Instituto Nacional de Salud Pública

[Escuela de Salud Pública de México]

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

ÁREA DE CONCENTRACIÓN: EPIDEMIOLOGÍA

PROYECTO TERMINAL PROFESIONAL:

"PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA PROMOVER UNA PRÁCTICA CORRECTA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE SANTO TOMÁS AJUSCO"

PARA OBTENECIÓN DEL GRADO DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

P R E S E N T A

L.N. Patricia Marghel Alvarez Zendejas

Director de proyecto terminal profesional: Dra. Ljubica Latinovic

Asesora: Mtra. Ahidée Guadalupe Leyva López

Abril 2013

Índice

Abreviaturas ***1***
Capítulo 1. Introducción ***2***
Capítulo 2. Antecedentes ***4***
Lactancia materna. Panorama en el mundo y en México 4
Panorama del embarazo adolescente en México y el mundo 7
Capítulo 3. Marco Teórico ***15***
Adolescencia 15
Lactancia materna exclusiva y sus beneficios 17
Determinantes para la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes 20
Barreras de la madre adolescente para la práctica de la lactancia materna exclusiva 22
Mercadotecnia social en salud 23
Cambio de conducta 27
Estudio de conocimientos, actitudes y prácticas 27
Revisión de estrategias para la promoción de la lactancia materna 28
Planteamiento del problema 32
Justificación 33
Objetivos 34
Capítulo 4: Material y Método ***36***
Diseño del estudio 36
Población y muestra 36
Instrumentos de recolección de datos 38
Capítulo 5. Manejo y Análisis de Datos. Etapa 1.Pre -intervención ***40***
Recolección de datos 40
Análisis de datos 40
Resultados. Encuesta conocimientos, actitudes y prácticas hacia la lactancia materna 41
Capítulo 6. Método. Etapa 2. Propuesta de intervención ***50***
1. Antecedentes y propósito 50
2. Análisis de la situación (FODA) 50
3. Audiencia 52
4. Propósito de la campaña 52
5. Barreras y beneficios 53
6. Postura de posicionamiento 53
7. Estrategia mercadológica (Marketing Mix/ 4 P´s) 53
8. Propuesta de evaluación y monitoreo de la campaña 57
9. Presupuesto 59
10. Plan de implementación 61
Conclusiones ***62***
Apéndices ***64***
Referencias ***69***

Índice de tablas

Tabla I. Indicadores de lactancia materna……5
Tabla II. Reporte de nuevos embarazos CSGVM……11
Tabla III. Efecto protector de la lactancia materna en la salud……18
Tabla IV. Comparación del contenido de nutrientes en la leche humana y la leche de vaca……19
Tabla V. Determinantes de la lactancia materna en adolescentes……21
Tabla VI. Utilidad de fuentes de información en salud……43
Tabla VII. ¿Cuándo se debe empezar a dar leche al bebé?……44
Tabla VIII. Motivos para interrumpir la lactancia……45
Tabla IX. Motivos para interrumpir la lactancia materna……46
Tabla X. Análisis FODA……51
Tabla XI. Barreras y beneficios de la lactancia materna exclusiva y sus principales competidores……53
Tabla XII. Indicadores a utilizar para el monitoreo y la evaluación……58
Tabla XIII. Financiamiento para la campaña……60
Tabla XIV. Cronograma de actividades. ……61

Índice de Gráficas

Gráfica 1. Pirámide poblacional de la muestra de Santo Tomás Ajusco, 2010……9
Gráfica 2. Grado de estudio máximo de las adolescentes embarazadas de Santo Tomás Ajusco……41
Gráfica 3. Ocupación de las adolescentes embarazadas de Santo Tomás Ajusco……42
Gráfica 4. Estado civil de las adolescentes embarazadas……42
Gráfica 5. Medios de búsqueda de información en salud……42
Gráfica 6. ¿Cada cuánto se debe dar leche materna?……44
Gráfica 7. Motivos para dar fórmula infantil……45

Abreviaturas

Definición	Abreviatura
Centro de Salud Gerardo Varela Mariscal	CSGVM
Conocimientos, Actitudes y Prácticas	CAP
Consejo Nacional de Población	CONAPO
Encuesta Nacional de Nutrición	ENN
Encuesta Nacional de Salud y Nutrición	ENSANUT
Fondo de las Naciones Unidas para la infancia	UNICEF
Global Burden of Disease Study	GBDS
Instituto Nacional de Estadística y Geografía	INEGI
Instituto Nacional de Salud Pública	INSP
Lactancia Materna	LM
Lactancia materna exclusiva	LME
Mercadotecnia Social en Salud	MSS
Organización Mundial de la Salud	OMS
Organización Panamericana de Salud	OPS
Organización de las Naciones Unidas	ONU
Secretaria de Salud	SSA

Capítulo 1. Introducción

En la actualidad, 1 de cada 5 muertes en el mundo se da en niños menores de 5 años de edad, en quienes las principales causas de muerte son las infecciones respiratorias y diarreicas, así como las relacionadas con su estado de nutrición. No obstante, cabe señalar que existen factores que pueden prevenir estas causas de morbilidad y mortalidad exitosamente, entre los cuales destacan los hábitos saludables de alimentación y la lactancia materna exclusiva (LME). Ésta puede prevenir no sólo un gran número de enfermedades crónicas, sino también enfermedades transmisibles, como las infecciones respiratorias y diarreicas.[1]

Los beneficios de la LME, tanto para el recién nacido como para la madre, han sido evidenciados en múltiples estudios; sin embargo, esta información no ha contribuido al incremento del número de mujeres que ofrecen esta forma de alimentación de manera exclusiva a sus bebés por 6 meses.

Este problema es más evidente al hablar de madres adolescentes, quienes son susceptibles a la influencia social, a su nivel de conocimientos y a la calidad de la atención de los servicios de salud, que resultan determinantes en la decisión de dar, o no, leche materna a sus hijos. En el estudio realizado por Motil, Kerts y Thotathuchery se reporta que no existen diferencias en la producción de leche entre madres adultas y adolescentes, pero los comportamientos en relación a la lactancia difieren significativamente, donde las últimas presentan una menor frecuencia de amamantamiento durante el día y una tendencia a la introducción temprana de fórmula láctea.

Globalmente, menos de 35% de los niños menores de 6 meses de edad son alimentados únicamente al seno materno, debido a diversos factores que no permiten que la LME se lleve a cabo exitosamente. Algunos de ellos son la falta de apoyo a las madres en la casa, en el trabajo y en la comunidad, además de las molestias que esta práctica genera y el miedo de la madre a no tener suficiente leche para el bebé.

Además, la LME no es un comportamiento totalmente instintivo; existe un importante componente cultural transmitido de generación en generación, que pierde relevancia con el paso de los años, al igual que la cultura del amamantamiento, cediendo el paso a una continua promociona a la alimentación con biberón y el uso de fórmulas infantiles, lo que impacta esta práctica.

Por ello, instituciones como el Fondo Nacional de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) promueven diversas acciones para fomentar el apoyo y la orientación a las madres, con el fin de asegurar la LME por los primeros 6 meses de vida y prevenir enfermedades y muertes en los menores de 5 años de edad.[1]

Estudios diversos muestran diferentes tipos de intervenciones con resultados favorables en la práctica de la lactancia materna, donde las intervenciones educativas tempranas pueden incrementar la posibilidad de iniciar la alimentación al seno materno y continuarla de manera exclusiva. Por su parte, la mercadotecnia social en salud (MSS) permite, además de incrementar la conciencia sobre el tema, conocer a la audiencia, identificando los motivadores para realizar el comportamiento a promover, generando acciones específicas.

Por esta razón, para este proyecto terminal profesional se abordó el tema de la LME como factor clave en la prevención de enfermedades, tanto en la madre como en el recién nacido, proponiendo una campaña que promueve su práctica exclusiva por 6 meses, con el uso de la MSS, un componente educativo y el reforzamiento de la red de apoyo.

Para el desarrollo del proyecto fue esencial:

a) Identificar intervenciones de mercadotecnia social en salud exitosas para promover la LME
b) Caracterizar el comportamiento de las adolescentes, identificando la mejor forma de acercarse a ellas
c) Identificar los conocimientos, creencias, actitudes y prácticas de las adolescentes embarazadas sobre la LM, para enfocar adecuadamente la intervención, motivadores, necesidades, tono de los mensajes y medios de comunicación
d) Conocer los beneficios de la lactancia materna, sus barreras y determinantes, así como las percepciones de las adolescentes en relación con esta materia
e) Determinar la factibilidad de la intervención. La medición de la capacidad de respuesta para conocer y determinar con qué servicios y recursos humanos se cuenta, así como la disponibilidad y acceso a los servicios de salud otorgados en Santo Tomás Ajusco

Capítulo 2. Antecedentes

Lactancia materna. Panorama en el mundo y en México

La alimentación al seno materno o lactancia materna (LM) es aquélla donde se obtiene leche del pecho materno y provee a los bebés los nutrimentos necesarios para su desarrollo, crecimiento y salud óptimos. La LM puede ser exclusiva o no. Para tener clara la definición de "exclusividad", el Comité de expertos de la OMS define a la LME como la forma de alimentación que recibe solamente leche del pecho de la madre o de una nodriza, sin recibir ningún tipo de alimentos líquidos o sólidos, ni siquiera agua (con la excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos).[2]

La leche materna se considera como el alimento ideal para el recién nacido, ya que es seguro, gratuito y se encuentra listo para consumirse; contiene anticuerpos que protegen a los infantes de enfermedades comunes, como la neumonía, que es una de las principales causas de muerte en niños a escala mundial.[3,4]

La LM es un comportamiento natural del ser humano. Desde tiempos ancestrales ha sido la forma de alimentar a los recién nacidos, al mismo tiempo que el abandono precoz de la lactancia o la decisión de no amamantar han sido un problema.[5,6]

Más recientemente, en una sociedad donde las enfermedades crónicas fungen como principales causas de morbilidad y mortalidad, la práctica de la LM ha sido rezagada. La cultura del biberón ha sido sinónimo de modernidad, y es considerada uno de los factores determinantes del abandono de la LM junto con las prácticas hospitalarias erróneas, la desinformación del personal de salud, la publicidad masiva en favor de las fórmulas lácteas y la incorporación de la mujer al mercado laboral.[7]

Para poner en contexto esta situación se debe señalar que a nivel mundial se estima que solamente 34.8% de lactantes reciben LME durante los primeros 6 meses de vida; la mayoría recibe algún otro tipo de alimento o líquido en los primeros meses.

Datos obtenidos de 64 países indican que la situación está mejorando. Entre 1996 y 2006, la tasa de LME durante los primeros 6 meses de vida se incrementó de 33% a 37%. Específicamente para Latinoamérica

y el Caribe, excluyendo Brasil y México, el porcentaje de lactantes con LME se ha incrementado de 30% (1996) a 45% (2006).[8]

Por su parte, México ha pasado por un proceso en el cual se ha dejado de practicar la lactancia materna, y se han modificado las dietas y hábitos alimentarios; todo ello debido al crecimiento económico, la urbanización (disminución de las actividades primarias y descenso de la población rural), el abaratamiento de alimentos procesados, en comparación con los frescos, sin olvidar el impacto de la incorporación de la mujer a la fuerza de trabajo.[9]

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2011-2012, entre los años 2006 y 2012, a nivel nacional, la LME en niños menores de 6 meses disminuyó de 22.3% a 14.4%, siendo mayor en el medio rural, donde la reducción fue de 36.9% a 18.5%. Únicamente 38.3% de los niños son expuestos al seno en la primera hora de vida y la mediana de la duración de lactancia materna es de 10.2 meses (Tabla I).[10]

Tabla I. Indicadores de lactancia materna. Comparativo ENN 99, ENSANUT 2006, ENSANUT 2012

INDICADOR	EDAD (meses)	ZONA	ENN 99	ENSANUT 2006	ENSANUT 2012
Alguna vez amantado (%)	0 a 23	Urbana	92.3	89.5	93.5
		Rural	92.2	92.5	94.4
		Nacional	92.3	90.4	93.7
Lactancia materna exclusiva (%)	0 a 5	Urbana	14.8	17.3	12.7
		Rural	32.7	36.9	18.5
		Nacional	20	22.3	14.4
Mediana de duración de lactancia (%)	0 a 36	Urbana	4.9	8.5	4.9
		Rural	10.9	10.9	10.8
		Nacional	9.7	10.4	10.2

Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

Es indudable que gran número de mujeres en nuestro país inician la LM, pero la práctica está disminuyendo de manera importante. Se ha estimado que estas prácticas inadecuadas de LM, especialmente la carencia de exclusividad durante los primeros 6 meses de vida, se asocian a 1.4 millones de muertes y a 10% de la carga de enfermedades entre los niños menores de 5 años de edad.[8]

Un apoyo adecuado a las madres y a las familias para que inicien y mantengan la LME podría salvar la vida de muchos pequeños.[11] Se estima que el logro de la cobertura universal de una LM óptima podría evitar 13% de las muertes que ocurren en niños menores de 5 años, mientras que las prácticas apropiadas de alimentación complementaria podrían significar un beneficio adicional de 6% en la reducción de la mortalidad de los menores de 5 años de edad.[8, 11]

Por ello, organizaciones internacionales como la OMS, OPS y UNICEF fomentan activamente la lactancia materna como la mejor fuente de nutrientes para los lactantes y niños pequeños, con acciones de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna.

