durante la realización de esta intervención se puede contestar positivamente a la pregunta de investigación planteada, ya que se comprobó que una campaña de comunicación puede aumentar la autoeficacia de las mujeres hacia la LME. En este caso el aumento grupal entre el cuestionario pre y post intervención fue de 13 puntos, lo cual es cercano a lo encontrado en otros estudios³⁹, esto demuestra que fue significativamente mayor el nivel de autoeficacia en LM entre las participantes después de haber participado en la campaña de comunicación.

Estos resultados coinciden con otros autores quiénes a pesar de no haber implementado campañas de comunicación, han encontrado que las intervenciones que contienen un componente educativo que incluye pláticas sobre los beneficios de la LM, la forma de solucionar problemas durante ésta, demostraciones de las técnicas e imágenes positivas sobre el tema son la mejor forma de ayudar a las mujeres para aumentar su capacidad sentida para practicarla.^{38, 39}

Los resultados de este proyecto concuerdan con lo encontrado en otros estudios, en donde se ha demostrado que las campañas de comunicación son exitosas en mejorar los conocimientos de las personas sobre LM.^{27, 28,29}

Aunado a lo anterior, la aceptación que tuvo la campaña fue muy buena, se recibieron comentarios muy positivos acerca de ésta y la participación de las mujeres fue superior cada día. Además cabe resaltar que hubo buena aceptación por la mayoría del personal de salud, el cual no únicamente comentó que era un tema muy importante sino que ayudó y participó activamente en el reclutamiento de las participantes.

Todos los objetivos planteados durante la fase de planeación del proyecto fueron cumplidos.

Los resultados de la implementación demostraron que esta campaña tuvo un efecto tanto en los conocimientos como en la autoeficacia de las mujeres participantes, lo cual se vio reflejado en la

elevada cantidad de respuestas correctas al final de la campaña y el aumento del nivel de autoeficacia en comparación con el inicio, considerando que este aumento fue estadísticamente significativo para ambos.

Lo anterior demuestra que esta intervención tuvo efectivamente una influencia positiva en las mujeres participantes de la colonia Santa María Ahuacatlán.

Durante la realización de la investigación formativa ninguna de las mujeres encuestadas ofrecía LME durante los primeros 6 meses de vida del bebé, a pesar de que todas aseguraron haber lactado, en su mayoría comenzaron a introducir líquidos y alimentos entre los 2 y 3 meses de edad.

Es importante destacar que las encuestadas creían en algunos mitos sobre esta práctica, lo cual concuerda con lo encontrado en diversos estudios^{31, 32, 33}; igualmente existió un alto porcentaje de desconocimiento sobre los beneficios de la LM para la salud de las mujeres; a pesar de que conocían algunos beneficios para los bebés, el 60% no reconoció ni un beneficio para ellas.

Un hallazgo importante dentro de esta etapa fue que ninguna mujer supo describir lo que era LME.

Es alarmante conocer que la primera causa de abandono de la LM fue porque el médico así lo indicó; incluso varias mujeres durante la investigación formativa comentaron que no presentaban problemas y querían seguir lactando pero lo dejaron de hacer por recomendación del mismo.

Fue durante el segundo taller, al abordar las técnicas recomendadas para amamantar y la solución de diferentes obstáculos durante la lactancia, en donde existió mayor aumento de conocimientos y en donde se resolvieron mayor cantidad de dudas.

Las preguntas específicas en las que hubo mayor aumento de conocimientos fueron las que ahondaban sobre el tiempo recomendado para dar pecho y sobre la calidad de la leche materna, ya que existen dudas sobre todo si la madre se encuentra enferma o desnutrida, lo cual puede deberse a que en un inicio fueron las preguntas en las que prácticamente ninguna mujer conocía la respuesta correcta.

Por el contrario, la pregunta en la que hubo menor cantidad de respuestas correctas al finalizar la intervención fue en la que se cuestionaba si era verdadero que el valor nutritivo de la leche materna cambia durante cada toma de leche de pecho, lo cual pudiera reflejar que la explicación dada sobre este tema no fue del todo clara.

Un logro muy importante fue conseguir que casi el 90% de las participantes se convencieran de que la lactancia materna es necesaria aún después de los 6 meses o el año de edad del bebé, ya

que en un principio ninguna creía que la leche materna fuera útil, creyendo que se convertía en agua y ya no era nutritiva. Así mismo fue notable que al final de la intervención todas las participantes conocieran lo que era el calostro y la importancia de éste.

A pesar de que durante la investigación formativa ninguna mujer supo describir lo que era la LME, una vez que se les presentaron opciones a las participantes sobre el significado de ésta durante la evaluación basal, la gran mayoría pudo deducir lo que era y al final de la campaña todas las mujeres conocían su significado.

Durante esta fase del proyecto volvió a encontrarse que el personal de salud brinda información errónea sobre LM a las mujeres, lo que les causa una gran confusión sobre la mejor forma de alimentar a sus hijos y sobre todo para hacerlo de forma exclusiva, lo cual se pudo ver reflejado en la opinión de las mujeres durante la implementación de los talleres y que se captó a través del diario de campo.

De manera empírica, las participantes en esta colonia expresaron que la información recibida por parte de los médicos y personal de salud es contradictoria a la que se presentó en la campaña de comunicación la cual se diseñó siguiendo las recomendaciones emitidas por la OMS y otros organismos internacionales. Este hecho ya lo han evidenciado otros autores como uno de los principales obstáculos para una adecuada práctica de la LM y LME.³²

13 CONCLUSIONES

El conocimiento sobre LM y LME antes de la campaña era insuficiente, sin embargo al finalizar su implementación el nivel de conocimientos sobre estos temas fue significativamente mayor en las mujeres participantes.

Así mismo, el aumento de la autoeficacia fue estadísticamente significativo al compararlo con el nivel previo a la intervención.

Los resultados sugieren que tres sesiones educativas teórico prácticas con duración de dos horas junto con material impreso y audiovisual tienen un efecto positivo en los conocimientos y la autoeficacia de mujeres embarazadas y en edad reproductiva de esta colonia, por lo cual esta campaña podría implementarse de forma persistente en su centro de salud con la finalidad de mejorar las prevalencias de LM y LME a largo plazo, ya que está comprobado que las mujeres con mayor nivel de conocimientos y autoeficacia en el tema tienen mayor probabilidad de llevar a cabo esta práctica.

Esta intervención ha demostrado una vez más que las recomendaciones sobre lactancia que se les da a las mujeres en centros de salud son deficientes y hasta contradictorias a lo recomendado por organizaciones internacionales, esto es algo alarmante al considerar que las mujeres basan

gran parte de sus decisiones en la información que les otorga el personal de salud; lo que revela una de las principales causas de abandono temprano de la LM y los bajos porcentajes de LME en nuestro estado y país. Esto es un reflejo de que se requiere de manera urgente y continua capacitación al personal médico y de salud, ya sea de base o eventual para dar una orientación adecuada sobre el tema antes, durante y después del parto.

Debido a lo anterior es que surge la urgente necesidad de implementar más programas de este tipo que promocionen la LM y LME, considerando además que se trata de intervenciones que tienen una gran aceptabilidad, que son sumamente costo-efectivas y que representarían un ahorro económicamente significativo tanto para la sociedad como para el sector salud.

La promoción de la LME debe considerarse como una prioridad en salud, teniendo en cuenta no solamente los beneficios de esta práctica a corto plazo sino sus implicaciones en la salud de los niños y mujeres a largo plazo debido a que reduce el riesgo tanto de enfermedades infecciosas como crónicas, tales como la obesidad, diabetes, cáncer e hipertensión, las cuales se encuentran entre las principales causas de muerte en nuestro país. Si se invierte en fomentar esta práctica se estará cumpliendo con el primer paso, el requerimiento más básico para disminuir la magnitud de estas importantes epidemias y el respectivo gasto en su atención, garantizando además el máximo potencial en desarrollo, nutrición y salud de la sociedad mexicana.

14 LIMITACIONES

Esta campaña contó con varias limitaciones, una de las más importantes fue el poco tiempo disponible para su implementación (un mes). Esto fue debido en gran parte al tiempo de espera para la aprobación de la intervención por parte de la SSA, la cual tuvo que otorgar los permisos pertinentes para llevarla a cabo, retrasando el inicio del proyecto y la posibilidad de desarrollar más materiales. De igual manera, el no contar con recursos económicos suficientes restringió el uso de mayor cantidad de materiales y medios de difusión.

En un inicio se planeó que la campaña de comunicación se integrara también por perifoneo, visitas domiciliarias y emisión constante de videos en el centro de salud, pero debido a lo argumentado anteriormente, la campaña solo logró realizarse a pequeña escala, contando únicamente con 3 componentes (sesiones, carteles y tarjetas informativas).

A pesar de que se cuenta con mediciones repetidas antes y después de la intervención, una de las principales limitaciones fue no haber contado con grupo control ni asignación aleatoria, lo cual no se pudo realizar debido al escaso tiempo para el reclutamiento de un mayor número de mujeres embarazadas, lactantes o en edad reproductiva. Debido a lo anterior, las mujeres participantes pueden no representar a dicha población, lo que limita la validez externa de la

intervención y por lo tanto la posibilidad de extrapolar los resultados a mujeres de diferentes contextos; los resultados de esta intervención se limitan a aplicarse únicamente a mujeres con las mismas características de las participantes.

No existió muestreo, las participantes se ofrecieron como voluntarias, lo cual podría representar un sesgo de selección ya que es conocido que los sujetos que se ofrecen como voluntarios a un proyecto pueden tener diferentes expectativas y estar más motivadas para participar en él respecto a los individuos que no desean participar. Además, la participación de algunas mujeres en este caso pudo haber estado propiciada por la rifa que se haría al final de la campaña y a que la asistencia a los talleres se les tomaría en cuenta como pláticas de Oportunidades a las que pertenecieran a dicho programa.

Se trata además de una muestra pequeña ya que resultó difícil reclutar mayor número de participantes en tan corto tiempo.

Debido a la falta de tiempo la medición final tanto de conocimientos como de autoeficacia se tuvo que realizar durante el último taller, lo que podría representar un error en los resultados obtenidos, ya que estaba aún muy reciente la información otorgada durante la campaña puesto que lo ideal es que las mujeres la recordaran y aplicaran a largo plazo.

15 RECOMENDACIONES

Es altamente recomendable una intervención como ésta dada su efectividad para el aumento del nivel de autoeficacia y conocimientos sobre LM y LME.

Se recomienda al sector salud seguir implementando este tipo de intervenciones en este y otros contextos para promocionar la práctica de la LM en el estado de Morelos, no sólo por sus efectos positivos sino porque son intervenciones relativamente sencillas y de bajo costo.