Panorama de salud de la adolescente en México

Las adolescentes en México

Se estima que en la población mundial actual 1.2 billones de personas (1 de cada 5) son adolescentes (aquéllas entre 10 y 19 años de edad),[12] mientras que en México, de acuerdo con la información proporcionada por la Encuesta Nacional de Juventud 2010, habitan 17.5 millones de jóvenes. De ellos son hombres 8.8 millones (50.3%) y 8.7 millones (49.7%), mujeres.[13]

Los problemas de salud más frecuentes en las adolescentes mexicanas son de origen infeccioso, tales como enfermedades de vías respiratorias, gastrointestinales, urinarias, de transmisión sexual, y las relacionadas con el embarazo, parto y puerperio.[14,15,16]

Es importante recalcar que la carga de enfermedad en grupo radica, en gran medida, en la exposición a factores de riesgo tales como el sexo sin protección, que puede dejar secuelas importantes, desde un embarazo no planeado y sus complicaciones biopsicosociales, hasta el aborto, afectando su desarrollo, oportunidades y calidad de vida con el paso del tiempo.[17,18,19]

A continuación se presenta una breve revisión del panorama de embarazo adolescente en México, como una de las secuelas más comunes de esta exposición a múltiples factores de riesgo.

Panorama del embarazo adolescente en México y el mundo

Cerca de 16 millones de adolescentes de entre 15 y 19 años de edad dan a luz cada año (11% de los nacimientos del mundo); 95% de estos nacimientos ocurre en países con bajos y medianos ingresos.[20]

Esta condición manifiesta 23% de la carga de enfermedad debido al embarazo y el nacimiento. En general, el embarazo en mujeres de entre 12 a 20 años de edad se relaciona con un aumento de riesgo de emergencia obstétrica, y en los hombres se asocia con la deserción escolar; en ambos sexos, con la modificación del plan de vida.[13]

Las adolescentes menores de 16 años de edad corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años, y la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente 50% superior.[21]

En México, de acuerdo con las estimaciones del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la tasa global de fecundidad general se ha mantenido en descenso discreto pero constante, reduciéndose en más de la mitad: de 5.6 a 2.2 hijos por mujer entre 1976 y 2013.[22]

De acuerdo con la ENSANUT 2011, la tasa de fecundidad de las mujeres de entre 12 a 19 años de edad fue de 37 nacimientos por cada 1 000 mujeres, superior a la documentada por la ENSANUT 2006, donde fue de 30 nacimientos por cada 1 000 mujeres. Ante la caída de la fecundidad general, el aporte relativo que hacen las adolescentes a la fecundidad total es cada vez mayor y este fenómeno adquiere, por tanto, mayor importancia.[10] La prevalencia del embarazo es de 6.6% antes de los 17 años de edad y de 19.2% entre los 18 y 19 años.[13]

El embarazo adolescente en México tiene mayor incidencia en el medio rural que en el urbano, así como en los estratos socioeconómicos más desfavorecidos, donde la tasa de fecundidad alcanzó la cifra de 97 por cada 1 000 mujeres de entre 15 a 19 años de edad.[18]

Esta condición afecta las oportunidades de vida de las jóvenes en relación con su educación, desarrollo personal y empleo, además de que el cuerpo de una adolescente no está plenamente desarrollado para pasar por el proceso del embarazo y el parto, enfrentándolas a un riesgo mayor que las mujeres de más de 20 años de edad.[21]

Por esta razón, los expertos en salud acuerdan que las adolescentes embarazadas requieren atención médica y psicológica especial durante el embarazo, el parto y el puerperio para preservar su propia salud y la de sus bebés, a modo de que los primeros años de vida se vuelvan una ventana de oportunidad que asegure el apropiado crecimiento, salud y desarrollo de los niños, para que alcancen todo su potencial y generen adultos más sanos.[23]

Aspectos sociodemográficos y embarazo adolescente en Santo Tomás Ajusco. Resultados del diagnóstico de salud 2010

Santo Tomás Ajusco se ubica en el km. 6 de la Av. México-Ajusco, llegando por la carretera federal México-Cuernavaca, en la delegación Tlalpan. Se localiza al Suroeste del Distrito Federal; colinda al Norte con la Delegación Coyoacán; al Sur con el Estado de Morelos y el Estado de México; al Oriente con las Delegaciones de Xochimilco y Milpa Alta; y al Poniente, con la Delegación Magdalena Contreras y el Estado de México

En 2010 se realizó un Diagnóstico Integral de Salud en la comunidad de Santo Tomás Ajusco, por parte de estudiantes de la Maestría en Salud Pública, del Instituto Nacional de Salud Pública de México (INSP). Para llevarlo a cabo, se utilizaron instrumentos de recolección de datos, tales como cuestionarios y entrevistas semiestructuradas, las cuales permitieron determinar las principales causas de morbilidad en dicha población de estudio.

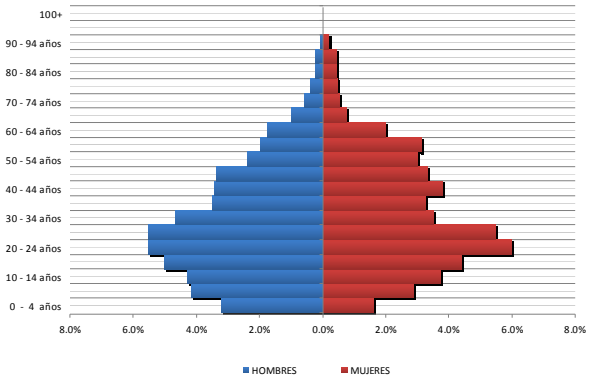
Se aplicaron cuestionarios en dos áreas geoestadísticas básicas (AGEB) de la comunidad en estudio: la número 153.2 y la 152.8, en donde se concentra la cabecera municipal y que en consecuencia tienen más población. Para determinar el tamaño de muestra se consideraron las prevalencias más relevantes, con un nivel de confianza de 98%, una tasa de no respuesta de 20%, y se estimó un tamaño de muestra de 154 hogares.

A partir de los resultados obtenidos en esta encuesta mencionaremos las características sociodemográficas del total de los adultos encuestados:

La muestra de la población de Santo Tomás Ajusco fue de 625 personas, de las cuales 51% está constituida por hombres y 48% por mujeres; esto en 154 hogares. La edad promedio fue de 31.5 años de edad ± 13 años.

Como se puede observar (Gráfica 1), la base de la pirámide poblacional es angosta, predominan los adultos jóvenes (20 a 29 años de edad), y la punta es igualmente estrecha, por lo que es una población en transición; esto coincide con la pirámide de la Delegación de Tlalpan.

Grafica 1. Pirámide poblacional de la muestra de Santo Tomás Ajusco, 2010



El 44% de los adultos está casado o vive en unión libre, otro 38% se clasifica como soltero. En cuanto a la escolaridad, la mayor parte de los adultos encuestados terminó la secundaria (33%) o la preparatoria (32%) y 10% tiene licenciatura o carrera técnica.

En relación con la ocupación, 35% trabaja para el sector privado, 11% en el sector informal y 3% en el sector público. Cabe resaltar que el total de las mujeres encuestadas se dedica al hogar. Respecto a la derechohabiencia de servicios salud, 36% cuenta con el programa de Gratuidad del Gobierno del D. F., 21% no pertenece a ningún sistema de seguridad social, otro 21% pertenece al IMSS y 15% de la población cuenta con el Seguro Popular.

Además de estos datos recolectados, a los encuestados se les dio una lista de padecimientos/condiciones de salud o enfermedad, pidiendo acomodaran en orden de importancia del 1 al 10 (1 el menos importante, y 10 el más importante) de acuerdo con la forma en que consideran que

esa condición o padecimiento se presenta en la comunidad. De las nueve condiciones presentadas, las que seleccionaron con mayor frecuencia fueron: el embarazo en adolescentes (*n*=100), violencia familiar (*n*=65) y alcoholismo (*n*=58). Posteriormente, se les pidió que a estas condiciones ya señaladas les asignaran prioridad, en orden del 1 (mayor importancia) al 3 (menor importancia), dependiendo del impacto que pueden tener en la población. Con este ejercicio pudimos observar que aunque el embarazo es el problema más sentido por la población, no necesariamente es el más prioritario, a diferencia de la violencia-inseguridad y el alcoholismo.

En lo que se refiere al monitoreo de **cifras de embarazo**, actualmente el Centro de Salud "Dr. Gerardo Varela Mariscal", perteneciente a esta comunidad, es una unidad médica que se encuentra enfocada en recopilar cifras estadísticas, a detectar y a brindar seguimiento oportuno y cálido a las mujeres que cursan un embarazo normal. Cabe subrayar que, hasta el año 2010, todas las mujeres adolescentes menores de 19 años de edad con diagnóstico de embarazo eran automáticamente referidas al Hospital Materno Infantil de Topilejo, México, D. F. Sin embargo, a partir de 2011, sólo los embarazos con riesgos específicos son referidos a este nosocomio, (embarazadas con antecedentes de preeclampsia, aborto o amenazas de aborto, entre otros) y las mujeres que pertenecen a Santo Tomás Ajusco y que cursan con un embarazo normal lo llevan a término en el CSGVM.

La relevancia y la atención que se da al embarazo en el CSGVM, a través del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), en la Jurisdicción Sanitaria de Tlalpan, según reportes en el 2011, *31% (n=105) de los nuevos casos de embarazo adolescente se registran en dicho centro de salud.*

De acuerdo con el reporte mensual de "*Casos nuevos en primer nivel"*, realizados por el CSGVM, para el año 2010, la mayor cantidad de embarazos de alto riesgo se observa en el grupo de adolescentes de entre 15 a 19 años de edad (*n*=63). Del total de mujeres de este grupo de edad, que se atienden en este centro de salud (*n*=457), 13.7% estuvo embarazada en 2010 (Tabla II).

Tabla II. Reporte de nuevos embarazos, CSGVM, 2010		
	10 a 14 años	***15 a 19 años***
# embarazos	1	63
# mujeres	784	457
% embarazadas	0.1%	13.7%

Fuente: *Casos nuevos en primer nivel. Centro de Salud Dr. Gerardo Varela Mariscal*

Debido a la importancia de esta condición en el futuro de las adolescentes, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) reconoce la necesidad de "desarrollar e implementar políticas en salud nacionales y programas para adolescentes, incluyendo metas e indicadores para promover su salud física y mental".[24] Desde la década de 1990, varias organizaciones internacionales declararon acciones específicas que favorezcan y promuevan la LM, a las cuales diversos países se comprometieron. A continuación se mencionarán aquéllas donde el compromiso de México se reitera a la fecha.

Compromisos de México respecto a la lactancia materna

A nivel internacional hay por lo menos tres políticas que se han utilizado como base para la planificación de iniciativas referentes a la lactancia materna, a saber:

1. La Declaración de Innocenti

Creada por la OMS y el UNICEF. En 1990 el gobierno de México firma esta declaración que determina la importancia del reforzamiento de una cultura de lactancia, lo cual requiere compromiso y apoyo para la movilización social de líderes con los conocimientos suficientes.

Entre sus pautas están el asegurar que todos los establecimientos de salud que tienen servicios de maternidad practiquen completamente *Los 10 pasos hacia una LM exitosa* a través de la *Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Madre,* con la cual se pretende evaluar los centros de cuidado y servicios maternos.[25] Actualmente existen cerca de 20 mil instituciones u hospitales acreditados.[26]

Así mismo, los principios y objetivos del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna, aseguran el uso adecuado de los sustitutos de leche materna partiendo de información confiable y a través de una adecuada comercialización y distribución.[27] En 2005, la Declaración de Innocenti ratificó las acciones propuestas y necesarias para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).[26,28]

2. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño

Basándose particularmente en la declaración antes mencionada se desarrolló ésta, atrayendo la atención mundial hacia el impacto que tienen las prácticas de alimentación en el estado nutricional, crecimiento y desarrollo, salud y sobrevivencia de los lactantes y niños pequeños, creando un medio ambiente que permita a madres, familias y cuidadores tomar decisiones informadas en pro de prácticas de alimentación más óptimas.[1, 25]

3. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio para mejorar la salud materna e infantil, incluida la equidad de género y la justicia reproductiva como necesidades subyacentes

La Cumbre del Milenio de la ONU celebrada en el año 2000 reunió a 189 Jefes de Estado y de Gobierno para trabajar conjuntamente en la construcción de los *ODM, para cumplirse antes de 2015*, donde México es uno de los países que se comprometió a reducir la mortalidad en niños menores de 5 años de edad (objetivo 4), reforzando la nutrición y, en especial, promoviendo la LME durante los primeros 6 meses de vida, y la correcta alimentación complementaria hasta los 2 años de edad, lo cual reduciría la desnutrición pero también la prevalencia de neumonía y diarrea.[29] Por su parte, el objetivo 5 plantea mejorar la salud materna, reduciendo la mortalidad y logrando acceso a la salud reproductiva.[30]

Marco legal de la lactancia en México

La importancia de la LM en México ha estado sustentada legalmente desde hace años empezando en la **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**, donde el artículo 123 contempla el otorgar tiempo para la lactancia a la madre trabajadora (dos períodos de media hora cada

uno dentro de una jornada de 8 horas),[31] y en concordancia, la ***Ley General de Salud*** en su capítulo 5, artículo 64, establece acciones de orientación y vigilancia que fomenten la lactancia materna.[32]

Entre las líneas de acción destacan la creación de un marco jurídico que favorezca la lactancia en diversos aspectos. Este marco incluye a tres de las Normas Oficiales Mexicanas de la Secretaría de Salud (NOM-SSA), son las regulaciones técnicas que contienen la información, requisitos, especificaciones, procedimientos y metodología que permiten a las distintas dependencias gubernamentales establecer parámetros evaluables para evitar riesgos.

A continuación se describirán brevemente las normas relevantes al hablar de lactancia.

- ***Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, para la atención del embarazo, parto y puerperio y del recién nacido,*** *la cual f*omenta el alojamiento conjunto y la lactancia materna inmediata, así como la promoción de la LME.[33]
- ***Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño.*** Se recalca la importancia de la LM para la prevención de enfermedades diarreicas y respiratorias agudas en niños menores de 6 meses de edad, así como mejores prácticas de ablactación a partir de los 4 a los 6 meses de edad.[34]
- ***Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-043-SSA2-1999. Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para dar orientación.*** En esta norma se recomienda la promoción de la LME durante los primeros 4 a 6 meses de vida. Se recomienda cuidar que el consumo de alimentos sea suficiente, ya que la práctica aumenta las demandas de energía y nutrimentos y se brinda orientación sobre las mejores prácticas –formas– para estimular la secreción de la leche.[35]

Por su parte, el ***Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria*** (publicado en 2010 con el propósito de reducir las prevalencias de sobrepeso y la obesidad) tiene entre sus objetivos promover y proteger la LME hasta los 6 meses de edad y, posteriormente, favorecer una alimentación complementaria adecuada, incluyendo la vigilancia de las prácticas de promoción y mercadeo de las fórmulas lácteas a madres de recién nacidos.[9]

Además, para apoyar de manera más clara y comprometida la práctica de la lactancia se publicó en 2012 en el Diario Oficial de la Federación el ***ACUERDO por el que se establecen las acciones que deberán cumplirse para acreditar el fomento a la lactancia materna en los establecimientos de atención médica que se sujeten al procedimiento de Certificación del Consejo de Salubridad General.*** Dicho Acuerdo recalca la importancia de la capacitación a todo el personal de salud, así como informar a todas las madres embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia y la forma de ponerla en práctica, ayudándolas a iniciar la lactancia durante la primera hora siguiente al parto, al igual que el alojamiento conjunto.[36]

La LM en México está retomando fuerza en la agenda pública. Tal es el hecho, que en *2012 se* reactivó la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Madre al capacitar 42 evaluadores de 13 entidades federativas;[37] no obstante, la ausencia de LME y la alimentación complementaria inadecuada continúan representando la principal amenaza para la salud y la supervivencia infantil.

Capítulo 3. Marco Teórico

Adolescencia

La OMS y la OPS definen a la adolescencia como el período comprendido entre los 10 y los 19 años de edad.[38] Este período se caracteriza por una serie de cambios orgánicos (pubertad), así como por la integración de funciones de carácter reproductivo, acompañados de profundos cambios psicosociales.[39]

Desde el punto de vista psicológico, de acuerdo a la teoría cognoscitiva de Jean Piaget, el individuo adquiere la capacidad de razonamiento formal operacional entre los 12 y 20 años de edad, con la adquisición del razonamiento abstracto, simbólico, lógico y estructural del adulto, lo que le permitirá la formulación de proyectos futuros y medir las posibles consecuencias de sus actos, pudiéndose sentir confundidos ya que no han desarrollado la capacidad de diferenciar entre sus propios intereses y los de los demás.[40]

Todo esto nos revela el gran reto por el que pasan los adolescentes, más aún cuando inicia su sexualidad sin información oportuna, clara y veraz, exponiéndose, entre otras cosas, a embarazos no planeados.

Embarazo adolescente

El UNICEF lo define como aquel embarazo que se lleva a cabo en mujeres de entre 13 y 19 años de edad, o bien aquel que se lleva a cabo en mujeres que aún no alcanzan la mayoría de edad legal. Debido a las repercusiones que tiene sobre la salud, el estado psicosocial de la madre y el producto y, particularmente, sobre el proyecto de vida de los/las jóvenes es considerado por la OMS como un embarazo de riesgo.[21, 41]

El curso del embarazo en adolescentes depende no sólo de las características biológicas y psicológicas, sino también de las influencias ejercidas por la familia y los grupos de amigos.[42]

En particular, la adolescente lleva una carga emocional muy fuerte al cruzar por esta etapa, y para comprender mejor el contexto sobre el cual giran sus actitudes describiremos brevemente sus principales características psicosociales.

Perfil de la futura madre adolescente

Particularmente para la adolescente, este período determina cómo la niña entra en la condición de mujer y se adapta a ella; es un tiempo de conciliación con su mismo cuerpo, y también con su rol social, de modo que un desarrollo adolescente saludable le permitirá alcanzar la adultez sintiéndose sana, segura y facultada para expresar sus opiniones y actuar según su propia decisión.[43]

Las características psicosociales de la adolescente son las siguientes:

- Presenta frecuentes fluctuaciones del estado de ánimo, mostrando rebeldía, ambivalencia, necesidad de independencia, búsqueda de identidad y aislamiento
- Tiene necesidad de relacionarse con sus compañeros; sus amigos se vuelven fundamentales
- No controla los impulsos y a menudo toma decisiones basadas en una recompensa inmediata, con un pensamiento limitado de las consecuencias futuras de sus acciones, por lo que todavía necesita estar conectada a una figura adulta para guiar sus decisiones. Si la conexión es fuerte, quizá sea menos susceptible a la presión de los pares[44]

Estas características determinarán la forma de actuar y pensar de la futura madre. Si bien el embarazo a cualquier edad es un evento psicosocial sumamente importante, cuando no es planeado y se da a temprana edad genera temores y situaciones difíciles de afrontar; por ejemplo: enfrentar las respuestas de la pareja, la familia, los amigos y la sociedad, así como la posibilidad de aborto, abandono de la escuela, ruptura con la pareja, matrimonio forzado, salida del círculo de amigos y, finalmente, la responsabilidad que implica tener un hijo.[39,46]

Por tales motivos, al embarazo adolescente se le conoce también como “la puerta de entrada al ciclo de la pobreza,” ya que se tienen más probabilidades de abandonar los estudios y percibir bajos salarios, con pocas posibilidades de bienestar y superación, en comparación con madres de mayor edad.[20]

Un sistema de salud adecuado debe contar con personal capacitado para manejar esta situación de forma adecuada, además de responder a sus necesidades de salud.[45] En este punto recae la importancia de conocer los amplios beneficios de la LME en la salud del nuevo ser humano y la nueva madre, para promoverlos adecuadamente y dar la correcta orientación.

Lactancia materna exclusiva y sus beneficios

LM o alimentación al seno materno es la manera natural de proveer a los bebés los nutrimentos necesarios para su desarrollo, crecimiento y salud óptima. Es un alimento seguro, listo para consumirse, con anticuerpos que protegen a los infantes de enfermedades comunes, como la neumonía, una de las principales causas de muerte en niños a nivel mundial.[46,47]

Idealmente, la alimentación al seno materno debe ser exclusiva (incluyendo únicamente leche materna extraída del pecho, sin ningún otro tipo de alimento o bebida, a menos que sean soluciones rehidratantes, vitaminas o jarabes), empezando durante la primera hora a partir del nacimiento, debe ser a libre demanda mientras el bebé la consuma de día y de noche, y las mamilas o chupetes deben evitarse. [48,49]

Garantizar la LME durante los primeros 6 meses de vida contribuye a la prevención de un millón y medio de muertes infantiles cada año,[50] cubre 95% de los requerimientos del bebé hasta el cuarto mes, porcentaje que disminuye a 80% para el sexto mes y hasta 32.5% hacia los 12 meses de edad.[51]

Múltiples estudios evidencian el fuerte efecto protector de la lactancia contra enfermedades infecciosas, especialmente contra las infecciones respiratorias agudas del tracto superior e inferior, enfermedades gastrointestinales y otitis media durante la infancia y posterior a ella. Allen menciona un metaanálisis donde se indica que el efecto protector se debe a las propiedades inmunológicas y antibacterianas de la leche materna, así como a la eliminación de exposición a patógenos que pudieran ser introducidos por medio de la preparación y administración de la fórmula láctea, de modo que el riesgo de muerte por diarrea entre lactantes de menos de 6 meses de edad, alimentados con LM parcial fue 8.6 veces mayor, en comparación con niños alimentados con LME. Para aquellos que no reciben lactancia materna, el riesgo fue 25 veces mayor.[52]

Como se menciona en la Tabla III, la evidencia sugiere que los menores alimentados con leche materna se ven beneficiados a largo plazo, tienen menor riesgo de presión arterial alta y de colesterol elevado, y un mayor desempeño en pruebas de inteligencia,[8,,53] además de una menor prevalencia de diabetes

mellitus tipo 2 y sobrepeso/obesidad, en comparación con los niños que se alimentan con fórmulas u otros alimentos.[54]

Para el caso de las enfermedades crónicas, la lactancia protege particularmente contra la enfermedad isquémica cardíaca y ateroesclerosis, así como contra el riesgo de marcadores para diabetes, incluyendo una reducción en la respuesta a la insulina.[8]

Así mismo, es parte integral del proceso reproductivo con importantes implicaciones para la salud de las madres al reducir el riesgo de cáncer de ovario y de mama, y disminuir la probabilidad de presentar obesidad en años posteriores.[55,56]

Por ello, La OMS y el UNICEF recomiendan la alimentación exclusiva al seno materno hasta los 6 meses de edad, complementándola posteriormente con alimentos hasta los 2 años de edad. Sin embargo, la fórmula láctea cobra fuerza, sin tener los mismos beneficios.