Es importante seguir abordando los 4 determinantes de la autoeficacia con la finalidad de aumentarla, ya que se ha visto que entre mayores niveles de autoeficacia mayor es la probabilidad de que las mujeres lacten y lacten exclusivamente. Sin embargo, resultaría sumamente útil mejorar la campaña utilizando mayor cantidad de medios de comunicación como internet, radio o incluso televisión para lograr influenciar a un mayor número de personas.

A pesar de que esta campaña brindó información importante sería necesario realizar seguimiento de ésta, realizando estudios longitudinales en donde se evalúe su efecto a largo plazo en los conocimientos y autoeficacia de las participantes y su impacto en la prevalencia de LME durante los primeros 6 meses de vida de los infantes de esta colonia y otros indicadores de LM y alimentación complementaria.

Se recomienda realizar estudios experimentales para evaluar el impacto de las campañas de comunicación con un tamaño de muestra que permita detectar diferencias mínimas estadísticamente significativas, comparando con un grupo control y realizar una selección aleatoria para asegurar una representatividad y la posibilidad de generalizar los datos a toda la población.

Una de las barreras más importantes encontradas durante la realización de esta campaña fue la información contradictoria que las madres reciben por parte del personal de salud, por lo que resulta indispensable incluirlos en intervenciones educativas como esta, ya que las mujeres confían en su orientación sin saber que sus conocimientos sobre el tema son muy bajos; lo que ha representado uno de los principales obstáculos para la práctica de la LME en los últimos años.

A pesar de que es importante enseñar sobre el tema a médicos, enfermeras y promotoras de salud, es necesario contar por lo menos con un nutriólogo en cada centro de salud, ya que son los profesionistas mejor capacitados para dar orientación certera sobre el tema.

En todas las intervenciones para promoción de la LME deben enfatizarse las ventajas que ésta representa para los infantes a corto y largo plazo pero también asegurar que las madres conozcan los beneficios de ésta en su propia salud, ya que son pocas las que en un principio estaban al tanto de estos y es elemental que la mujer tome una decisión informada sobre qué tipo de alimentación ofrecerá a su hijo.

Así mismo resulta necesario recalcar la importancia de la lactancia prolongada, debido a que tanto el personal de salud como las mujeres participantes ignoraban que la LM ofreciera algún beneficio después de un año o incluso después de solo 6 meses; y difundir mayor información sobre las técnicas de amamantamiento y forma de superar obstáculos, aspecto determinante para una LM duradera.

Es imprescindible realizar campañas que promuevan la participación de los padres y familiares en la alimentación de los bebés, reforzando que la LM no es responsabilidad únicamente de las madres sino que los familiares juegan un papel muy importante en el apoyo y motivación de las mujeres para hacerlo de forma exitosa.

A pesar de que ya se cuenta con normatividad en nuestro país en donde se indica que en todo servicio de salud se debe promover y proteger la LM y LME (NOM-007-SSA2-1993, NOM-043-SSA2-2012) surge la necesidad de establecer un sistema de verificación del cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas, con la finalidad de identificar si las recomendaciones y prácticas realizadas en dichos lugares se apegan realmente a lo establecido en la normatividad, ya que ésta es de carácter obligatorio para todos los sectores de salud en México.

ANEXO 1 (Cuestionario de Investigación Formativa)

Folio

Fecha de encuesta ___/___/___

Lugar de entrevista _____

Encuesta de Preferencias

El objetivo de esta encuesta es conocer sus preferencias sobre la alimentación al pecho y de qué forma le gustaría conocer más acerca de este tema. Los datos que usted nos proporcione serán de uso confidencial.

Instrucciones: A continuación le voy a hacer algunas preguntas sobre usted.

| <u>Ficha de identificación</u> | <u>Respuesta</u> | <u>Código de respuesta</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|-------|-------|------------|--|-----|----------|-------|-----|------------|-------|-----|--------------------------------|-------|-----|-------------|-------|-----|----------|-------|-----|---------------|-----|-----|---|
| Nombre de la madre | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Edad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estado civil | Soltero(a).....1 Casado(a)..... 2 Vive en unión libre.....3 Viudo(a)..... 4 Separado(a).....5 Divorciado(a)..... 6 | _ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Sabe usted leer? | Si1 No.....2 | _ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Cuál fue el último año o grado que usted aprobó en la escuela? | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Grado</th> <th style="text-align: center;">Nivel</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>No estudió</td> <td></td> <td style="text-align: center;">(1)</td> </tr> <tr> <td>Primaria</td> <td style="text-align: center;">(1-6)</td> <td style="text-align: center;">(2)</td> </tr> <tr> <td>Secundaria</td> <td style="text-align: center;">(1-3)</td> <td style="text-align: center;">(3)</td> </tr> <tr> <td>Bachillerato o Carrera técnica</td> <td style="text-align: center;">(1-3)</td> <td style="text-align: center;">(4)</td> </tr> <tr> <td>Profesional</td> <td style="text-align: center;">(1-5)</td> <td style="text-align: center;">(5)</td> </tr> <tr> <td>Posgrado</td> <td style="text-align: center;">(1-5)</td> <td style="text-align: center;">(6)</td> </tr> <tr> <td>No sabe nivel</td> <td style="text-align: center;">(9)</td> <td style="text-align: center;">(9)</td> </tr> </tbody> </table> | | Grado | Nivel | No estudió | | (1) | Primaria | (1-6) | (2) | Secundaria | (1-3) | (3) | Bachillerato o Carrera técnica | (1-3) | (4) | Profesional | (1-5) | (5) | Posgrado | (1-5) | (6) | No sabe nivel | (9) | (9) | _ |
| | Grado | Nivel | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No estudió | | (1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Primaria | (1-6) | (2) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Secundaria | (1-3) | (3) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bachillerato o Carrera técnica | (1-3) | (4) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Profesional | (1-5) | (5) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Posgrado | (1-5) | (6) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No sabe nivel | (9) | (9) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Cuál es su ocupación? | Estudiante1 Ama de casa.....2 Comerciante.....3 Profesionista.....4 Otra (ESPECIFIQUE).....5 | _ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Cuántos hijos tiene? | | _ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. ¿Usted tiene hijos menores de 2 años? | Si1 No.....2 (PASAR A LA PREGUNTA 9) | _ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | Nombre del niño menor: Edad: Fecha de nacimiento: | Nombre del niño menor: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ de | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Información personal respecto al proceso de lactancia A CONTINUACIÓN LE VOY A HACER ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE SU HIJO MENOR | | |
|---|---|--------------------------|
| 3. ¿Alguna vez le dio pecho a NOMBRE? (ENFOCARSE EN EL MENOR) | Si1 (PASE A PREGUNTA 5) No.....2 | _ _ |
| 4. ¿Por qué no le dio pecho? | Desconocimiento.....1 Quiso conservar su figura.....2 No le gustó.....3 La fórmula es mejor4 No tuvo leche.....5 Por su trabajo.....6 Otro (ESPECIFIQUE).....7 | _ _ |
| 5. ¿Aún le da pecho? | Si1 (PASE A PREGUNTA 8) No.....2 | _ _ |
| 6. ¿Por cuánto tiempo le dio pecho? | Meses_/_/___ Días_/_/___ (12 MESES O MÁS, IR A PREGUNTA 8) | Meses_/_/___ Días_/_/___ |
| 7. ¿Por qué le dejó de dar? | Tuvo que trabajar.....1 No tenía leche.....2 Enfermedad del bebé.....3 Dolor.....4 Pezones agrietados.....5 Mastitis.....6 El médico le indicó.....7 Otro (ESPECIFIQUE).....8 | _ _ |
| 8. ¿Le ha dado o le dio a NOMBRE DEL NIÑO otro alimento a parte de la leche de su pecho, antes de los 6 meses? | Si1 No.....2 (PASAR A PREGUNTA 10) | _ _ |
| 9. ¿Qué alimento o líquido fue el que le dio primero? | Agua simple.....1 Té.....2 Leche (no de pecho ni fórmula).....3 Fórmula.....4 Jugo de fruta.....5 Fruta.....6 Verdura.....7 Cereales.....8 Leguminosas.....9 Otro.....10 | _ _ |
| 10. ¿A qué edad le comenzó a dar otros alimentos a parte de la leche de su pecho? | | Meses_/_/___ |
| 11. En los últimos 6 meses, ¿Ha recibido información sobre lactancia materna o cómo alimentar a su bebé al pecho? | Si1 No.....2 (PASAR A PREGUNTA 13) | _ _ |

| | | |
|---|---|--|
| 12. ¿Quién le ha dado o en dónde vio esta información? | Centro de Salud.....1 Revistas.....2 Amigos o familiares.....3 Médico.....4 Otros (ESPECIFIQUE).....5 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Conocimientos generales sobre la lactancia materna | | |
| 13. ¿Usted sabe que la lactancia materna trae beneficios a su bebé? | Si1 No.....2 | <input type="checkbox"/> |
| 14. Ha escuchado hablar de que la leche materna ayuda a que el bebé: | Esté mejor nutrido.....1 Se enferme menos.....2 Tenga menos alergias.....3 Cuando sea mayor de edad sufra menos enfermedades como la diabetes, obesidad, presión alta.....4 Crezca y se desarrolle mejor.....5 Tenga mejor aprovechamiento en la escuela, saque mejores calificaciones.....6 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 15. ¿Usted sabe que la lactancia materna trae beneficios a la mamá? | Si1 No.....2 | <input type="checkbox"/> |
| 16. Ha escuchado hablar de que la leche materna también beneficia a la mamá porque: | La ayuda a que pierda peso más rápido después del embarazo.....1 Evita que tenga anemia.....2 La ayuda a que tenga menos riesgo de cáncer de ovario.....3 La ayuda a que tenga menos riesgo de cáncer de mama.....4 La ayuda a que no se embarace tan pronto.....5 Ayuda a incrementar el amor entre madre e hijo, por la estrecha relación entre ellos.....6 Representa un ahorro económico porque no tiene que comprar fórmula infantil y biberones.....7 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 17. ¿Cuáles cree que sean los problemas para no lactar o por qué cree que las madres no dan pecho a sus hijos? | Desconocimiento.....1 El tema es poco importante.....2 No les gusta.....3 La fórmula es mejor.....4 No tienen leche.....5 Tienen que trabajar.....6 Por conservar su figura.....7 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---|--|--------------------------|
| | Otro (ESPECIFIQUE).....8 | <input type="checkbox"/> |
| 18. ¿Qué propuestas haría para solucionar estos problemas? | | |
| 19. ¿Ha escuchado hablar sobre “lactancia materna exclusiva”? | Si1 No.....2 | <input type="checkbox"/> |
| 20. ¿Qué es para usted o qué entiende por “lactancia materna exclusiva”? Explique en pocas palabras | | |
| Expectativas frente a la posibilidad de recibir información sobre LM | | |
| 21. ¿Le gustaría conocer más sobre la alimentación al pecho? | Si1 No.....2 | <input type="checkbox"/> |
| 22. ¿Le gustaría conocer más sobre las alternativas para las madres que se les dificulta dar pecho? | Si1 No.....2 (TERMINA LA ENCUESTA) | <input type="checkbox"/> |
| 23. ¿De qué manera preferiría recibir información sobre este tema? | Folletos.....1 Carteles.....2 Un manual.....3 Pláticas.....4 Internet.....5 Otros (ESPECIFIQUE).....6 | <input type="checkbox"/> |
| 24. ¿Qué tipo de ilustraciones le gustarían más? | Dibujos.....1 Caricatura.....2 Fotografías.....3 | <input type="checkbox"/> |
| 25. ¿Qué tipo de personas le gustaría ver en el material? | Mujer.....1 Mujer lactando.....2 Médico.....3 Nutriólogo.....4 Enfermera.....5 Otro (ESPECIFIQUE).....6 | <input type="checkbox"/> |
| 26. ¿Tiene usted disponibilidad de tiempo para recibir información sobre este tema? | Si1 No.....2 | <input type="checkbox"/> |
| 27. ¿En qué horario preferiría recibir información? | Mañana.....1 Medio día.....2 Tarde.....3 | <input type="checkbox"/> |

¡Muchas gracias por su participación!