Tabla III. Efecto protector de la lactancia materna en la salud

Nivel de evidencia	Infantes y niños	Enfermedades crónicas	Madres
Convincente	Enfermedades gastrointestinales, otitis media, infecciones respiratorias agudas, enterocolitis necrosante		Reducción del tiempo de infertilidad, premenopausia y cáncer de mama
Probable	Asma, alergias, inteligencia, habilidades cognitivas, leucemia, infecciones de vías urinarias, síndrome de muerte súbita.	Obesidad	Cáncer de mama posmenopáusico, cáncer de ovario, artritis reumatoide
Posible	Diabetes tipo 2, bacteriemia, meningitis, oclusión dental.	Enfermedad isquémica del corazón, ateroesclerosis, factores de riesgo para diabetes tipo 2 y síndrome metabólico	Depresión materna, cáncer de endometrio, osteoporosis

Fuente: *Allen Jane, Héctor Debra (2005). Benefits of breastfeeding. New South Wales Public Health Bulletin*

Fórmula láctea: competencia de la leche materna

La agitada vida de la mujer actual ha dado pie a un mayor uso de las fórmulas lácteas. Desde hace ya varias décadas, la ciencia y la industria se han unido para producir sustitutos de la leche humana, con la intención de imitarla en términos de la cantidad de nutrientes que hay en la leche materna y de que sea una buena alternativa para los bebés que no pueden ser amamantados, pero no igualan a la totalidad de las propiedades de la leche materna.[3]

Todas las fórmulas lácteas (excepto la de soya) son preparadas a partir de la leche de vaca. Su formulación ha sido modificada a medida que los estudios científicos aportan nuevos antecedentes sobre los distintos componentes específicos de la leche humana, agregando algunos de ellos a las nuevas fórmulas. Sin embargo, al ser un fluido vivo, la leche materna contiene elementos bioactivos irreemplazables, por ello, las fórmulas no tiene los nutrientes, en especial los que aún no han sido identificados; en este caso, no es posible saber qué le falta al niño que recibe biberón.[57]

Tabla 4. Comparación del contenido de nutrientes en la leche humana y la leche de vaca

Comparación del contenido de nutrientes de leche humana y leche de vaca en 100 g									
Tipo de leche	Energía (*kcal.*)	Carbohidrato (*g*)	Proteína (*g*)	Grasa (*g*)	Calcio (*mg*)	Hierro (*mg*)	Vitamina A (*µg*)	Folato (*µg*)	Vitamina C (*mg*)
Leche humana	70	7,0	1,03	4,6	30	0,02	48	5	5
Leche de vaca (entera)	61	5,4	3,3	3,3	119	0,05	31	5	1

Fuente: FAO. Nutrición humana en el mundo en desarrollo. Capítulo 7: Lactancia Materna

Resultados de un metaanálisis reciente, donde se incluyen estudios realizados en países desarrollados, indican 3 veces más requerimientos de hospitalización por enfermedades respiratorias agudas en niños alimentados con fórmulas lácteas, comparados con los alimentados al seno materno de manera exclusiva por lo menos por 4 meses.[52]

Así mismo, la alimentación con fórmula infantil está asociada a un mayor riesgo de padecer enfermedades que tienen una base inmunológica, como el asma, la enfermedad celíaca, la diabetes tipo I y la enfermedad de Crohn. [1]

En conclusión, toda la información arroja un beneficio indudable de la LM (todavía mayor si se da de manera exclusiva), contra otras formas de alimentación, en particular al compararlo con la fórmula

infantil. El esfuerzo que implica dar leche materna es grande, pero lo suficientemente valioso para promover la lactancia en toda mujer embarazada.

Determinantes para la práctica de la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes

Si bien el embarazo en la adolescencia es difícil, la decisión de dar leche materna lo es aún más, por razones psicológicas, sociales o económicas y hasta de salud. Por ello, la identificación de determinantes en la práctica de la lactancia ayuda a diseñar intervenciones focalizadas que realmente promuevan su práctica de manera eficiente.

Como se menciona en la Tabla V, los determinantes pueden impactar de forma positiva (promoviendo la práctica de LM) o de forma negativa (disminuyendo su práctica). Por ejemplo: el hecho de que la madre tenga mayor edad, pertenezca a una familia pequeña, dependa económicamente de los padres son factores que le dan mayores probabilidades de continuar con la lactancia por más tiempo. De modo contrario, está reportado que el continuar con la escuela, así como tener una percepción de baja autoeficacia y confianza, suelen ser grandes obstáculos en la práctica adecuada de la lactancia.[27]

También es importante tomar en cuenta que los adolescentes pertenecientes a medios menos favorecidos (con menores ingresos, educación y oportunidades) tienen menos información disponible para tomar una decisión en relación con la lactancia materna.[58, 59]

Por otro lado, la lactancia es un comportamiento de salud adaptativo, que puede recibir la aprobación o desaprobación de la familia y amigos. Esta influencia social es un determinante que juega un papel importante, pues lleva a imitar actitudes y prácticas. Pero también influyen aspectos morales relacionados con la autoeficacia y rebeldía, que deben ser considerados como puntos clave para la promoción de la lactancia.[40,59]

Adicionalmente se debe considerar el estilo de vida y las costumbres, donde el ejemplo y el aprendizaje del amamantamiento a través de la convivencia con mujeres en lactancia y sus bebés, principalmente familiares, genera un apoyo muy grande a la nueva madre, y la impulsa al darle confianza y sensación de autoeficacia.[27] En muchos casos este tipo de apoyo es más importante que el que pueda dar el personal de salud.[59]

Dentro de los determinantes relacionados con la salud se debe considerar que la práctica de la lactancia en las madres adolescentes representa un esfuerzo fisiológico extra, para lo cual el cuerpo de la joven no está preparado. El estado nutricio de la madre es determinante para el resultado óptimo de la lactancia, influye directamente en el estado nutricio del recién nacido, y se puede ver afectado por seguir en etapa de crecimiento.[60]

Por su parte, el tipo de apoyo del personal de salud para iniciar la lactancia inmediatamente y recibir la información oportuna y adecuada influye tanto en la iniciación como la duración de la lactancia. Otro aspecto importante y con una connotación negativa es el hecho de que se promuevan las fórmulas, o simplemente permitan su distribución gratuita dentro o cerca de los servicios de salud.[58,61]

Es importante considerar que si la socialización y modelaje son elementos importantes para promover actitudes positivas, el que las adolescentes tengan una exposición a esas imágenes positivas en la familia es vital.[59] Además, se sabe que los programas educativos pueden beneficiar la práctica al enfocarse en hacer evidentes los beneficios de la lactancia.

Tabla V. Determinantes de la lactancia materna

	Impacto positivo	*Impacto negativo*
Sociales	Mayor nivel educativo, mayor edad de la madre, ser parte de una familia pequeña, ser niña.	Ser soltera, bajo nivel educativo, edad temprana de embarazo, vivir en medios urbanos, exposición social del pecho materno.
Económicos	Menores recursos para comprar fórmulas	Período de maternidad corto y tipo de empleo
Psicológicos	Apoyo familiar y de amigos, lactancia aceptada culturalmente, creencias positivas hacia la LM, experiencias previas exitosas, exposición a experiencia intergeneracional previamente	Poca autoconfianza de la madre, pena, madre que no fue amamantada, poca importancia hacia la lactancia
Salud	Iniciación temprana de la lactancia, asistencia clases prenatales o	Bebé prematuro, trabajo de parto con complicaciones, introducción

	grupos de lactancia, bebé con bajo peso al nacer, promoción gubernamental/ institucional de la LME	temprana de fórmula infantil y distribución de muestras gratuitas en los servicios de salud, desnutrición y/o bajo peso de la madre, falta de capacitación y apoyo a la LM por parte del personal de salud.

Fuente:
Craig & Dietsch. Too Scary to think about: First time mother perceptions of the usefulness of antenatal breastfeeding education. Women and Birth Journal. Vol 23 pp 169- 165. 2010
Swanson, Power, Kaur, Carter, Shepherd. The impact ok knowledge and social influences on adolescents' breastfeeding beliefs and intentions. Public Health Nutrition, vol 9(3), pp 297-305, 2005
Radius, Joffe. Understanding adolescent mother´s feelings about breastfeeding. A study of perceived benefits and barriers. Journal of adolescent health care. Vol 9, pp156-16'. 2008
Europe IBLCE. Determinants of breastfeeding. Disponible en: http://europe.iblce.org/upload/Blueprint/Annex%202%20Determinants.pdf. Accesado en Noviembre 2012
Meedya, Fahy, Kable. Factor that positively influence breastfeeding duration to 6 months: A literature review. Women and birth vol 23, pp 135-145. 2010
Dashti, Scott, Edwards and Al-Sughayer. Determinants of breastfeeding initiation among mothers in Kuwuait. International Breastfeeding Journal vol 5:7. 2010
Yngve, Sjöström. Breastfeeding determinants and suggested framework of action in Europe. Public Health Nutrition. Vol 4 (2b) pp 729-739. 2001

Barreras de la madre adolescente para la práctica de la lactancia materna exclusiva

Existen múltiples barreras para la LM en las adolescentes. Radius y Joffe mencionan que 30% de las adolescentes siente que no puede amamantar a su bebé e ir a la escuela al mismo tiempo, 56% considera que la lactancia desacredita a los bebés de recibir atención médica y 43% reporta que le es difícil saber cuándo el bebé ha comido lo suficiente al ser amamantados.[62]

Las barreras sociales percibidas reflejan el contexto social de la lactancia, y se liga a las creencias influenciadas emocionalmente. Por ejemplo, la lactancia involucra la exposición del pecho en público, lo cual es claramente incómodo para muchas mujeres (pena), y los pechos son vistos como objetos sexuales en diversas culturas.[59]

Por otro lado, una barrera importante para las madres que tienen que trabajar es el tener horarios laborales poco flexibles y el escaso apoyo de los empleadores hacia la lactancia.[63] La forma en que una madre adolescente percibe una sola barrera influye menos que su visión o la percepción de todas las barreras potenciales. Es decir, al reducir al máximo la connotación negativa de las barreras, aumentará potencialmente la probabilidad de llevar a cabo una lactancia exitosa. Por ello, se debe poner atención especial a las ventajas que ellas mismas perciben de la lactancia materna, a modo de disminuir la

percepción de las barreras, dentro de las que se destacan: un mayor sentido de importancia hacia ellas mismas, y hacia su hijo, y un mayor lazo afectivo entre madre e hijo.

Mercadotecnia social en salud

La mercadotecnia social en salud nace en 1971, cuando Philip Kotler y Gerald Zaltman se dieron cuenta de que los mismos principios de la mercadotecnia que se usan para vender productos tangibles, se pueden usar para vender ideas, actitudes o comportamientos. De este modo, el identificar necesidades y deseos de los clientes potenciales, satisfacerlas y hacer el intercambio para lograr alcanzar comportamientos saludables o apoyar el cambio de hábitos son los principios clave.[64]

Contrario a lo que usualmente se cree, la mercadotecnia social no es un proceso rápido y sin planeación, que se dedique sólo al uso de medios masivos de comunicación. El propósito de la mercadotecnia social en salud es crear conciencia sobre un tema específico, lograr la aceptación de una conducta deseada y modificar el comportamiento para el beneficio individual, grupal o comunitario. De este modo, las estrategias estarán dirigidas hacia las personas (consumidor) que desean o necesitan el cambio o mejora de un comportamiento, o cuyo comportamiento pone en riesgo su salud, bienestar y seguridad individual o colectiva.

El corazón de la mercadotecnia social en salud es identificar y entender las necesidades y deseos de los individuos por la salud.[64]

El proceso de planeación de una campaña se basa en 10 pasos que mencionaremos a continuación:[65]

1. Descripción de los antecedentes, el propósito y el enfoque que se dará a la campaña
2. Estudio de análisis situacional
3. Seleccionar y describir a la población blanco
4. Definir objetivos y metas
5. Identificar las barreras de la audiencia, los beneficios y la competencia
6. Describir el posicionamiento

7. Desarrollar el *marketing mix* (4P´s): producto, precio, plaza y promoción
8. Determinar un plan de evaluación
9. Establecer el presupuesto de la campaña
10. Perfilar un plan de implementación

Aunque estos pasos parezcan llevarse de forma lineal, en realidad se llevan a cabo de forma espiral. Cada paso se sujeta a revisión dependiendo de cómo se va desarrollando el proceso.

Resaltaremos los elementos de la mezcla de las 4 P´s (producto, precio, plaza y promoción), como un punto elemental en este proceso y generar el cambio voluntario del comportamiento. Para ello se debe realizar una investigación previa, que permita identificar cada "P" apropiadamente, dependiendo de la población a impactar: [64]

- Producto. Es lo que se está vendiendo, lo que se quiere promover o lograr, el beneficio asociado a este comportamiento.
    - Producto. El comportamiento promovido y sus beneficios
    - Producto aumentado. Objetos tangibles y servicios asociados que agregan valor al producto
- Precio. Es el costo personal en la aceptación del nuevo comportamiento, puede ser económico (asociado con el costo de servicios u objetos tangibles que van de la mano con la campaña), pero en la mayoría de los casos es intangible, psicológico, emocional o de tiempo.
- Plaza. Es el lugar donde la audiencia objetivo acude y realiza prácticas específicas o el espacio en el que podrá aprender la nueva conducta y los servicios asociados a ésta.
- Promoción. Consiste en el uso integrado de estrategias de comunicación (publicidad, relaciones públicas, abogacía en medios, entre otras), así como en elaborar y definir los mensajes a transmitir y los canales de distribución.[64]
    - Mensaje: lo que se va a decir y en qué tono para influenciar al público objetivo para que aprendan, cambien el comportamiento y adopten la conducta deseada. Al momento de redactar los mensajes es importante considerar factores clave, como la empatía (ponerse en el lugar de la audiencia, manteniendo una distancia objetiva), convicción y optimismo, motivando siempre al cambio

Los mensajes efectivos son:

- Construidos a partir de un objetivo claro, realista y fáciles de recordar
- Utilizan el lenguaje de la audiencia, sin modismos
- Son relevantes, atractivos, significativos y estimulantes para la audiencia
- Son originales y novedosos, capturan la atención de la audiencia
- Demuestran el beneficio del nuevo comportamiento
- Concisos, y soportados por evidencia científica, traducidos a un lenguaje sencillo[66]

▪ Canal: medio por el que se difundirán el o los mensajes; pueden ser medios masivos, materiales impresos, relaciones públicas, promociones, venta personal, eventos especiales, entretenimiento educativo, entre otros[64]

Kotler y Zaltman mencionan varios puntos característicos de la mercadotecnia social y lo que los hace exitosos al momento de ser aplicados en temas de salud, a saber:

- Segmenta el mercado, para comprender mejor a la población blanco, entiende y establece empatía con las percepciones, las motivaciones, el comportamiento y las necesidades del sujeto, para obtener un resultado efectivo
- Toma en cuenta el ambiente externo (político, cultural, social) e interno (barreras y motivadores) que rodean a la persona, para beneficiar el proceso de intercambio y costo- beneficio
- Se da un intercambio benéfico, de modo voluntario, por ambas partes. El consumidor debe desear este nuevo comportamiento y sus beneficios para adquirirlo, pagando por ello un precio, normalmente intangible
- Identifica oportunidades y amenazas; enlazando las oportunidades y las amenazas con los recursos y las capacidades se pueden plantear los objetivos.[64]

Adicional a esto, para lograr el objetivo deseado se deben tomar en cuenta otros factores, como alianzas con la sociedad civil, asociaciones no gubernamentales, empresas, instituciones, el reforzamiento de

políticas públicas y el financiamiento. Así mismo, y como herramienta clave de la mercadotecnia social en salud está la ***Comunicación Educativa en Salud***, que aparte de transmitir la información en salud de una manera clara, veraz y oportuna, con sustento en evidencia científica, busca la sensibilización de la opinión pública, fomentar la participación comunitaria, apoyar la capacitación del personal de salud y promover estilos de vida saludables.[64]

Cabe aclarar que la mercadotecnia social debe usarse apropiadamente, con la intención de inducir el cambio de conducta que apoye una vida saludable. Por ello es importante revisar los conceptos básicos de la ética en la mercadotecnia social en salud. William Smith propone que en la mercadotecnia social se necesitar estar consciente del impacto de las acciones en dos partes: una formada por aquellos que serán afectados directamente, y otra, por los que se verán afectados indirectamente por el programa.[67,68]

La *American Marketing Association* plantea un código de ética que aplica para la mercadotecnia social:

1. No debe hacer daño, adhiriéndose a todas las leyes y regulaciones aplicables, con altos niveles éticos en cada decisión realizada
2. Debe fomentar la confianza en el sistema mercadológico. Requiere que la comunicación mercadológica acerca de bienes y servicios no sea engañosa, para contribuir a la eficacia del proceso de intercambio
3. Deberá aprovechar, comunicar y practicar los valores éticos fundamentales que promuevan la confianza del consumidor: honestidad, responsabilidad, justicia, respeto y transparencia, y debe cumplir con las responsabilidades económicas, legales, filantrópicas y sociales que sirvan a los interesados

Si la mercadotecnia social se emplea adecuadamente y en el contexto apropiado puede constituirse como un poderoso conjunto de herramientas capaces de generar un impacto sobre el comportamiento social. En este caso, la correcta promoción y comunicación que apoyen las campañas de mercadotecnia social son de suma utilidad para mejorar la práctica correcta de la lactancia, promoviendo prácticas correctas, aumentando los conocimientos y reforzando su percepción como una actividad adecuada y aceptada socialmente.[67,68,69]

Cambio de conducta

La conducta es un comportamiento que muestra patrones estables. El comportamiento es todo lo que hace un ser humano frente al medio, en relación con su entorno o los estímulos, puede ser consciente o inconsciente, voluntario o involuntario, público o privado, según las circunstancias que lo afecten.

La conducta se ve afectada por muchos planos de influencia, desde factores individuales e interpersonales, hasta comunitarios y relacionados con el impacto de las políticas públicas. Pero, así como se ve influenciada, también influencia el entorno. Esta perspectiva de interacción muestra claramente las ventajas de las intervenciones en muchos niveles, como aquéllas en las cuales se combinan elementos del desarrollo, la conducta y el entorno. Sin embargo, también hay conceptos que dominan las teorías cognoscitivas del comportamiento: el conocimiento y el conjunto de percepciones, sentimientos, motivación, las aptitudes y factores del entorno social.[70]

Hay diferentes teorías que nos permiten comprender el porqué de los comportamientos esperados. Para este estudio se utilizó como guía el **modelo transteorético de Prochaska,** el cual señala que el cambio de comportamiento es un proceso y no un acto, y que las personas tienen diversos niveles de motivación e intención al cambio. Esto permite planear intervenciones y programas que responden a las necesidades particulares de los individuos dentro de su grupo social o contexto natural comunitario u organizacional.[71]

Estudio de conocimientos, actitudes y prácticas

Un estudio de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) es un trabajo representativo de una población en particular para obtener información de lo que se sabe, se cree y se realiza sobre un tema específico.

La ventaja de este tipo de estudios es que permiten conocer el contexto más allá de las cifras, identificando los factores sociales y culturales que originan los conocimientos, las actitudes y las prácticas que se relacionan con diversas situaciones de salud y enfermedad. Así mismo, se pueden identificar brechas en creencias culturales y patrones de comportamiento que faciliten o imposibiliten el entendimiento y puesta en práctica de medidas de prevención de enfermedades.[72]

Para fines de este proyecto es sumamente relevante conocer las creencias, actitudes y prácticas, ya que se ha demostrado que la desinformación sobre los sistemas de creencias y valores es un factor que determina las conductas poco saludables.[73]

Un punto importante para dar un mejor y más acertado enfoque a una campaña de mercadotecnia social que pueda influir en la conducta es la comprensión de los comportamientos y de las teorías que los explican y que proponen maneras de cambiarlos.

Revisión de estrategias para la promoción de la lactancia materna

Las estrategias exitosas para promover la LME contemplan diversos factores:

- Tiempo: sabiendo que muchas mujeres toman la decisión de amamantar desde antes de dar a luz, gran parte de las intervenciones son realizadas en la etapa prenatal
- Apoyo de pares: el reforzamiento del apoyo a la lactancia por parte de pares y profesionales de la salud, ya sea de manera conjunta o por separado[59]
- Educación: *Ho y Harold* argumentan que la educación tiene un impacto positivo en la lactancia. La educación prenatal en lactancia se ha propuesto como una estrategia útil para reducir los problemas relacionados con la falta de apego, daño a los pezones, confusión y dolor al iniciar el amamantamiento. Sin embargo, la educación por sí sola no es suficiente para asegurar que una mujer inicie la lactancia y en algunos casos no se sabe a ciencia cierta si se debe a la estrategia educativa o a la predisposición de la madre hacia la lactancia.[74]

De manera resumida, las intervenciones exitosas suelen componerse de los siguientes aspectos: intervención de manera temprana, educación perinatal y apoyo de pares y profesionales de salud. Las estrategias basadas en la modificación del comportamiento, incrementando la frecuencia y duración de la lactancia materna, pueden favorecer la producción de leche de manera indirecta, así como reducir la introducción de fórmulas lácteas.[75]

Uno de los principios para el éxito de una campaña de mercadotecnia social es tomar ventaja de experiencias (campañas) anteriores que han tenido éxito y cuyo impacto se ha podido comprobar.

Por esta razón, a continuación se presenta una ***revisión de experiencias para promover la LM a través de la mercadotecnia social.***

Específicamente hablando de lactancia, se ha demostrado que un acercamiento con la mercadotecnia social, que incluya intervenciones para aumentar la sensibilización, logra una mejora en los tiempos de inicio y duración de la lactancia, al mismo tiempo que mejora las percepciones de la sociedad hacia la lactancia.

Los *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) realizaron una revisión sistemática, junto con el Centro Cochrane, sobre estrategias de promoción de LM; entre sus resultados se recomienda el uso de diferentes enfoques simultáneamente para obtener un efecto de cambio sinérgico, particularmente apropiado para la lactancia ya que hay muchas barreras y dificultades involucradas.[68]

A continuación se presentan algunos de los programas exitosos para la promoción de la LM usando la metodología de la mercadotecnia social, a saber:

Babies were born to be breastfed

Es una campaña que forma parte de la *National Breastfeeding Awareness Campaign* en los Estados Unidos de América (EUA). Está orientada a los padres de familia primerizos, a través de televisión, radio, Internet y anuncios impresos, resaltando las posibles consecuencias para la salud del niño y la madre de no llevar a cabo LME al seno materno.

La meta de este programa fue incrementar el inicio de la LM y su exclusividad hasta los 6 meses de edad del lactante. Como parte de esta iniciativa se realizaron 18 proyectos comunitarios diferentes para proveer servicios de apoyo a la lactancia, grupos de ayuda para el fortalecimiento de redes sociales, con alcance en medios locales.[68]

National Breastfeeding Media Watch

Realizado por el Departamento de Salud de Texas, en el cual se monitorean las menciones positivas y negativas de la lactancia y la leche a base de fórmulas lácteas en medios masivos. El objetivo del programa es dar más referencias positivas de la lactancia en los medios y que eso empiece a moldear la visión de la sociedad en favor de la lactancia.[68]

Loving support makes breastfeeding work (Proyecto Nacional WIC para la promoción de la Lactancia)

Es el Programa Nacional para la Promoción de la Lactancia como parte del Programa WIC (*Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children*, del Departamento de Agricultura, EUA). Es un programa que usa la mercadotecnia social e incluye materiales para la sensibilización pública, material impreso informativo, promocionales para diversas audiencias, entrenamiento de promotores, consejeros comunitarios y el desarrollo de habilidades, así como soporte técnico para quienes implementarán la estrategia.[68]

- Este programa posicionó los beneficios tradicionales de la LM para enfatizar un nuevo producto o beneficio: "lazo familiar desde el parto"
- El precio emocional de la lactancia fue abordado a través de un programa de asesorías para ayudar a las madres a lidiar con estos conflictos (pena)
- Como plaza, se eligieron hospitales y hogares, centrándose en intermediarios clave
- Para la promoción, los medios de comunicación masivos constituyeron la mayor parte de la estrategia.

En la evaluación de este programa los resultados preliminares mostraron un gran éxito, tanto en las tasas de lactancia como en los cambios de actitud y concientización respecto a la lactancia materna. La evaluación se basó en una encuesta a las participantes del programa WIC, aplicada inmediatamente después de la campaña y 4 meses después de haber concluido, observándose lo siguiente:

- Incremento en las tasas de lactancia (57.8% a 64.4% 6 meses después, incrementando hasta 65.1% 1 año después)

- Incremento en la duración de la lactancia. % basad de mujeres que dan leche materna por 6 meses era de 20.4%, y 6 meses después del programa fue de 29.3% y 32.2% 1 año después

- Aumento de apoyo de familiares y amigos: el apoyo de la madre de la mujer lactando cambió de 35.2% a 53%, el apoyo del esposo o novio incrementó de 47.7% a 53%, el de amigos o familiares incrementó de 48.8% a 51.1%[76]

Ahora, además de revisar las estrategias exitosas, como parte del proceso de mercadotecnia social se debe comprender qué es la conducta y los factores que interfieren en el cambio de ésta. Esto dará la

pauta sobre la forma en que se deben conducir los mensajes y la campaña, en general, para lograr realmente un cambio de conducta.

Con base en la información previamente mencionada, a continuación se planteará el problema observado, los objetivos y la forma en que se llevó a cabo este proyecto.

Planteamiento del problema

La leche materna es fundamental para los seres humanos, tanto en sus primeras horas de vida como en los meses subsecuentes. Su oferta temprana exclusiva y la demanda del recién nacido garantizan a la madre la estimulación necesaria para una óptima producción de leche durante los 6 meses que recomiendan diversos organismos internacionales. Dicha recomendación se basa en la evidencia de su contribución a un buen crecimiento y desarrollo del sistema nervioso central, un mejor desarrollo psicomotor, así como al estímulo y fortalecimiento del sistema inmunológico del recién nacido, y otros múltiples beneficios para la madre.

A pesar de la legislación existente y los esfuerzos por enfatizar la importancia de dicha práctica, menos de 40% de los menores de 6 meses de edad son alimentados exclusivamente con leche materna (OMS) y en México, la situación no es diferente.[11] El promedio de duración de LME es de 1.8 meses. Menos de 5% de las mujeres lleva a cabo la recomendación oficial, sin incrementos en la última década (ENSANUT 2006).

Las razones de esto son múltiples e incluyen la influencia social, normas culturales, problemas clínicos, tipo de servicios del centro de salud y la necesidad de mayor preparación de los profesionales de la salud. Además, no podemos olvidar la creciente oferta de fórmulas infantiles o sucedáneos de leche materna y la poca información que tienen las madres adolescentes para tomar una decisión informada a tiempo.