ANEXO 2 (Carta de consentimiento para toma de fotografías)

Carta de consentimiento para toma de fotografías

Título del proyecto: Campaña de comunicación para la promoción de la lactancia materna exclusiva, en mujeres embarazadas y en edad reproductiva de la colonia Santa María Ahuacatlán.

Estimada (Señora):

Introducción/Objetivo:

Buenos días (tardes). La alumna Ana Lucía Rodríguez Ríos, estudiante de la maestría en Salud Pública, del Instituto Nacional de Salud Pública, está realizando un estudio sobre conocimientos y prácticas de la lactancia materna exclusiva entre las mujeres de 12 y 49 años de la colonia Santa María Ahuacatlán. Con la información obtenida se realizará una campaña de comunicación dentro del Centro de Salud de dicha colonia con el fin de promover la práctica de la lactancia materna exclusiva.

Procedimientos

Queremos solicitarle que nos permita utilizar algunas fotografías suyas con el propósito de colocarlas en carteles de promoción de la lactancia materna exclusiva y en pequeñas tarjetas informativas que se les darán a las mujeres participantes.

Confidencialidad.

Su nombre siempre será confidencial, ya que no se mencionará junto a las fotografías. Tampoco aparecerá en los documentos relacionados al proyecto. Las fotografías originales se conservarán en un lugar seguro.

Riesgos.

Es importante aclararle que si Usted aparece en la foto, algunas personas podrían reconocerla, por lo que es importante que tome esto en cuenta antes de aceptar participar.

Beneficios.

Si Usted acepta aparecer en una fotografía, nos apoyará en nuestro proyecto. Sin embargo no recibirá ninguna remuneración económica por aparecer en las fotografías.

Voluntariedad.

Su participación es totalmente voluntaria. Es decir, Usted no está obligada a permitir que se utilice una fotografía suya. Tiene todo el derecho de negarse a participar y esta decisión no le traerá consecuencia alguna.

Si Usted cambia de opinión y después decide que no quiere que se muestren sus fotografías, no habrá ningún problema. Sólo deberá llamar a la Nutrióloga Ana Lucía Rodríguez Ríos al teléfono 044771304665 y pedirle que elimine su fotografía antes de imprimir el material. No será necesario que le dé explicación alguna sobre la razón por la que cambió de opinión.

Agradecemos mucho su participación.



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

En caso de que usted tenga alguna duda o comentario respecto al estudio, favor de comunicarse con la directora del proyecto, M. en C. Luz Dinorah González Castell, al teléfono: 01 (777) 329-30-00 extensión 7224 de lunes a viernes de 10:00 a 18:00 hrs.

Si usted tiene preguntas generales **acerca de sus derechos como participante de un estudio de investigación**, puede comunicarse con la Presidenta de la Comisión de Ética de este Instituto, Dra. Julieta Ivonne Castro, al teléfono: 01 (777) 329-30-00 extensión 7424 de lunes a viernes de 8:30 a 16:30 hrs. O si prefiere puede usted escribirle a la siguiente dirección de correo: etica@correo.insp.mx

Fecha

____/____/____

Día Mes Año

SI USTED ESTÁ DE ACUERDO EN QUE SE UTILICEN SUS FOTOS, le pediremos que firme esta carta para manifestar su consentimiento, le entregaremos una copia de esta carta firmada y nosotros nos quedaremos con otra.

CONSENTIMIENTO:

Al firmar este consentimiento, estoy de acuerdo y acepto que me tomen una fotografía y acepto que la utilicen para elaborar los carteles y tarjetas informativas que serán entregadas a todas las participantes del estudio. También confirmo que me han aclarado todas mis dudas relacionadas con el uso de las fotografías y que puedo cambiar de opinión y solicitar a la responsable del proyecto que elimine mis fotografías antes de que se imprima el material y no las utilice en su proyecto.

Nombre _____

Firma _____

Av. Universidad # 655 Col. Santa María Ahuacatitlán; Cuernavaca Morelos, México.

ANEXO 3 (Cuestionario de validación de carteles y tarjetas informativas)

Validación material

Folio _____

Comunidad: _____ Municipio: _____

Estado: _____

Fecha: _____

Sexo

1) Femenino 2) Masculino Edad: _____ (años)

Tema cartel: _____

Instrucciones:

- Observe con detalle el cartel.
- Al terminar, le leeré unas preguntas y anotaré las respuestas que usted me dé.
- Recuerde: no hay respuestas buenas ni malas, solo queremos saber su opinión.

1. ¿Qué fue lo que más le gustó del cartel que acaba de ver? ¿Por qué? (atractivo)

2. ¿Qué fue lo que menos le gustó? ¿Por qué? (atractivo)

3. ¿Qué cambiaría para mejorar las cosas que no le gustaron del cartel? (atractivo)

4. Los colores del cartel... (atractivo)

a) Le gustaron mucho | b) Le gustaron poco c) No le gustaron

¿Por qué?

5. ¿Qué colores le gustan más?

6. El tipo y tamaño de la letra son... (atractivo) (Dependerá del cartel)

a) muy adecuados | b) adecuados c) poco adecuados

¿Por qué?

7. Explique con sus palabras de qué trata el cartel que acaba de ver (entendimiento)

8. Las palabras que se usan en el cartel son... (entendimiento)

a) Muy fáciles de entender | b) Fáciles de entender c) muy difíciles de entender

9. ¿Las personas que aparecen en el cartel se parecen a las de su comunidad? (identificación)

a) Sí b) No ¿Cuál es la diferencia?

ANEXO 4 (Cartas descriptivas de los talleres)

TALLER 1

POR QUÉ LA LACTANCIA MATERNA ES IMPORTANTE

Objetivos

Al finalizar la sesión las mujeres:

- Conocerán lo que es el calostro y lactancia materna.
- Identificarán las ventajas del calostro y de la LM (para el bebé, la mamá, la comunidad y familia).
- Reconocerán que la lactancia materna es beneficiosa tanto para los bebés, las mujeres que lactan, la familia y la comunidad.
- Se convencerán de que la leche materna es el mejor alimento que se le puede dar al bebé.
- Habrán reforzado 2 de los factores para aumentar su autoeficacia en LM: “Persuasión verbal” y “experiencias vicarias”.

SECUENCIA DE ACTIVIDADES Y MATERIAL

| HORARIO | ACTIVIDAD | MATERIAL |
|-------------------------|--|---|
| 10-10:10 | Pase de lista | <ul style="list-style-type: none">• Hoja de asistencia• Pluma• Etiquetas• Plumón indeleble |
| 10:10-10:20 | Presentación y reglas | <ul style="list-style-type: none">• Carta de consentimiento informado.• Tarjeta de contacto• Papelitos en donde anotarán dudas.• Lápices |
| 10:20-10:50 | Evaluación basal (conocimientos y autoeficacia) | <ul style="list-style-type: none">• Evaluaciones• Lápices• Sacapuntas• Gomas• 1 evaluación para mí |
| 10:50- 11:20 | Presentación del tema (parte 1) -Ventajas de la lactancia materna para el bebé y para la madre. | <ul style="list-style-type: none">• Computadora• Cañón• Presentación power point. |
| 11:20- 11:30 | Actividad 1 Pesca de las ventajas de la lactancia materna | <ul style="list-style-type: none">• 3 cubetas o baldes• Pescaditos de 3 colores con ventajas de la LM para bebé, mamá o para ninguno de los dos.• 3 cañas de pescar• 3 papeles bond (para pegar los pescaditos)• Diurex• Plumones• Cronómetro |
| 11:30-11:40 | Presentación del tema (parte 2) | <ul style="list-style-type: none">• Computadora• Cañón• Presentación power point. |
| 11:40-11:50 | Actividad 3 Poner nombre a la campaña | <ul style="list-style-type: none">• Papelitos• Lápices |
| 11:50-12:00 | Cierre Estacionamiento de dudas Entrega de tarjetas informativas. | <ul style="list-style-type: none">• Papelitos con dudas• Tarjetas informativas para entregar a madres.• Sobres |
| Total: horas | 2 | |

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES PASO A PASO:

PASE DE LISTA

Tiempo: 10 minutos

1. Se colocará una hoja de asistencia a la entrada del salón en la que se irán apuntando las mujeres, conforme vayan llegando.
2. Escribirán su nombre (o como a ellas más les gusta que les digan) en una etiqueta y se la pegarán en un lugar visible.

PRESENTACIÓN Y REGLAS

Tiempo: 10 minutos

1. Presentarme con las mujeres y explicarles cuáles son los motivos por los que estoy ahí.
2. Preguntarles abiertamente cuales son los motivos por los que decidieron acudir al taller.
3. Explicarles brevemente en qué consistirán los talleres.
4. Explicarles que para poder contestar a todas sus preguntas y mantenernos dentro del tiempo, se utilizará una actividad que se llama "El Estacionamiento". Su función es anotar en un papelito las preguntas o comentarios que tengan respecto al tema, mismas que con todo gusto se contestarán al final de la sesión, si el tiempo nos lo permite. De no ser así, se contestarán en el siguiente taller.
5. Entregar los papelitos.
6. Establecer las reglas y que no es permitido el uso del celular durante las sesión
7. Leer el consentimiento oral y entregarles las tarjetas de contacto por si tuvieran alguna duda sobre la intervención en la que participan.