La lactancia juega un rol importante en la salud pública del país al promover equidad, salud, y prevenir enfermedades en la madre y su hijo. Si bien es importante promover la iniciación de la lactancia, es aún más importante promover su exclusividad durante 6 meses, que es cuando se observan los mayores beneficios a corto y largo plazo. De no tomar medidas al respecto, se estará limitando a los bebés y a sus madres para obtener los beneficios que otorga la práctica adecuada de la lactancia materna.

Por ello, proyectos que promuevan la alimentación exclusiva al seno materno deben ser prioridad en diferentes niveles de atención, asegurando así un mejor inicio de la vida a los niños, independiente de las condiciones de vida de cada madre.

Pregunta de investigación:

¿Una intervención basada en la mercadotecnia social aumentará la iniciación de lactancia y duración de LME en adolescentes?

Justificación

En la población de Santo Tomás Ajusco, donde el embarazo adolescente es un problema sentido por la población, por ahora, es difícil precisar cuáles y cómo son las prácticas de LM debido a que no se recopila sistemáticamente información de las madres posterior a la detección de su embarazo, ni de los patrones de alimentación del bebé. Para el desarrollo de este proyecto, en su primera fase, se aplicó un cuestionario de creencias, actitudes y prácticas, que permitió identificar cómo son las prácticas de LM, así como los conocimientos y actitudes hacia la misma, para finalmente diseñar una campaña basada en mercadotecnia social que promueva y genere una mejor y mayor práctica de LME.

Por más sencilla que pudiera ser, la decisión de amamantar es muy personal y de suma trascendencia; sin duda, de las primeras que deberá tomar la madre. Esta acción se dificulta cuando no se tiene la información suficiente, cuando la publicidad de fórmulas lácteas infantiles es más fuerte que la propia promoción de la LM y aún más cuando el ambiente social dificulta la práctica. El desarrollo de este proyecto permitirá, además, proveer a las madres adolescentes con información sobre los beneficios de la LME y consejos y grupos de ayuda que les permitan sentirse más confiadas en dicha práctica, para que puedan llevarla a cabo por el tiempo adecuado. Aunado a ello, este proyecto puede ser la base de un programa definido y estandarizado de promoción de la lactancia.

Por otro lado, hablando del recién nacido, la etapa prenatal y los 2 primeros años de vida del niño son considerado como una "ventana de oportunidad" para prevenir la mortalidad infantil atribuible a la desnutrición. Por ello, hay una gran necesidad de intervenir desde el embarazo y la lactancia, para lograr un óptimo estado de nutrición, crecimiento y desarrollo del niño, con impacto positivo a lo largo de su vida, con el objetivo de formar adultos más sanos y con mayor oportunidad de tener una vida exitosa y plena.

Por lo anterior, se propone realizar una intervención, con base en la mercadotecnia social y las teorías de cambio de comportamiento, así como en la previa comprensión de los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la lactancia, de manera que permita promover la LME como forma ideal de alimentación para el recién nacido, aumentar la tasa de iniciación de lactancia y la duración de la misma y favorecer a los pequeños y a sus madres con los beneficios de la leche materna.

Objetivos

Objetivo general

Diseñar una propuesta de intervención mediante una campaña de mercadotecnia social que promueva en las adolescentes embarazadas una LME por 6 meses, con el fin de lograr mayores tasas de iniciación y duración de la lactancia en los recién nacidos de la población de Santo Tomás Ajusco, en la delegación Tlalpan, México, D. F.

Objetivos específicos

- Identificar conocimientos, actitudes y prácticas de la LM en la población del estudio
- Identificar los patrones de lactancia materna y LME en madres adolescentes, así como la tasa de iniciación de lactancia y la duración promedio de la misma
- Identificar las fuentes y medios de información en salud más usados y más confiables para las adolescentes, para proponer los mejores medios de aplicación de la campaña

- Establecer los mensajes clave para la promoción de LM en las adolescentes embarazadas de Santo Tomás Ajusco
- Identificar cuáles técnicas de comunicación son las más adecuadas para la intervención y la comunicación en salud hacia adolescentes
- Determinar acciones alternas que permitan el reforzamiento de la campaña en la población objetivo

Capítulo 4: Material y Método

Diseño del estudio

El estudio a realizar es descriptivo transversal; pretende identificar las creencias, actitudes y prácticas de la lactancia materna, su frecuencia y duración en caso de haber tenido experiencias previas, así como los mejores medios para proponer una campaña de mercadotecnia social que promueva la LME en las adolescentes de Santo Tomás Ajusco.

El estudio consta de dos fases:

1. Diagnóstico previo mediante un cuestionario CAP, que permita identificar conocimientos, actitudes y prácticas (duración, tasa de iniciación y patrones de lactancia, conocimiento percibido de beneficios y desventajas, y emociones que giran en torno a la lactancia).

   Dentro de esta fase de elaboraron la guía de aplicación y el cuestionario a aplicarse. Se llevaron a cabo sesiones informativas del estudio a las autoridades principales y se determinaron los mejores horarios para aplicar los cuestionarios. Esta etapa culmina con el análisis del cuestionario, tanto cualitativa como cuantitativamente.

2. Diseño de campaña: definición de mensajes clave y realización de la propuesta de campaña. Durante esta etapa se definieron los mensajes clave y las acciones que acompañarán a la campaña a modo de reforzamiento.

Población y muestra

Población de estudio

Adolescentes embarazadas de entre 12 a 19 años de edad, que realizan su control prenatal en el Centro de Salud “Dr. Gerardo Varela Mariscal”, en Santo Tomás Ajusco, que da servicio a toda mujer embarazada de la zona del Ajusco.

Criterios de Selección

Criterios de inclusión

- Mujeres embarazadas primigestas o multigestas de entre 12 a 19 años de edad, independientemente de su estado civil
- Nivel mínimo de estudios: primaria, que sepan leer y escribir para que puedan contestar la encuesta
- Que sean habitantes de Santo Tomás Ajusco

Criterios de exclusión

Se excluirán del análisis a las mujeres que tengan un trabajo de tiempo completo y con remuneración (no negocio familiar), que hayan tenido un embarazo previo reciente que haya terminado en aborto o defectos del nacimiento, ya que sus percepciones y prácticas pueden ser muy diferentes a las de la mayor parte del segmento a estudiar.

Muestreo y tamaño de muestra

Se seleccionará a aquellas adolescentes embarazadas que deseen participar voluntariamente y que al momento de aplicar la encuesta se encuentren en el centro de salud.

Muestra:

Cálculo de tamaño de muestra para aplicación de cuestionarios. *N*=75

***N*= $(Z^2\ p\ (1\text{-}p))/e^2$**

***n*=** Tamaño de muestra

***p*=** Proporción de adolescentes que realizan LME por 6 meses = 23%

***e*=** error máximo permitido 0.10*

***Z*=** Desviación estándar que corresponde al 5% de nivel de significancia estadística 1.96

N= $(1.96^2$ x .23 (1-.23))/ 0.10^2

N= 3.8416 x .1771 /0.01

N= 68+ 10% de no respuesta= **75**

*** Error permitido de 1%, ya que el interés es identificar los atributos más frecuentes, no los más pequeños**

Determinación del lugar de encuesta

Se determinó el siguiente lugar para la aplicación de la encuesta: Centro de Salud "Dr. Gerardo Varela Mariscal".

Instrumentos de recolección de datos

Encuesta

Diseño del cuestionario

La elaboración y diseño del cuestionario contemplan tres pasos:

Paso I. Construcción inicial. Para esto se realizó una amplia revisión de literatura en relación con las creencias, actitudes y prácticas de la LM en adolescentes, así como estudios que demuestran las barreras y los beneficios pericbidos por las adolescentes.

Por otro lado, se tomó como ejemplo los cuestionarios previamente realizados para la determinación, como el *Infant Feeding Survey* (National Health System, UK), *Infant Feeding Practices, Attitudes and Demographic Characteristics* (*Special Supplemental Food Program for Women, Infants, and Children* - WIC-), *The National Infant Feeding* (University of Dublin, 2008) y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, sección 6 (INSP). Con base en éstos se seleccionó el contenido y se contruyeron los reactivos que formaron parte del cuestionario.

Paso II. Validación del contenido con comité de proyecto. Se revisaron cada una de las preguntas y la estructura completa del cuestionario, para ser aplicado.

Paso III. Realización de prueba piloto en población similar.

Para la prueba piloto se aplicó el cuestionario en el Hospital Materno Infantil de Topilejo y en el Instituto Nacional de Perinatología, a 20 adolescentes.

Al validar el cuestionario con una población similar a la del estudio, se realizaron algunas modificaciones de redacción en cuatro preguntas, y se cambiaron algunas palabras de un lenguaje técnico a uno más

comprensible para el grupo de edad en tres preguntas más. Así mismo, se ajustaron posibles respuestas a dos preguntas del cuestionario, y se agregaron dos preguntas referentes a prácticas de lactancia.

Esta prueba piloto permitió construir un cuestionario estructurado a administrarse por entrevista personal, con 33 preguntas totales. Cinco pregunas son abiertas y 28 son cerradas, de opción múltiple. Del total de las preguntas:

- ocho se refieren a aspectos sociodemográficos
- tres, a preferencia de medios de comunicación
- siete, a conocimientos de lactancia
- cinco, acerca de actitudes y percepciones sobre la lactancia
- diez, sobre la práctica de lactancia

Variables de estudio

Las variables del estudio se determinaron con el objeto de realizar una propuesta de intervención para promover la LME en adolescentes.

Estas variables son:

- Variables independientes: escolaridad, ocupación, número de hijos, prácticas previas de lactancia, conocimientos de lactancia, semanas de gestación, actitud hacia la lactancia
- Variables dependientes: LME, campaña de mercadotecnia social

Capítulo 5. Manejo y Análisis de Datos. Etapa 1.Pre -intervención

Recolección de datos

Aplicación de la encuesta

Se aplicó el cuestionario semiestructurado de 33 preguntas, cerradas/abiertas, durante los meses de mayo a julio de 2012 en el Centro de Salud "Dr. Gerardo Varela Mariscal".

Análisis de datos

El análisis de los datos fue cualitativo y cuantitativo. Dentro de este último se consideró:

Estadística descriptiva: análisis univariado

- Distribución de frecuencias: elaboración de gráficos de barras y pasteles
- Medidas de tendencia central y de dispersión: medias y desviación estándar

El cuestionario fue analizado dependiendo de los conceptos a identificar, resaltando los siguientes apartados:

1. Identificación de las fuentes de información en salud más usadas y confiables para las adolescentes embarazadas. Tres preguntas nos permitirán identificar cuáles son los medios más usados al momento de buscar información en salud, así como cuáles son los más útiles y en los que más confían.
2. Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de la LM en adolescentes embarazadas. Se cuenta con siete preguntas con las que se pretende identificar los conocimientos sobre la leche materna, la alimentación del recién nacido y la lactancia materna.

   En 10 de las preguntas se hace alusión a experiencias anteriores, en caso de haberlas, para poder comprender las prácticas llevadas a cabo. Se inicia con la identificación del tipo de alimentación que se dio previamente (leche materna o fórmula), seguido de cómo dar leche materna, duración e inicio de lactancia, molestias más frecuentes y cómo lo resuelven.
3. Finalmente, cinco de las preguntas permiten identificar la actitud hacia la LM y las prácticas relacionadas con ésta. En esta sección se identifican las razones por las que decidirían dar o no leche materna, las emociones y motivadores hacia dicha práctica.

Resultados. Encuesta conocimientos, actitudes y prácticas hacia la lactancia materna

Se realizó una encuesta de creencias, actitudes y prácticas de la LM en adolescentes embarazadas de entre 12 a 19 años de edad, en el CSGVM de Santo Tomás Ajusco, y se analizaron los resultados en agosto de 2012.

Los cuestionarios se aplicaron en el turno matutino y vespertino, entre semana y en fines de semana, a mujeres que asistieron al CSGVM, que confirmaron ser atendidas en el mismo y ser habitantes de Santo Tomás Ajusco.

La encuesta consta de cuatro partes:

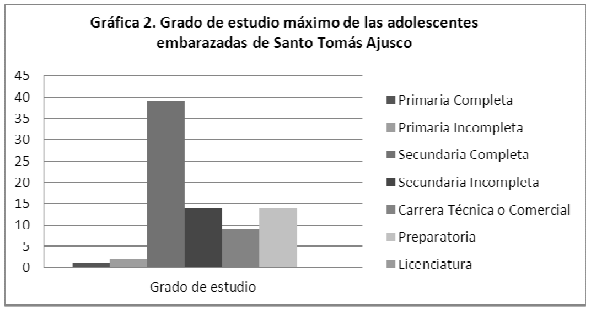
1. Aspectos sociodemográficos
2. Conocimientos
3. Prácticas
4. Actitudes

Se obtuvieron 84 cuestionarios, de los cuales se eliminaron tres por estar incompletos en más de 50%, y dos por corresponder a personas de edad mayor a la especificada en los criterios de inclusión; se analizaron un total de 79 cuestionarios. Los resultados más importantes son los siguientes:

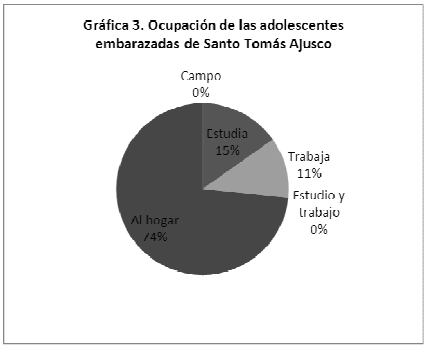
1. Aspectos sociodemográficos

El promedio de edad de las encuestadas fue de 17.6 años (la más pequeña reportó tener 13 años). Para 81% (*n*=64) es su primer embarazo y 19% (*n*=15) ya ha experimentado el embarazo previamente, con promedio de un hijo. Las encuestadas embarazadas, en promedio, contaron con 18 semanas de gestación.

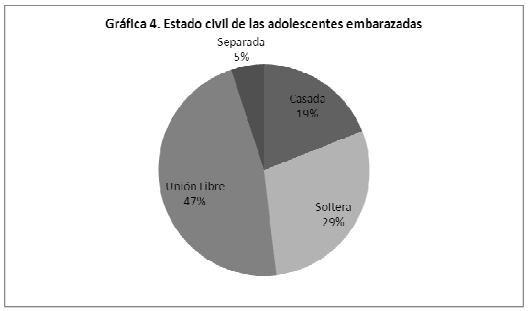
Como se muestra en la Gráfica 2, en las adolescentes embarazadas encuestadas, 49% (*n*=39) completó la escuela secundaria, mientras que 18% (*n*=14) cuenta con secundaria incompleta. Únicamente 18% (*n*=14) terminó la preparatoria y 11%, carrera técnica.



De esta población, 73% (*n*=58) se dedica al hogar y únicamente 15% estudia (*n*=12). Un 11% (*n*=9) de ellas trabaja en negocios familiares (Gráfica 3). Aunque la pregunta no fue considerada en el cuestionario, una gran parte de las encuestadas expresó que ya no regresarían a la escuela después del parto.



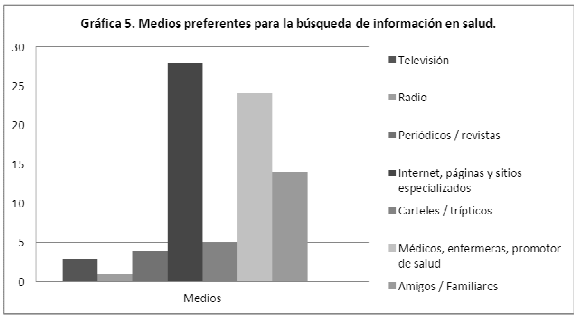
En relación al estado civil, 47% (*n*=37) reporta vivir en unión libre, 29% (*n*=23) es soltera y 19% (*n*=15) está casada (Gráfica 4).



El 52% (*n*=41) cuenta con el Seguro Popular, mientras que 46% (n=36) no cuenta con ningún tipo de seguro médico. Un 2% (*n*=2) cuenta con seguro médico privado como parte de beneficios laborales de sus padres. Ninguna de las encuestadas cuenta con IMSS, o ISSSTE, probablemente debido a que la mayor parte de las encuestas se realizó dentro del Centro de Salud, donde no necesitan estar incorporadas a estas instituciones de la seguridad social.

Para identificar acciones relacionadas con la información en salud, se abordó en particular los medios de búsqueda de información (gráfica 5) en salud y los principales actores involucrados en la obtención de la misma. Se encontró que los principales medios son:

- Internet o páginas Web
- Personal de salud, como médicos, enfermeras o promotoras de salud
- Amigos o familiares



Sin embargo, la fuente de información más confiable es el personal de salud (70%, *n*=55), seguido de amigos y familiares (13%, *n*=10)). El 9% (*n*=7) confía en carteles o trípticos desplegados en los centros de salud, mientras que los actores de confianza con el porcentaje más bajo son los medios masivos, como televisión (*n*=0), radio (*n*=1) y periódico (*n*=2).

Al momento de pedirles identificar la utilidad de diversas fuentes de información, clasificándolas como mucho, poco o nada útiles, se encontró que tanto la Internet, como los talleres grupales y los grupos de ayuda mutua son las fuentes consideradas más útiles (Tabla VI).

Tabla VI. Utilidad de fuentes de información en salud

Mucho	Poco	Nada
Internet	Televisión	Twitter
Talleres grupales	Radio	Facebook
Grupos de ayuda mutua	Periódicos	
	Revistas	
	Trípticos	
	Maestros	

El 86% (*n*=68) de las encuestadas cuenta con correo electrónico personal y, de éstas, 85% (*n*=58) estaría de acuerdo con recibir información sobre salud a través de su correo electrónico.

2. Conocimientos

Esta sección del cuestionario comprende los conocimientos que tienen las adolescentes sobre la lactancia, los beneficios de la leche materna y de la fórmula, así como del inicio de la alimentación complementaria.

El 97% (*n*=77) de las encuestadas considera que la mejor forma de alimentar a su bebé es con leche materna, (el 3% restante considera que es mejor la fórmula infantil láctea).

De acuerdo con sus conocimientos, la mayor parte de las adolescentes reporta que la leche materna se debe empezar a dar al bebé inmediatamente después del parto (80%, *n*=63) (Tabla VII), 94% (*n*=72) considera que el bebé debe tomar la primera leche que sale del pecho materno.

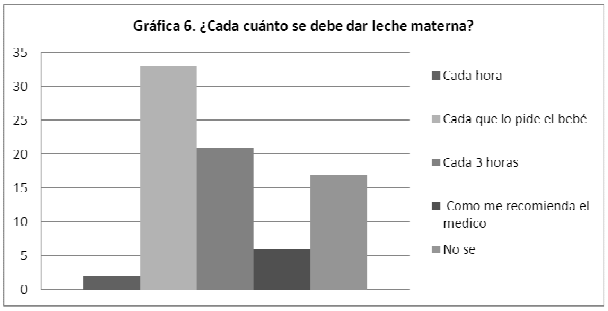
- "*Porque es la que más nutrientes tiene y hace que te salga más leche*"
- *"Tiene demasiadas proteínas"*
- *"Son calostros y les hace mejor"*

Tabla VII. ¿Cuándo se debe empezar a dar leche al bebé?	
Inmediatamente	80% (n=63)
A las 2 horas	17% (n=13)
Un día después	4% (n=3)
Varios días después	0% (n=0)
No se debe dar leche materna	0% (n=0)

Al preguntar acerca de los conocimientos sobre cómo dar leche materna, 65% (*n*=51) reportó contar con conocimientos sobre cómo dar leche; 45% (*n*=23) lo aprendió por instrucción de algún familiar (mamá, abuela, tía), mientras que 29% (*n*=15), de un promotor de salud en su clínica o médico, y 10% (*n*=5) a través de libros o folletos.

¿Cada cuánto se debe dar leche?

El 42% (*n*=33) de las embarazadas considera que la leche materna se debe dar cada que lo pide el bebé, mientras que 8% (*n*=6) depende de la recomendación que les dé el médico (Gráfica 6). Un 22% (*n*=17) no sabe cada cuánto se tiene que dar la leche materna.



Dentro de esta sección del cuestionario se abordó el concepto de la exclusividad de la lactancia. Un 57% (*n*=45) considera que se debe dar única y exclusivamente leche materna hasta los 6 meses de edad del bebé; 19% (*n*=15) considera que hasta el año de edad; 6% (*n*=5), que se debe dar leche hasta que se termine, y 9% (*n*=7) no sabe nada al respecto.

En relación con el inicio de la alimentación complementaria, 52% (*n*=41) sabe que se deben dar alimentos diferentes a la leche materna a partir de los 6 meses de edad, mientras que 35% (*n*=28) considera que a partir de los 4 meses.

3. Prácticas

Dentro de esta sección se realizaron preguntas que permitieron identificar cómo son las prácticas de alimentación del recién nacido, según la experiencia previa de algunas de las encuestadas.

Dentro del 19% (*n*=15) de encuestadas que ya tuvo hijos previamente, 80% (*n*=12) dio leche materna al bebé en algún momento, y 63% amamantó en combinación con fórmula láctea.

En total dieron leche materna por 8.4 meses en promedio, con mínimo de 10 días y máximo de 12 meses. La administración de leche materna no fue exclusiva en todo el período reportado. Las encuestadas informaron dar leche materna de forma exclusiva por 4.5 meses en promedio (mínimo 3 días, máximo 12 meses) (Tabla VIII).

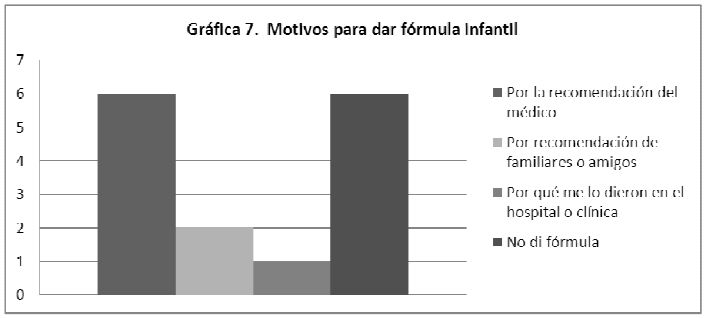
Tabla VIII. Frecuencia de Lactancia Materna y Lactancia Materna exclusiva

	Total	**Exclusiva**
Promedio	8.4 meses	4.5 meses
Mínimo	10 días	3 días
Máximo	12 meses	12 meses

Dentro de las encuestadas que cuentan con experiencia previa en relación a la LM (*n*=15), la principal razón para dar al bebé alimentos diferentes a la leche materna fue:

- Percibió que el bebé se quedaba con hambre, 67% (*n*=10)
- Porque se lo recomendó el médico, 36% (*n*=5)

Entre las mujeres que informaron haber dado fórmula (*n*=9) se mencionan como razones para hacerlo, en lugar de dar leche materna: por recomendación del médico, 40% (*n*=6); por recomendación de familiares o amigos, 13% (*n*=2) (Gráfica 7).



Por otro lado, 75% (*n*=9) de las mujeres que practicaron la lactancia previamente tuvo molestias al dar pecho. Las molestias más comunes reportadas por las adolescentes fueron:

- Dolor de pechos (33%, *n*=4)
- Pena al hacerlo frente a otros (33%, *n*=4)
- Pezones agrietados (25%, *n*=3)

Aunque estas molestias no forman parte de las razones por las que dejaron de dar leche materna, como se ve en la Tabla IX, es importante considerarlas como una posible barrera para iniciar o continuar la lactancia por más tiempo.

A continuación se muestran las razones que reportaron las adolescentes para dejar de dar leche materna:

Tabla IX. Motivos para interrumpir la lactancia	
Edad del bebé (ya estaba grande)	0% (*n*=0)
Rechazo del bebé	15% (*n*=2)
No salía leche	62% (*n*=8)
El bebé se quedaba con hambre	15% (*n*=2)
Porque no me deja trabajar	8% (*n*=1)

Al cuestionar específicamente sobre si percibieron tener leche materna suficiente o no, 56% (*n*=5) de las encuestadas percibió no tener leche materna suficiente en su embarazo anterior, y dos mujeres decidieron interrumpir la lactancia por esta razón.

Al percibir no tener leche suficiente, decidieron tomar las siguientes acciones: 42% (*n*=5) inició la administración de otros líquidos, como té, agua o jugos; 33% (*n*=4) decidió dar fórmula, y 25% (*n*=3) se dio masaje en los pechos

.

4. Actitudes

El 97% (*n*=77) de las embarazadas considera que la mejor forma de alimentar a su bebé es con leche materna. Un 96% (*n*=76) está dispuesta a dar pecho en este embarazo. Las razones principales son las siguientes:

- ***"Porque le hace bien al bebé" (*** 16 años***,*** 12 semanas de embarazo)
- ***Para que tenga un desarrollo mejor"*** (14 años, 25 semanas de embarazo)
- ***"Porque quiero que mi hijo sea sano"(***19 años, 35 semanas de embarazo)
- ***" Para que sea más fuerte y no se enferme" (***17 años, 11 semanas de embarazo)

El mayor beneficio percibido de la leche materna es que ayuda al crecimiento y desarrollo del bebé (62%, *n*=49); 20% (*n*=16) lo relaciona con una mayor salud del bebé (evita que el bebé se enferme); 10% (*n*=8) menciona que esta práctica favorece la unión madre hijo, y 8% (*n*=6), que el bebé coma lo que necesita.