EVALUACIÓN BASAL

Tiempo: 30 minutos

1. Explicarles que la misma evaluación se les volverá a aplicar en el último taller, con el propósito de saber si sus conocimientos y su confianza cambiaron al haber participado en la estrategia.
2. Entregar los cuestionarios de conocimientos y lápices.
3. Explicar las instrucciones. Leer cada pregunta e ir dando espacio para que lo contesten.
4. Recoger los cuestionarios de conocimientos.
5. Entregar los cuestionarios de autoeficacia.
6. Explicar las instrucciones, leer cada pregunta e ir dando espacio para que lo contesten.
7. Recoger los cuestionarios de autoeficacia.

PRESENTACIÓN DE POWER POINT (Primera parte- Beneficios para el hijo y la madre)

Tiempo: 30 minutos

Exponer el tema e ir haciendo preguntas a lo largo de este, para que las mujeres participen y expresen sus opiniones.

ACTIVIDAD 1

Tiempo: 10 minutos

PESCA

Se dividirá el grupo en 3 equipos del mismo número de integrantes. Explicar que para formar los grupos tendrán que irse enumerando del 1 al 3; las número 1, las número 2 y las número 3 formarán equipos.

1. Se formarán las mujeres en 3 líneas. (Cada equipo forma una línea)
2. Se colocarán 3 recipientes al inicio de cada línea, cada uno contendrá peces y cada pez contendrá alguna ventaja de la lactancia materna ya sea para la madre, el bebé o para ninguno de los dos.
3. Por orden irá pasando una mujer de cada equipo a tratar de pescar un pez.
4. Cada mujer pegará su pez en un papel bond dividido en 3 columnas: “Ventajas para la mamá”, “Ventajas para el bebé” o “No es ventaja de la lactancia materna”, de acuerdo con lo que estime adecuado. El equipo podrá ayudar a decidir en dónde colocar cada pez.
5. Se darán 5 minutos para pegar el mayor número de peces en las columnas respectivas.
6. El equipo que coloque más peces en la columna correcta ganará.

Objetivo de la actividad 1: Se pretende que a través de este juego, las mujeres refuercen los conocimientos adquiridos durante la presentación, ya que deben clasificar un conjunto de elementos de acuerdo con lo aprendido. Los juegos de este tipo permiten una mejor comprensión de los temas tratados, estimulan la atención, la memoria y promueve la participación de las mujeres en su proceso educativo. Esta actividad lúdica ayudará a estimular también el proceso de comunicación y cooperación entre las participantes.⁴⁶

PRESENTACIÓN DE POWER POINT (Segunda parte- Beneficios para la familia y la comunidad)

Tiempo: 10 minutos

Exponer el tema e ir haciendo preguntas a lo largo de este, para que las mujeres participen y expresen sus opiniones.

Objetivo de la charla con presentación de Power Point: A través de ésta se busca aumentar los conocimientos de las mujeres participantes, al ser una de las técnicas más útiles para impartir nuevos conocimientos e información, se puede llegar a mucha gente y estimular las discusiones grupales.⁵³ La charla dada por un profesional de la salud es, además, una de las técnicas más importantes para reforzar uno de los 4 factores que influyen en la auto eficacia: “La persuasión verbal”.

Aunado a esto, la presentación con Power Point permitirá reforzar otro de los factores que influyen en la autoeficacia: las “experiencias vicarias”, a través de imágenes de mujeres lactando en dicha presentación.

ACTIVIDAD 2

Tiempo: 10 minutos

PONERLE NOMBRE A LA CAMPAÑA

Explicar actividad:

1. Cada uno de los 3 equipos escribirá dos frases de cómo les gustaría que se llamara la campaña.
2. Se pasarán 2 papelitos a cada equipo para que escriban sus ideas.
3. Las mujeres del grupo B seleccionarán la frase ganadora por mayoría de votos.
4. Esta frase con la cual se identificará a la campaña, a manera de eslogan.

Objetivo de la actividad 2: A través de esta actividad se busca promover la participación de las mujeres en la campaña, basados en que la efectividad de este tipo de proyectos depende en gran manera de la participación de la comunidad implicada, cualquiera que sea su nivel. ⁴⁶

ACTIVIDAD 3

Tiempo: 5 minutos

EL ESTACIONAMIENTO

Nota: Mientras las participantes escriben sus ideas, recoger los papelitos de quienes hayan anotado dudas o comentarios.

1. Leer los comentarios de las mujeres en voz alta.
2. Leer las dudas y contestarlas en voz alta.

Objetivo de la actividad 3: Reforzar los conocimientos de las mujeres a través de aclarar las dudas que hayan surgido durante el taller.

CIERRE DE TALLER

Tiempo: 5 minutos

1. Entregar las tarjetas informativas a todas las mujeres.

Objetivo de las tarjetas informativas: Reforzar el conocimiento nuevo adquirido en el taller, promocionar la lactancia materna exclusiva por 6 meses y fortalecer a través de la imagen contenida en la tarjeta el aprendizaje observacional o “experiencias vicarias” el cual es un factor determinante de la autoeficacia.

TALLER 2 ¿CÓMO AMAMANTAR?

Objetivos

Al finalizar esta sesión las mujeres:

- Conocerán cómo varía el contenido de la leche materna durante una sola toma y cada cuánto dar pecho al bebé.
- Reconocerán la técnica adecuada de agarre del pecho.
- Identificarán algunos de los problemas más comunes durante la lactancia y sus posibles soluciones.
- Comprenderán que lo más importante, cuando se presenta algún problema durante la lactancia, es no dejar de dar pecho o el problema se puede agravar.
- Habrán reforzado 3 de los factores para aumentar su autoeficacia en LM: “Persuasión verbal”, “experiencias vicarias” y “estados psicológicos y afectivos”.

SECUENCIA DE ACTIVIDADES Y MATERIAL

| HORARIO | ACTIVIDAD | MATERIAL |
|-----------------------|---|--|
| 10-10:10 | Pase de lista | <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de asistencia • Pluma • Etiquetas • Plumón indeleble |
| 10:10- 10:30 | Presentación del tema (parte 1) -Variación del contenido nutricional de la leche materna. -Cada cuánto dar pecho. | <ul style="list-style-type: none"> • Computadora • Cañón • Presentación Power Point. |
| 10:30- 10:35 | Receso | |
| 10:35-10:50 | Presentación del tema (parte 2) -Correcto agarre del pecho (técnica adecuada). | <ul style="list-style-type: none"> • Computadora • Cañón • Presentación Power Point. |
| 10:50-11:00 | Actividad 1 - Presentación de video sobre técnica y posiciones para la lactancia materna. | <ul style="list-style-type: none"> • Computadora • Cañón • Bocinas • Video |
| 11:00-11:15 | Actividad 2 -Video foro -Práctica de posiciones para amamantar. | <ul style="list-style-type: none"> • 1 muñeca • 2 cojines • 1 silla |
| 11:15-11:45 | Presentación del tema (parte 3) -Solución a problemas | <ul style="list-style-type: none"> • Computadora • Cañón • Presentación Power Point. |
| 11:45-11:55 | Actividad 3 -Problemas y soluciones de la lactancia materna. | <ul style="list-style-type: none"> • Papel Kraft • Plumones • Diurex • Imágenes de problemas de la lactancia materna • Cronómetro |
| 11:55-12:00 | Cierre Entrega de tarjetas con lo más importante visto en el taller. | <ul style="list-style-type: none"> • Tarjetas para entregar a madres. • Sobres • Tabla de problemas de la lactancia y sus posibles soluciones. |
| Total: 2 horas | | |

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES PASO A PASO:

PASE DE LISTA

Tiempo: 10 minutos

1. Se colocará una hoja de asistencia a la entrada del salón, en donde se irán apuntando las mujeres conforme vayan llegando.
2. Escribirán su nombre (o como a ellas más les gusta que les digan) en una etiqueta y se la pegarán en un lugar visible.

PRESENTACIÓN DE POWER POINT (Primera parte: Variación del contenido de la leche materna/ Cada cuánto dar pecho).

Tiempo: 20 minutos

Repasar 3 preguntas de lo visto en el taller anterior:

- ¿Qué ventajas tiene la lactancia para la salud de la mamá?
- ¿Es beneficioso dar al bebé otros alimentos o líquidos antes de los 6 meses?
- ¿Al cuánto tiempo de nacido se debe empezar a amamantar al bebé?

Exponer el tema e ir haciendo preguntas a lo largo de este, para que las mujeres participen y expresen sus opiniones.

RECESO

Tiempo: 5 minutos

Se les dará a las mujeres 5 minutos para que puedan pararse o salir del salón.

PRESENTACIÓN DE POWER POINT (Segunda parte: Técnica de buen agarre del pecho).

Tiempo: 20 minutos

Exponer el tema e ir haciendo preguntas a lo largo de este, para que las mujeres participen y expresen sus opiniones.

ACTIVIDAD 1

Tiempo: 10 minutos

PRESENTACIÓN DE VIDEO SOBRE TÉCNICA Y POSICIONES PARA LA LACTANCIA MATERNA

Explicar actividad:

1. Se les presentará a continuación un video de 8 minutos, en donde podrán observar la técnica adecuada para dar el pecho y algunas posiciones para poder amamantar.
2. Explicar que es importante que se fijen bien en las posiciones porque habrá una actividad sobre esto después.

Objetivo de la actividad 1: Aumentar a través del video los conocimientos de las mujeres acerca de la lactancia materna, ya que con este se pueden introducir nuevas ideas o información a las mujeres. Además de que es un excelente medio para educar a nivel grupal y de enseñar temas técnicos; en este caso la técnica y posiciones adecuadas para lactar.⁴⁶

Con la ayuda del video se espera reforzar las “experiencias vicarias” o el aprendizaje observacional, el cuál es uno de los factores influyentes en la autoeficacia. El efecto del aprendizaje observacional ocurre cuando una mujer observa a otra mujer lactando y viendo demostraciones de las técnicas de lactancia.^{38, 40}

ACTIVIDAD 2

Tiempo: 15 minutos

VIDEO FORO/ PRÁCTICA DE POSICIONES PARA AMAMANTAR

- 1. Se preguntará acerca de las posiciones vistas en el video.**
- 2. Se realizará un pequeño resumen acerca del contenido del video**

Objetivo del Video foro: Reforzar los temas vistos durante el video, ya que se genera debate y diálogo motivado por el video. El video foro produce mejores resultados educativos que el video por sí solo.⁴⁶

- 3. Se practicarán 3 de las posiciones para amamantar vistas en el video.**

Explicar actividad:

- De acuerdo con lo visto en el video, se les pedirá voluntariamente a 2 mujeres que pasen una por una a demostrar alguna de las posiciones para amamantar observadas en el video. Con ayuda de una muñeca, una silla y 2 cojines tendrán que acomodarse para representar una de las 3 posiciones.
- Las otras mujeres ayudarán a sus compañeras a realizar la posición de lactancia seleccionada correctamente, para lo cual tendrán que sugerirle cómo ir acomodando la muñeca y cojines.

Objetivo de la práctica de posiciones para amamantar: Reforzar uno de los aspectos influyentes en la autoeficacia: el aprendizaje observacional o “experiencias vicarias”, por medio de la observación de otras mujeres practicando y haciendo demostraciones de posiciones para el amamantamiento con una muñeca, ello les ayuda a familiarizarse con el tema de la lactancia materna.^{38, 40}

PRESENTACIÓN DE POWER POINT (Tercera parte- Solución a problemas)

Tiempo: 30 minutos

Exponer el tema e ir haciendo preguntas a lo largo de este, para que las mujeres participen y expresen sus opiniones.

Objetivo de la charla con presentación de Power Point: A través de ésta se busca aumentar los conocimientos de las mujeres participantes, ya que es una de las técnicas más útiles para impartir nuevos conocimientos e información, se puede llegar a mucha gente y estimular las discusiones grupales.⁴⁶

En este taller se platicará sobre los obstáculos que se pueden presentar durante la lactancia y las posibles formas de solucionarlo, con lo que se pretende reforzar uno de los 4 factores influyentes en la autoeficacia: “Estados psicológicos y afectivos”, al reducir el estrés y modificar sus emociones negativas hacia la conducta promovida.

La charla dada por un profesional de la salud es, además, una de las técnicas más importantes para reforzar otro de los factores que influyen en la autoeficacia: “La persuasión verbal”.

Aunado a esto, la presentación con Power Point permitirá reforzar otro de los factores: las “experiencias vicarias”, por medio de imágenes de mujeres lactando que contendrá dicha presentación.^{38, 40}

ACTIVIDAD 3

Tiempo: 10 minutos

PROBLEMAS Y SOLUCIONES DE LA LACTANCIA MATERNA

1. Se dividirán las mujeres en 3 equipos del mismo número de integrantes. Explicar que para formar los grupos se irán enumerando del 1 al 3, las número 1, las número 2 y las número 3 formarán equipos.
2. Se formarán las mujeres en 3 líneas. (Cada equipo forma una línea)
3. Se colocará un pliego de papel en el pizarrón o la pared dividido en 3 columnas en las que vendrán escritas diferentes soluciones a los problemas vistos. A cada equipo, le corresponderá una de las columnas, asignadas por el facilitador.
4. Se colocará una silla al inicio de cada línea o equipo con varias imágenes de los diferentes problemas de la lactancia materna.
5. Por orden, irá pasando una mujer de cada equipo, tomará una imagen de uno de los problemas vistos y la colocará junto a la solución que corresponda.
6. Se darán 5 minutos (con la ayuda de un cronómetro).
7. El equipo que coloque correctamente más problemas con sus soluciones ganará.

Objetivo de la actividad 3: Con este juego se pretende que las mujeres refuercen los conocimientos adquiridos durante la última parte de la presentación. Este juego permitirá una mejor comprensión del tema, estimulará la atención y la memoria de las participantes, además promoverá la participación de todas en su proceso educativo.⁴⁶

Adicionalmente, se estimulando, de nuevo, uno de los factores que puede aumentar la autoeficacia en lactancia materna: “Estados psicológicos y afectivos” reforzando la información sobre el tipo de problemas que le pueden ocurrir durante la lactancia y cómo darles solución.^{38, 40}

CIERRE DE TALLER

Tiempo: 5 minutos

2. Entregar las tarjetas informativas a todas las mujeres, mencionándoles que atrás de estas contienen una tabla sobre los problemas más frecuentes durante la lactancia y sus posibles soluciones.

Objetivo de las tarjetas informativas: Reforzar el conocimiento nuevo adquirido en el taller, promocionar la lactancia materna exclusiva por 6 meses y fortalecer a través de la imagen contenida en la tarjeta el aprendizaje observacional o “experiencias vicarias” el cual es un factor determinante de la autoeficacia. El objetivo de la tabla de problemas y soluciones es resumir parte de la información vista en el taller y reforzar la parte de “estados psicológicos y afectivos” otro factor determinante del nivel de autoeficacia en lactancia materna.

TALLER 3
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Objetivos

Al finalizar la sesión las mujeres:

- Sabrán lo que significa lactancia materna exclusiva y el tiempo recomendado para llevarla a cabo.
- Conocerán cuáles son las ventajas de la lactancia materna exclusiva por 6 meses.
- Identificarán las formas de dar lactancia materna exclusiva, aun cuando se tenga que trabajar.
- Tendrán consciencia del peligro que representa la alimentación mixta y artificial antes de los 6 meses de edad.
- Habrán reforzado 2 de los factores para aumentar su autoeficacia en LM: "Persuasión verbal" y "experiencias vicarias".

SECUENCIA DE ACTIVIDADES Y MATERIAL

| HORARIO | ACTIVIDAD | MATERIAL |
|-----------------------|--|--|
| 10-10:10 | Pase de lista | <ul style="list-style-type: none"> • Hoja de asistencia • Pluma • Etiquetas • Plumón indeleble |
| 10:10- 10:40 | Presentación del tema (Lactancia Materna Exclusiva) | <ul style="list-style-type: none"> • Computadora • Cañón • Presentación Power Point. |
| 10:40-11:00 | Actividad 1 Jeopardy de Lactancia Materna | <ul style="list-style-type: none"> • Computadora • Cañón • Presentación Power Point. • Hojas con número de puntos |
| 11:00-11:30 | Evaluación final (conocimientos y autoeficacia) | <ul style="list-style-type: none"> • Evaluaciones • Lápices • Sacapuntas • Gomas |
| 11:30-11:40 | Encuesta de satisfacción | <ul style="list-style-type: none"> • Encuestas • Lápices • Sacapuntas • Gomas |
| 11:40-11:50 | Rifa de tira leche | <ul style="list-style-type: none"> • Papelitos con nombres de las mujeres participantes • Caja • Tira leche |
| 11:50-12:00 | Cierre Entrega de tarjetas informativas Entrega de CD con la información de los talleres | <ul style="list-style-type: none"> • Tarjetas para entregar a madres. • Sobres • Tabla de alimentación complementaria. • CD's con información de los talleres. |
| Total: 2 horas | | |

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES PASO A PASO:

PASE DE LISTA

Tiempo: 10 minutos

1. Se colocará una hoja de asistencia a la entrada del salón en la que se irán apuntando las mujeres conforme vayan llegando.

2. Escribirán su nombre (o como a ellas más les gusta que les digan) en una etiqueta y se la pegarán en un lugar visible.

PRESENTACIÓN DE POWER POINT (Lactancia materna exclusiva)

Tiempo: 30 minutos

Exponer el tema e ir haciendo preguntas a lo largo de este, para que las mujeres participen y expresen sus opiniones.

Objetivo de la charla con presentación de Power Point: A través de ésta se busca aumentar los conocimientos de las mujeres participantes, ya que es una de las técnicas más útiles para impartir nuevos conocimientos e información, se puede llegar a mucha gente y estimular las discusiones grupales.⁴⁶ La charla dada por un profesional de la salud es, además, una de las técnicas más importantes para reforzar uno de los 4 factores que influyen en la autoeficacia: “La persuasión verbal”.

Aunado a esto, la presentación con Power Point permitirá reforzar otro de los factores que influyen en la autoeficacia: las “experiencias vicarias” por medio de imágenes de mujeres lactando que contendrá dicha presentación.^{38, 40}

ACTIVIDAD 1

Tiempo: 20 minutos

JEOPARDY DE LACTANCIA MATERNA

Explicar actividad:

- 8.** Se dividirán las mujeres en 3 equipos del mismo número de integrantes. Explicar que para formar los grupos se irán enumerando del 1 al 3, las número 1, las número 2 y las número 3 formarán equipos.
- 9.** Cada equipo se sentará en un área del salón que escoja.
- 10.** El juego estará dividido en 5 categorías: “Lactancia materna”, “Técnica para amamantar”, “Solución a problemas”, “Lactancia exclusiva” y “Verdadero o falso”. Cada categoría tendrá 5 preguntas con valores de 100 hasta 500 puntos.
- 11.** Por orden cada equipo irá pidiendo una pregunta de la categoría y el puntaje que quiera. El equipo tendrá que contestar a la pregunta elegida; de no contestarla correctamente no ganará los puntos de la pregunta y podrá responderla el equipo siguiente.
- 12.** Cada equipo irá seleccionando una pregunta hasta que éstas se terminen.
- 13.** El equipo que haya logrado más puntos, será el equipo ganador.

Objetivo de la actividad 1: Este juego contendrá preguntas de los temas vistos durante los 3 talleres con la finalidad de repasar todos los contenidos y hacer que las mujeres los recuerden. Se pretende que a través de este juego, las mujeres refuercen los conocimientos adquiridos durante los 3 talleres y se estimule el proceso de comunicación y cooperación entre ellas.⁴⁶

EVALUACIÓN FINAL

Tiempo: 30 minutos

8. Explicar a las mujeres que se les volverán a aplicar las mismas evaluaciones que se les aplicaron al inicio de la campaña. Explicar de nuevo que esto es únicamente con la finalidad de conocer si sus conocimientos y su motivación cambiaron al haber participado en la campaña.
9. Entregar los cuestionarios de conocimientos y lápices.
10. Explicar las instrucciones. Leer cada pregunta e ir dando espacio para que lo contesten.
11. Recoger los cuestionarios de conocimientos.
12. Entregar los cuestionarios de autoeficacia.
13. Explicar las instrucciones y leer cada pregunta e ir dando espacio para que lo contesten.
14. Recoger los cuestionarios de autoeficacia.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Tiempo: 10 minutos

1. Explicar a las mujeres que sería de gran ayuda si contestaran por último una pequeña encuesta para conocer su percepción o su opinión acerca de la campaña.
2. Entregar las encuestas de satisfacción.
3. Explicar las instrucciones.
4. Dar tiempo para que las contesten.
5. Recoger las encuestas de satisfacción.

RIFA DE TIRA LECHE

Tiempo: 5 minutos

1. Explicar a las mujeres que se hará la rifa de un tira leche entre las mujeres que participaron en la campaña.
2. Todos los nombres de las mujeres participantes se encontrarán en la urna.
3. La enfermera del centro de salud será quien seleccionará al azar el nombre de la ganadora y se le entregará el tira leche.

CIERRE DE TALLER

Tiempo: 10 minutos

3. Entregar las tarjetas informativas a todas las mujeres, mencionándoles que atrás de éstas contienen una tabla sobre alimentación complementaria.
4. Entregar los CD con información de los 3 talleres a las mujeres que lo hayan solicitado.
5. Agradecer a todas las mujeres por su participación en la campaña.
6. Pedir a las mujeres que ahora ellas promuevan la lactancia materna y la lactancia materna exclusiva por 6 meses entre las mujeres de su comunidad.

Objetivo de las tarjetas informativas: Reforzar el conocimiento nuevo adquirido en el taller, promocionar la lactancia materna exclusiva por 6 meses y reforzar a través de la imagen contenida en la tarjeta el aprendizaje observacional o “experiencias vicarias” el cual es un factor determinante de la autoeficacia.

ANEXO 5 (Carta de consentimiento informado)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ORAL

Estrategia de comunicación para la promoción de la lactancia materna exclusiva, en mujeres embarazadas y en edad reproductiva de la colonia Santa María Ahuacatlán, Cuernavaca, Morelos.

Estimada Señora:

Introducción/Objetivo:

La alumna Ana Lucía Rodríguez Ríos, estudiante de la maestría en Salud Pública, del Instituto Nacional de Salud Pública, está realizando un estudio sobre conocimientos y prácticas de la lactancia materna exclusiva entre las mujeres de 12 y 49 años de la colonia Santa María Ahuacatlán. Con la información obtenida se realizará una campaña de comunicación en su colonia sobre la lactancia materna.

Procedimientos:

Las campañas de comunicación son una estrategia clave que permiten informar al público sobre asuntos de salud y promover estilos de vida saludables, ofreciendo a la gente poder para ejercer sus derechos en salud.

Si Usted acepta participar en la campaña ocurrirá lo siguiente:

Fase 1. Con el fin de conocer más acerca de su comunidad, se llevará a cabo una encuesta para conocer su experiencia con la lactancia materna y lo que le gustaría saber sobre el tema. Esto se realizará con el fin de que la campaña de comunicación se adapte a sus preferencias y costumbres.

Fase 2. Un entrevistador capacitado le realizará algunas preguntas acerca de la lactancia materna en referencia a: *Si conoce sobre el tema y qué opina de llevarla a cabo en el futuro.

Fase 3. Se realizarán 3 talleres en el lugar que se nos designe, con todas las mujeres que decidan participar, para platicar sobre este tema, compartir experiencias, hacer demostraciones prácticas sobre la manera más fácil de amamantar, resolver dudas y ofrecer alternativas a las mujeres que se les dificulte dar el pecho y se entregarán al final de cada taller tarjetas con mensajes clave sobre cada taller.

Fase 4. Al final de la campaña se le volverán a realizar las mismas preguntas que se le hicieron antes de la campaña, para conocer si hubo cambios en su motivación y en lo que conoce sobre este tema.

Beneficios: Si usted acepta participar, los resultados obtenidos servirán de base para futuros estudios relacionados con la salud y alimentación de los niños pequeños.

Confidencialidad: Toda la información que usted nos proporcione será utilizada únicamente por los responsables del estudio. No estará disponible para ningún otro propósito y los resultados obtenidos serán publicados con fines educativos, pero se presentarán de tal manera que usted no podrá ser identificada.

Riesgos Potenciales/Compensación: Su participación en este proyecto no implica ningún riesgo para usted y las preguntas de los cuestionarios son claras y sencillas. Sin embargo, si alguna de las preguntas le incomoda, tiene la libertad de no responder, sin que haya ningún problema. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo para usted.

Participación Voluntaria/Retiro: Su participación en el estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo lo tratan en los servicios de salud.

Datos de contacto: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto le vamos a dejar una tarjeta con la información del investigador responsable del estudio. Asimismo, si tiene preguntas generales relacionadas **con sus derechos como participante** en un estudio de investigación le dejamos los datos de la Presidente de la Comisión de Ética del Instituto

¡Muchas gracias por su participación!

ANEXO 6 (Carteles y tarjetas informativas que fueron validados)

La leche materna es un alimento que protege al bebé de muchas enfermedades.



Foto: UNICEF
<http://www.unicef.cl/lactancia-materna>

Dar pecho al bebé desde el momento que nace ayuda a que la madre tenga más leche



SALUD



Instituto Nacional de Salud Pública

SALUD



Instituto Nacional de Salud Pública

La leche materna contiene agua suficiente para satisfacer la sed del bebé, no es necesario darle agua ni tés antes de los 6 meses



SALUD



Instituto Nacional de Salud Pública

ANEXO 6 (Carteles y tarjetas informativas finales)

La leche materna es un alimento que protege al bebé de muchas enfermedades

Dar pecho al bebé desde que nace ayuda a que la madre tenga más leche



"La leche materna, una gota de vida"

SALUD   Instituto Nacional de Salud Pública

SALUD   Instituto Nacional de Salud Pública

La leche materna contiene agua suficiente para satisfacer la sed del bebé, no es necesario darle agua ni tés antes de los 6 meses



"La leche materna, una gota de vida"

SALUD   Instituto Nacional de Salud Pública

ANEXO 7 (Cuestionario de conocimientos)

Folio

Fecha de cuestionario ____/____/____

Nombre: _____

Edad: _____

Le agradecemos responder al siguiente cuestionario de conocimientos sobre lactancia materna, para saber qué es lo que conoce sobre el tema.

Instrucciones: Lea las siguientes preguntas y seleccione la respuesta correcta encerrándola con un círculo o subrayándola (solo una respuesta por pregunta).

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Estado civil:

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Unión libre
- d) Viuda
- e) Separada
- f) Divorciada

¿Cuál fue el último año o grado que usted aprobó en la escuela?

- a) No estudió
- b) Primaria Grado ____
- c) Secundaria Grado ____
- d) Bachillerato o Carrera técnica Grado ____
- e) Profesional Grado ____
- f) Posgrado Grado ____

¿Cuál es su ocupación?

- a) Estudiante
- b) Ama de casa
- c) Comerciante
- d) Profesionista
- e) Otra (ESPECIFIQUE) _____

¿Cuántos hijos tiene? _____

¿Actualmente se encuentra embarazada?

- a) Si..... ¿Con cuántos meses de gestación? _____
- b) No

CONOCIMIENTOS GENERALES SOBRE LACTANCIA MATERNA

1. ¿Qué es el calostro?

- a) Es una enfermedad del bebé
- b) Es la leche que se produce en los primeros días después del parto
- c) Es un tipo de vitamina en la leche
- d) Es la acumulación de leche en el pecho de la madre

2. ¿En qué momento se debe empezar a amamantar al bebé?

- a) Durante la primera hora después del parto
- b) Al siguiente día después del parto
- c) A la siguiente semana después del parto
- d) Después de las primeras 12 horas después del parto

3. **¿Qué es la lactancia materna exclusiva?**
- a) Es alimentar al bebé con leche materna y leche de fórmula
 - b) Es alimentar al bebé únicamente con leche materna
 - c) Es alimentar al bebé con leche materna y otros líquidos
 - d) Es alimentar al bebé con leche materna y algunos otros alimentos
4. **¿Cuál es el tiempo recomendado para dar el pecho?**
- a) 1 año
 - b) 3 meses
 - c) 6 meses
 - d) Hasta que la madre y el bebé deseen
5. **¿Cuál es uno de los riesgos de introducir otros alimentos antes de los 6 meses de edad?**
- a) El bebé sube menos de peso
 - b) Aumenta el riesgo de que el bebé se enferme
 - c) El bebé puede preferir los otros alimentos
 - d) Al bebé ya no le gusta el sabor de la leche materna
6. **¿Cuál de las siguientes, es una ventaja de la lactancia materna exclusiva para la madre?**
- a) La protege contra infecciones respiratorias
 - b) La protege contra todo tipo de cánceres
 - c) La ayuda a que se vuelva a embarazar pronto
 - d) La ayuda a perder más rápido el peso del embarazo
7. **Una posición adecuada para dar el pecho es:**
- a) Cuando el mentón del bebé no toca el pecho de la madre
 - b) Cuando el bebé está ligeramente separado de la madre
 - c) Cuando el abdomen del bebé está pegado al abdomen de la mamá
 - d) Cuando la cara del bebé está hacia el techo
8. **Los bebés que son alimentados únicamente con leche materna:**
- a) Crecen mejor y son más inteligentes
 - b) Son más grandes y gorditos
 - c) Se hacen más dependientes de la madre
 - d) Crecen menos que los alimentados con fórmula
9. **¿Cada cuánto tiempo se le debe dar pecho al bebé?**
- a) Cada 3 horas
 - b) Cada hora
 - c) Cada 6 horas
 - d) Cada que el bebé lo pida
10. **Es una de las señales de un buen agarre del pecho:**
- a) La boca del bebé solo cubre la punta del pezón
 - b) La boca del bebé cubre la mayor parte de la areola
 - c) La boca del bebé no está muy abierta
 - d) La lengua del bebé está por encima del pezón
11. **La producción de leche puede aumentar:**
- a) Si la madre da pecho con frecuencia y toma líquidos
 - b) Si la madre toma algo de cerveza
 - c) Si la madre toma mucha leche y come sanamente
 - d) Si la madre da pecho de forma más espaciada
12. **Si una madre tiene el pezón plano o no lo tiene bien formado ¿Qué puede hacer?**
- a) Alimentar al bebé con fórmula u otro tipo de leche
 - b) Presionar el pecho fuertemente
 - c) Utilizar pezoneras

- d) Utilizar cremas especiales
13. **Si alguno de los pechos está congestionado o muy lleno de leche, ¿Qué se debe hacer?**
a) Dejar de amamantar por un tiempo
b) Dejar de amamantar con el pecho afectado
c) Seguir amamantando de ambos pechos
d) Tomar medicamento
14. **¿Los jugos y tés son beneficiosos antes de los 6 meses de edad?**
Verdadero Falso
15. **¿El calostro es como la primera vacuna para el bebé y por eso es importante que lo tome?**
Verdadero Falso
16. **¿Se debe amamantar al bebé 10 minutos de cada pecho?**
Verdadero Falso
17. **¿El colocarse adecuadamente al bebé, puede ayudar a evitar que los pezones se agrieten?**
Verdadero Falso
18. **¿La leche de fórmula tiene los mismos ingredientes que la leche del pecho de la madre?**
Verdadero Falso
19. **¿Las mujeres que trabajan no pueden amamantar exclusivamente?**
Verdadero Falso
20. **¿Los niños amamantados exclusivamente por 6 meses tienen menos riesgo de enfermar de diabetes o hipertensión?**
Verdadero Falso
21. **¿Si tu madre o alguna mujer de tu familia no amamantó exclusivamente, es muy probable que tú tampoco puedas?**
Verdadero Falso
22. **¿El valor nutritivo de la leche materna cambian durante cada toma de leche de pecho?**
Verdadero Falso
23. **¿Cuándo se produce algún problema con los pechos de la madre, se debe continuar con el amamantamiento?**
Verdadero Falso
24. **¿Si la madre está desnutrida o enferma su leche es de mala calidad?**
Verdadero Falso
25. **¿El dar biberón o chupón al bebé ayuda a que agarre mejor el pecho de la madre?**
Verdadero Falso

¡Muchas gracias por tu participación!

ANEXO 8 (Cuestionario de autoeficacia)

Folio

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Fecha de cuestionario ____/____/____

CUESTIONARIO DE AUTOEFICACIA

Nombre: _____

Le agradecemos responder al siguiente cuestionario.

A continuación encontrará una lista de preguntas sobre los sentimientos que tiene usted sobre la lactancia materna.

Marque con una X la respuesta que más la identifica. Elija solo una respuesta, recuerde que no hay respuestas buenas ni malas, solamente queremos conocer lo que más se identifique con usted.

| | 1 Nada segura | 2 No muy segura | 3 A veces segura | 4 Generalmente segura | 5 Siempre segura |
|---|---------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------------|------------------------|
| ¿Qué tan segura te sientes de poder enfrentar con éxito el amamantamiento tal como has enfrentado otros retos en tu vida? | | | | | |
| ¿Qué tan segura te sientes de poder amamantar siempre a tu bebé, sin tener que utilizar la leche artificial como complemento? | | | | | |
| ¿Qué tan segura te sientes de siempre poder reconocer cuando tu bebé agarra bien el pecho durante el amamantamiento? | | | | | |
| ¿Qué tan segura te sientes de siempre poder manejar el amamantamiento de forma satisfactoria para ti? | | | | | |
| ¿Qué tan segura te sientes de siempre poder mantener las ganas de amamantar? | | | | | |
| ¿Qué tan segura te sientes de siempre poder amamantar cómodamente con los miembros de tu familia presentes? | | | | | |
| ¿Qué tan segura te sientes de siempre poder enfrentar el hecho de que amamantar consume tiempo? | | | | | |
| ¿Qué tan segura te sientes de siempre terminar de amamantar a tu bebé en un pecho antes de cambiar al otro pecho? | | | | | |
| ¿Qué tan segura te sientes de siempre poder creer que tu pecho es suficiente para alimentar a tu bebé? | | | | | |
| ¿Qué tan segura te sientes de siempre poder alimentar a tu bebé cada vez que te lo pida? | | | | | |
| ¿Qué tan segura te sientes de siempre poder reconocer cuando tu bebé ha terminado de amamantar? | | | | | |
| ¿Qué tan segura te sientes de siempre poder alimentar tu bebé con leche materna solamente por 6 meses? | | | | | |
| ¿Qué tan segura te sientes de siempre poder mantener tu producción de leche? | | | | | |

¡Muchas gracias por su participación!

ANEXO 9 (Encuesta de satisfacción)

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Nos interesa conocer su opinión respecto a los talleres que se impartieron. Le agradecemos mucho contestar a las siguientes preguntas:

1. ¿Fueron claros los temas dados en estos talleres? ¿Por qué?

2. ¿Le gustaron los temas dados en los talleres? ¿Por qué?

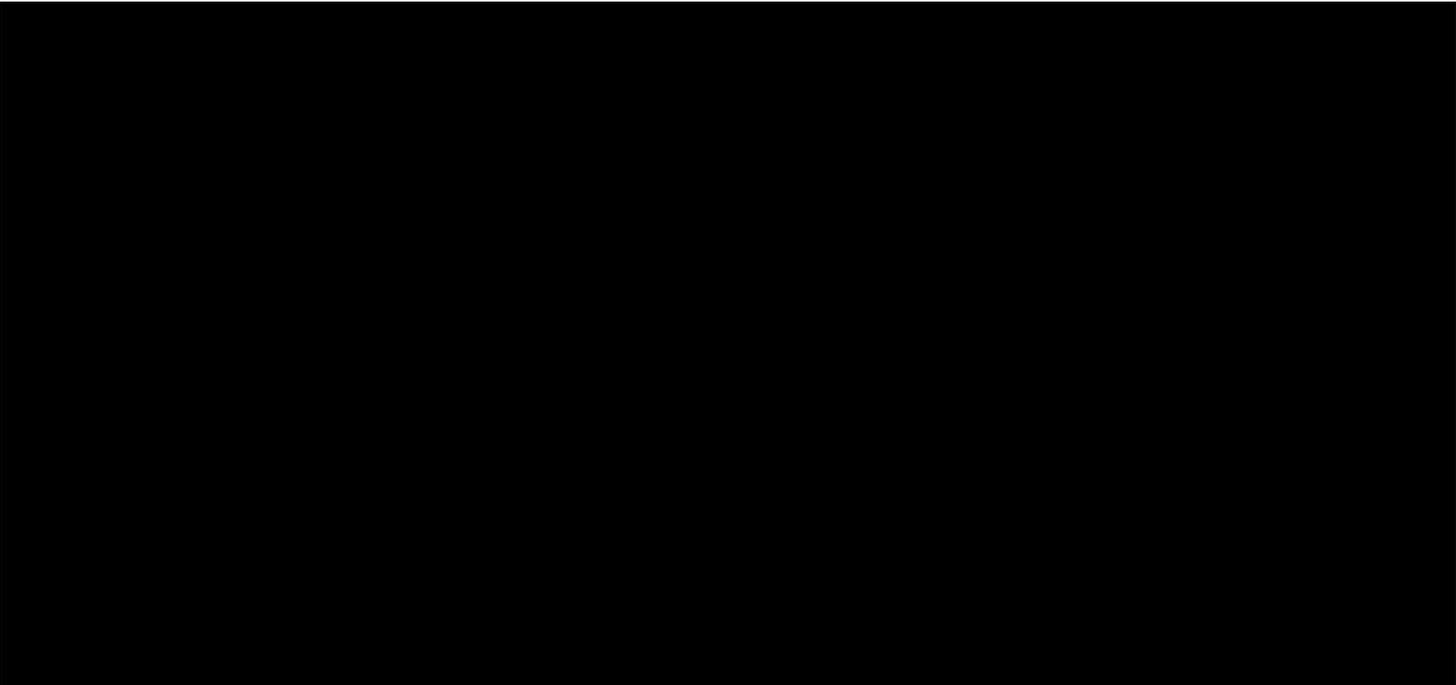
3. ¿Le gustó la forma de presentar los temas? ¿Por qué?

4. ¿Considera útil el material repartido al final de cada taller? ¿Por qué?

5. ¿Le gustaron las actividades realizadas en los talleres? ¿Por qué?

6. ¿Qué tan dispuesta estaría de acudir a talleres de este tipo otra vez? ¿Por qué?

ANEXO 10 (Cronograma)



ANEXO 11 (Presupuesto)

| Rubro | Costo unitario | Cantidad | Total |
|---|----------------|----------|--------------------|
| 60 Visitas al Centro de Salud | | | |
| Transportación | | | |
| Gasolina empleada durante cada día | \$20.00 | 60 días | \$1,200.00 |
| TOTAL | | | \$1,200.00 |
| Gastos de intervención | | | |
| Material de papelería/oficina | | | |
| Paquete hojas blancas bond (500 hojas) | \$59.00 | 1 | \$59.00 |
| Bolígrafo tinta negra C/12 piezas | \$36.90 | 1 | \$36.90 |
| Lápiz grafito No. 2 Fajilla C/12 piezas | \$13.90 | 3 | \$41.70 |
| Sacapuntas de plástico C/2 piezas | \$14.90 | 1 | \$14.90 |
| Goma paquete C/3 piezas | \$7.90 | 2 | \$15.80 |
| Corrector líquido | \$23.90 | 1 | \$23.90 |
| Cuaderno forma francesa rayas 100 hojas | \$21.90 | 1 | \$21.90 |
| Sobres transparentes paquete C/100 piezas | \$49.90 | 1 | \$49.90 |
| Sobres transparentes paquete C/25 piezas | \$19.90 | 1 | \$19.90 |
| Fotocopias | \$0.30 | 500 | \$150.00 |
| Cinta adhesiva transparente | \$5.50 | 2 | \$11.00 |
| Plumones de colores C/4 piezas | \$59.90 | 1 | \$59.90 |
| Etiquetas blancas paquete | \$17.50 | 2 | \$35.00 |
| CD grabable con sobre | \$5.00 | 20 | \$100.00 |
| Marcador permanente | \$17.90 | 1 | \$17.90 |
| Papel Bond blanco | \$3.00 | 6 | \$18.00 |
| Rollo de papel Kraft (4.5 m) | \$24.90 | 1 | \$24.90 |
| Clips standard metálicos caja | \$6.00 | 1 | \$6.00 |
| Listón (metro) | \$3.50 | 3 | \$10.50 |
| Palitos de Madera | \$1.00 | 3 | \$3.00 |
| Hojas de colores | \$0.50 | 60 | \$30.00 |
| Cartulina blanca | \$3.00 | 6 | \$18.00 |
| Grapas paquete | \$7.90 | 1 | \$7.90 |
| Tijeras | \$11.90 | 1 | \$11.90 |
| Lápiz adhesivo 10 g C/3 piezas | \$35.90 | 1 | \$35.90 |
| Engrapadora chica | \$39.50 | 1 | \$39.50 |
| Calculadora básica | \$45.00 | 1 | \$45.00 |
| TOTAL | | | \$908.30 |
| Equipo de cómputo | | | |
| Computadora portátil | \$7,000.00 | 1 | \$7,000.00 |
| Paquete Office 2010 | \$1,400.00 | 1 | \$1,400.00 |
| Proyector para computadora | \$7,900.00 | 1 | \$7,900.00 |
| Memoria portátil (USB) | \$129.00 | 1 | \$129.00 |
| Bocinas para computadora | \$299.00 | 1 | \$299.00 |
| TOTAL | | | \$16,728.00 |
| Impresiones | | | |
| Impresiones blanco y negro | \$1.00 | 40 | \$40.00 |
| Impresiones a color | \$5.00 | 20 | \$100.00 |
| De tarjetas | \$1.00 | 120 | \$120.00 |
| De carteles tamaño tabloide | \$12.00 | 3 | \$36.00 |
| TOTAL | | | \$296.00 |
| Otros | | | |

| | | | |
|--|-------------|-----|--------------------|
| Llamadas telefónicas | \$2.00 | 120 | \$240.00 |
| Muñeca | \$200.00 | 1 | \$200.00 |
| Almohada | \$80.00 | 2 | \$160.00 |
| Extractor de leche manual | \$450.00 | 1 | \$450.00 |
| Peceras (tinajas) | \$20.00 | 3 | \$60.00 |
| TOTAL | | | \$1,110.00 |
| Recursos humanos | | | |
| Responsable del proyecto | \$18,000.00 | 1 | \$18,000.00 |
| Diseñador gráfico | \$12,000.00 | 1 | \$12,000.00 |
| TOTAL | | | \$18,000.00 |
| PRECIO TOTAL DE LA INTERVENCIÓN: \$50, 242.30 | | | |

16 REFERENCIAS

¹OMS/OPS. La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud, 2010.

²González T, Moreno H, Rivera J, Villalpando S, Shamah T, Monterrubio E, Hernández A. Breast-feeding practices in Mexico: Results from the Second National Nutrition Survey 1999. *Salud Pública Méx*, 2003; 45:477-489.

³González de Cossío T, Escobar Zaragoza L, González Castell LD. Prácticas de alimentación infantil de niños menores de dos años. En: Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012:163-167.

⁴World Health Organization. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Geneva, 1981.

⁵UNICEF/OMS. La iniciativa hospital amigo del niño, revisada, actualizada y ampliada para la atención integral. Antecedentes y ejecución. Ginebra, 2009.

⁶World Health Organization. Fifty-Fourth World Health Assembly. Infant and young child nutrition, Geneva, 2001.

⁷OMS/UNICEF. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. Ginebra, 2003.

⁸ Reyes H, Martínez A. Capacitación en lactancia materna, experiencia APROLAM. *Pediatría de México*, 2011; 4: 164-169.

⁹ Durán H, Lorenzana F, Madueño B, Meraz F, Núñez L, Torres C. Diagnóstico Integral de Salud de Santa María Ahuacatitlán, 2010.

¹⁰ OMS/UNICEF/USAID. Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra, 2008.

¹¹OMS. Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. Geneva, 2001.

¹² OMS/OPS. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado, 2003.

¹³UNICEF/UNU/WHO/MI Technical Workshop. Preventing iron deficiency in women and children: technical consensus on key issues. International Nutrition Foundation, 1999.

¹⁴Kramer M., et al. Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*, 2001; 285: 413-420.

¹⁵ Dewey K, Cohen R, Brown K, Landa L. Effects of exclusive breastfeeding for four versus six months on maternal nutritional status and infant motor development: results of two randomized trials in Honduras. *J Nutr*, 2001; 131: 262–267.

¹⁶UnitedStates Agency for International Development. Prácticas alimentarias y dietéticas recomendadas para mejorar la nutrición de lactantes y madres, 2000.

¹⁷Dewey K, Cohen R, Landa-Rivera L, Canahuati J, Brown K. Effects of age at introduction of complementary foods to breast-fed infants on duration of lactational amenorrhea in Honduran women. *Am J Clin Nutr*, 1997; 65:1403–1409.

¹⁸Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease. *Lancet*, 2002, 360:187–195.

¹⁹Danforth K, Tworoger S, Hecht J, Rosner B, Colditz G, Hankinson S. Breastfeeding and risk of ovarian cancer in two prospective cohorts. *Cancer Causes Control*, 2007; 18: 517-523.

²⁰Horton S, Alderman H, Rivera J. The challenge of Hunger and Malnutrition. En: *Global Crises, Global Solutions: Costs and Benefits*. 2ª.ed. Ed. Bjorn Lomborg. Cambridge: Cambridge University Press, 2009: 305-333. (Consultado 2013 octubre 19, 12:10 pm) Disponible en: http://www.copenhagenconsensus.com/sites/default/files/CP_HungerandMalnutritionCC08vol2.pdf

²¹ Robinson K, VandeVusse L. African American Women's Infant Feeding Choices. Prenatal Breast-Feeding Self-Efficacy and Narratives from a Black Feminist Perspective. *J Perinat Neonat Nurs*, 2011; 25 : 320–328

²²Hatamleh W. The Effect of a Breast-Feeding Self-Efficacy Intervention on Breast Feeding Self-Efficacy and Duration. PhD of Philosophy in the College of Nursing Theses, 2006.

²³Rosabal L, Piedra B. Intervención de enfermería para la capacitación sobre lactancia materna. *Rev Cubana Enfermer*, 2004; 20: 1561-2961.

²⁴Brent NB, Redd B, Dworetz A, D'Amico F, Greenberg JJ. Breastfeeding in a low income population: program to increase incidence and duration. *Arch Pediatr and Adolesc Med*, 1995; 149:798-803.

²⁵Vandale S, Reyes H, Montaña A, López E, Vega NE. Programa de promoción de la lactancia materna en el Hospital General de México: un estudio evaluativo. *Salud Publica Méx*, 1992; 34:25-35.

²⁶UNICEF. El amamantamiento, base para un futuro saludable. New York: División de Comunicaciones, 1999.

²⁷Shealy K, Li R, Benton S, Grummer L. The CDC guide to Breastfeeding Interventions. U.S. Department of Health and Human Services, 2005.

²⁸Social marketing institute. National WIC Breastfeeding Promotion Project, 2000 (consultado 2013, abril 16). Disponible en: <http://www.social-marketing.org/success/cs-nationalwic.html>.

²⁹Haynes S. National Breastfeeding Awareness Campaign Results, 2006 (consultado 2013 abril 16). Disponible en: <http://www.womenshealth.gov/breastfeeding/government-in-action/national-breastfeeding-campaign/>

³⁰ UNICEF. Campaña de comunicación para el desarrollo sobre lactancia materna exclusiva. Venezuela, 2010. (consultado 2013 abril 16). Disponible en: http://www.unicef.org/venezuela/spanish/media_19079.htm

³¹ Unión Europea/ UNICEF. Promoción de la lactancia en Europa. Protección, promoción y apoyo a la lactancia en Europa: Plan Estratégico, 2004.

-
- ³²Yngve A, Sjöström M. Breastfeeding determinants and a suggested framework for action in Europe. *Public Health Nutr*, 2001; 4: 729-739.
- ³³ Gamboa E, López N, Prada G, Gallo K. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable. *Rev Chil Nutr*, 2008; 35:1-17.
- ³⁴ Hurtado J, Sotelo N, Williams C, Bojorquez M. Lactancia Materna Exclusiva. Encuesta a 400 madres en el Hospital Infantil del Estado de Sonora. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son*, 2006; 23: 15-19.
- ³⁵ McCann M, Baydar N, Williams R. Breastfeeding Attitudes and Reported Problems in a National Sample of WIC Participants. *J Hum Lact*, 2007; 23: 314-324.
- ³⁶United States Breastfeeding Committee. *Achieving Exclusive Breastfeeding in the United States: Findings and Recommendations*, 2008.
- ³⁷ Gill S, Reifsnider E, Mann A, Villarreal P, Tinkle M. Assessing Infant Breastfeeding Beliefs among Low-Income Mexican Americans. *JPE*, 2004; 3:39-50.
- ³⁸Hatamleh W. *The Effect of a Breast-Feeding Self-Efficacy Intervention on Breast Feeding Self-Efficacy and Duration*. PhD of Philosophy in the College of Nursing Theses, 2006.
- ³⁹Awano M, Shimada K. Development and evaluation of a self-care program on breastfeeding in Japan: A quasi-experimental study. *Int Breastfeed J*, 2010, 5:2-10.
- ⁴⁰ Dennis C, *Theoretical Underpinnings of Breastfeeding Confidence: A Self-Efficacy Framework*. *J Hum Lact*, 1999; 15: 195-201.
- ⁴¹ Navarro M, Duque M, Trejo J. Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras. *Salud Pública Méx*, 2003; 45: 276-284.
- ⁴² Perez-Escamilla R, Lutter C, Segall A, Rivera A, Treviño S, Sanghvi T. Exclusive Breast-Feeding Duration Is Associated with Attitudinal, Socioeconomic and Biocultural Determinants in Three Latin American Countries. *J Nutr*, 1995; 125: 2972-2984.
- ⁴³ Choque, R. *Comunicación y educación para la promoción de la salud*. FAS. Lima-Perú, 2005.
- ⁴⁴ OMS/OPS. *Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes*, 2001.
- ⁴⁵U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES. *Making health communication programs work*. National Cancer Institute, 2001.
- ⁴⁶Organización Panamericana de la Salud. *Herramientas de comunicación para el desarrollo de entornos saludables*, 2006.
- ⁴⁷Gupta N, Katende C, Bessinger R. An Evaluation of Post-campaign Knowledge and Practices of Exclusive Breastfeeding in Uganda. *J Health Popul Nutr*, 2004; 4:429-439.
- ⁴⁸Dyson L, Renfrew M, McFadden A, McCormick F, Herbert G, Thomas J. *Promotion of breastfeeding initiation and duration. Evidence into practice briefing*. National Health Service.UK, 2006.

⁴⁹Green C. Media Promotion of Breastfeeding. A Decade`s Experience. United States Agency for International Development, 1989.

⁵⁰Bandura, A. Health promotion from the perspective of social cognitive theory. Psychol Health, 1998; 13: 623-649.

⁵¹Eidman C. Enhancing Breastfeeding Self-Efficacy through Prenatal Education. Master of Arts in Nursing Theses, 2011: 1-24.

⁵² Gillman MW, Rifas-Shiman SL, Camargo CAJ, Berkey CS, Frasier AL, Rockett HRH, Field AE, Colditz GA. Risk of overweight among adolescents who were breastfed as infants. JAMA.2001; 265: 2461–2467.

⁵³ González T, Rivera J, Moreno H, Monterrubio E, Sepúlveda J. Poor Compliance with Appropriate Feeding Practices in Children under 2 y in Mexico. J. Nutr. November 2006; 136: 2928-2933.

⁵⁴León N, Lutter C, Ross J, Martin L. Beneficios económicos de la lactancia materna. Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia. OPS, 2002; 131-144.

⁵⁵Bhandari N. Iqbal A.K.M, Abdus M. Mainstreaming nutrition into maternal and child health programmes: scaling up of exclusive breastfeeding. The Authors. Journal compilation. Maternal and Child Nutrition.2008; 4: 5- 23.

⁵⁶SSA.Norma Oficial Mexicana 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, 1993.

⁵⁷ SSA. Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012. Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación, 2012.

⁵⁸INSP/SSA. Lactancia Materna en México. Foro Nacional de lactancia, 2013 (consultado 2013 octubre 15). Disponible en: <http://www.insp.mx/avisos/2958-lactancia-materna-mexico.html>