Al pedir identificar los sentimientos/emociones que acompañan a la lactancia materna, resaltan los siguientes: amor (49%, *n*=39, felicidad (30%, *n*=24) y sentirse realizada como mamá (19%, *n*=15).

En cuanto a lo que las motivaría, 73% (*n*=56) considera que "ver crecer sano al bebé" es su principal razón para dar leche materna.

Finalmente, se pidió explicar con palabras propias la razón por la cual preferirían dar leche materna en vez de fórmula. Dentro de las razones destacan las siguientes:

"Porque quiero ver crecer sano a mi bebé y sentirme realizada como mamá" 18 años, madre de 1 niña. 25 semanas de embarazo
"Por qué le hace mejor, crece un poco más rápido y me ayuda a mí también" 16 años, primeriza. 25 semanas de embarazo
"La leche materna tiene más proteínas que otra cosa" 19 años, primeriza. 30 semanas de embarazo
"La leche materna es muy nutritiva y me acerca a mi bebé" 16 años, primeriza. 37 semanas de embarazo
"Evita que se enfermen seguido" 15 años, primeriza. 10 semanas de embarazo

Discusión de resultados

A través de los resultados que arroja esta encuesta, nos dimos cuenta de que las jóvenes consideran a la Internet como una buena forma de buscar información; sin embargo, no confían plenamente en la información que pueden obtener. La Internet se aprecia como muy útil por las adolescentes, y considerando que una gran parte de ellas cuenta con correo electrónico y desea recibir información a través del mismo, se sugiere considerarlo como parte de los servicios de los centros de salud, que favorezcan el acercamiento con este grupo de edad, principalmente al hablar de temas que pueden ser difíciles de tratar personalmente, como la sexualidad, el embarazo o la lactancia materna.

Por otro lado, las adolescentes consideran como muy útiles los grupos de ayuda mutua. Estos grupos o sesiones de educación prenatal, coordinados por el personal de salud, con el objetivo de reunir y compartir experiencias entre generaciones (hermanas, madres, tías, abuelas) permitirán que las madres adolescentes adquieran conocimientos adecuados y oportunos sobre la práctica de la lactancia materna. Así mismo, debido a las características psicosociales de las adolescentes es importante que en estas sesiones se dé a conocer y se resalte de manera especial los beneficios de la LME a corto plazo.

El personal de salud se considera como un actor importante al momento de buscar información en salud. Por esto es de vital importancia reforzar los conocimientos del propio personal de salud, particularmente de los médicos, enfermeras y promotores de salud que den servicio a la adolescente durante el período prenatal sobre: a) la práctica correcta de la LME, y b) los beneficios de la LME en la madre y el hijo, para influenciar positivamente las decisiones relacionadas con las prácticas alimentarias en los primeros años de vida.

La mayoría de las mujeres encuestadas tiene conocimientos acertados sobre la forma de alimentación del recién nacido y la lactancia, la duración óptima y el tiempo recomendado para el inicio de la alimentación complementaria, aunque estos conceptos no están totalmente claros en todos los casos, y se ven sumamente influenciadas por la opinión de familiares y personal de salud.

Debido a la forma en que el estudio fue determinado, y por las características particulares del grupo de edad a estudiar, una pequeña cantidad de mujeres ya había estado expuesta a la LM previamente (n=15). Dentro de este grupo, un gran porcentaje practicó la LM (80%); sin embargo, ésta no necesariamente se lleva a cabo de forma exclusiva. Las mujeres encuestadas llevan a cabo LME por 4.5 meses, en contraste con la recomendación oficial de 6 meses. Podríamos asumir que el disponer de información básica no es suficiente para continuar la lactancia por más tiempo.

Las razones por las cuales se interrumpe la lactancia son varias, y están relacionadas con la necesidad de la madre por satisfacer las necesidades de su hijo. Es importante recalcar que entre las razones para interrumpir la lactancia no se mencionan las molestias ocasionadas por la misma. Sin embargo, sí podemos considerarlas como barreras importantes para la iniciación y la continuación de la lactancia materna. La percepción de *no tener leche suficiente* podría considerarse como la barrera más grande para decidir brindar leche de manera exclusiva y es un determinante para continuar o no con la lactancia.

La mayor parte de las adolescentes está dispuesta a dar leche materna al considerar que este alimento es lo mejor para el crecimiento y para evitar enfermedades del bebé, sin ser identificados los beneficios de la LM en la salud materna. Así mismo, la LM genera sentimientos en la madre, como amor, felicidad y el sentirse realizada como madre, todo esto con la principal motivación de ver crecer sano al bebé.

Capítulo 6. Método. Etapa 2. Propuesta de intervención

El desarrollo de la propuesta de campaña de mercadotecnia social conlleva los siguientes pasos:

1. Antecedentes y propósito

Es la base que nos permite desarrollar un plan adecuado y enfocado en una audiencia en particular. Esta parte del modelo de la campaña de mercadotecnia social en salud fue desarrollado de una manera más amplia en los primeros capítulos de este documento.

2. Análisis de la situación (FODA)

Este análisis se lleva a cabo por medio de una Matriz FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas), la cual provee la información necesaria para la planeación de la campaña, y para la implementación de acciones y medidas correctivas.

Se analizan las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas tomando en cuenta las influencias internas y externas, ya que pueden favorecer o poner en riesgo el cumplimiento de los objetivos y la misión del proyecto. Las categorías que se analizan son: situación económica, política, demográfica, tecnológica, sociocultural, de género, entre otras.

Tabla X. Análisis situacional (FODA)

MATRIZ FODA	Fortalezas (F)	Debilidades (D)
	Diseñada a partir de los conocimientos, actitudes y prácticas existentes	Diseñado para adolescentes de zonas semi urbanas
	Refuerza los beneficios de la lactancia materna en la madre y el bebé	Necesita constante monitoreo y evaluación
	Tiene un componente educativo	
	Enfocada en adolescentes	Puede ser de alto costo
	Motiva la reflexión al cambio de comportamiento	Los mensajes pueden no ser comprendidos por las adolescentes
	Uso de medios de comunicación social atractivos para adolescentes	Las adolescentes tienen poca habilidad para tomar decisiones con visión a largo plazo
	Disminución de las barreras hacia la lactancia	Dificultad en la medición de retorno de inversión a corto plazo
Oportunidades (O)	**Estrategia FO**	**Estrategia DO**
La lactancia es un tema de interés en la agenda pública nacional	Contar con el apoyo de los servicios de salud y autoridades locales	Trabajar con alianzas estrategicas que pemritan disminuir los costos de la camapaña
Las adolescentes impactadas serán ejemplo claro para futuras adolescentes en la misma situación	Se usarán medios de comunicación de confianza para las adolescentes y accesible	Es un tema de interes para las adolescentes embarazadas. (adolescentes como factor de cambio)
Puede ser replicada en comunidades similares y en diferentes grupos de edad	Reforzar los beneficios a corto plazo de la leche materna	Fortalecer los beneficios a corto plazo y las redes de apoyo
Fortalece las redes sociales de apoyo a la madre y el hijo	Las Intervenciones prenatales tienen mayor influencia para la toma de decisión del método de alimentación del bebé	Promover la implementación, monitoreo y evaluación de la campaña como parte de proyecto de titulación futuro de la MSP
Popularmente se clasifica a la leche materna como la mejor forma de alimentación para el bebé		
Interés por parte de alguna organización, fundación o servicio de salud para dar seguimiento al programa		
Amenazas (A)	**Estrategia FA**	**Estrategia DA**
Hablar de la lactancia puede ser incomoda entre adolescentes	Reforzar la importancia de intervenciones en salud para adolescentes	Diseñado para adolescentes semi urbanos con opción para adaptarse a otros grupos de edad
Mala o poca capacitación del personal de salud	Reforzar los beneficios de la lactancia en todo el personal de salud	Emplear mensajes que motiven a la madre emocionalmente a elegir la lactancia materna
Poco interes y tiempo del personal de salud para dar continudad a la campaña	Promover los beneficios de la leche materna vs leche en formula	Sensibilizar previamente al personal de salud
Promoción de fórmulas lácteas en los centros de salud o maternidades	Politicas de lactancia materna como base para exigir cambios en los servicios de salud maternos	Se deberá emplear un lenguaje sencillo, coloquial y respetuoso
Hospital o clínica no certificado como amigo de la madre		
Desinteres para promover la lactancia		

3. Audiencia

La audiencia elegida se define de la siguiente manera:

Audiencia primaria: adolescentes embarazadas de Santo Tomás Ajusco, estudiantes o no, que no trabajen ni perciban un salario por ello, independientemente de su estado civil.

Audiencia secundaria: pareja, padres de familia, amigos, personal de salud, maestros, líderes comunitarios y tomadores de decisiones de salud.

4. Propósito de la campaña

El propósito de la campaña de mercadotecnia social es motivar el cambio de la conducta, prefiriendo la LME como forma de alimentación de los recién nacidos, así como aumentar el conocimiento y mejorar las percepciones y actitudes hacia la LME.

a. Objetivos de la campaña

i. General

Proponer una campaña de mercadotecnia social en salud para motivar a las adolescentes a practicar LME por 6 meses

ii. Específicos

Para que la campaña realmente se enfoque en promover el cambio, se deben generar objetivos que influyan en el conocimiento, el comportamiento y las creencias. A continuación se presentan los objetivos específicos de esta campaña:

1. Informar veraz y oportunamente a las madres adolescentes sobre los beneficios de la LME para su hijo y para ellas mismas
2. Educar adecuadamente sobre las prácticas correctas de lactancia materna
3. Proveer orientación que permita disminuir la percepción de las principales barreras hacia la lactancia materna

4. Fomentar un ambiente donde las adolescentes puedan recibir información de experiencias exitosas dando leche materna, así como los sentimientos relacionados y la forma en que la LME ha beneficiado a otras madres de diferentes generaciones

5. Promover el apoyo de pareja y familia en la práctica de la lactancia

5. Barreras y beneficios

Tabla XI. Barreras y beneficios de LME y sus principales competidores: fórmula infantil y otros líquidos

	LME	**Fórmula u otros líquidos**
Barreras/ Costo	No tener leche suficiente Pena al hacerlo frente a otros Pezones agrietados Dolor de pechos	El costo monetario es elevado Requiere de preparación e higiene extra No es lo mejor para el bebé
Beneficios	Ayuda al crecimiento y desarrollo del bebé Evitar enfermedades en el bebé Favorecer la unión madre-hijo El bebé come lo que necesita	Puede realizarse enfrente de todos La alimentación con biberón es más práctica El bebé se queda lleno más tiempo El bebé come mejor (más) y en horarios establecidos y controlados por la madre

6. Postura de posicionamiento

Esta campaña posicionará los beneficios en la salud atribuidos a la LME. Nuestra postura de posicionamiento es la siguiente:

"Queremos que las adolescentes embarazadas de Santo Tomás Ajusco vean a la LME por 6 meses como la mejor forma de nutrir a su bebé y cuidarlos de las enfermedades, creando un fuerte lazo madre- hijo, y que se considere a ésta práctica como más importante y benéfico que la leche materna y otros líquidos."

7. Estrategia mercadológica (Marketing Mix/ 4 P´s)

PRODUCTO

Producto: LME por 6 meses para favorecer la salud y la unión de la madre e hijo.

Producto aumentado: educación sobre LME a profesionales de la salud.

PRECIO/ COSTO

Monetario: no existe un costo económico, ya que la leche materna no genera costo alguno y podría llegar a representar una disminución en gastos relacionados con enfermedades, tanto maternas como del hijo, así como con la compra de fórmula infantil.

No monetario: el dar leche materna exclusiva puede generar incomodidad en la madre, tanto por el hecho de hacerlo frente a otros, como por el tener que preguntar a otras personas sobre cómo hacerlo. También implica tener menos tiempo para salir con amigos y dificulta llevar la vida social que llevaban antes de dar a luz. Además, las adolescentes tienen dificultad para percibir las consecuencias de sus actos a largo plazo, por lo que les será difícil apreciar los beneficios de la lactancia. El costo psicosocial se resume en:

- Rechazo del bebé
- Pena al hacerlo frente a otros
- Tiempo invertido en amamantar

Para tener éxito con la campaña es necesario que el público objetivo pueda identificar el costo-beneficio de adoptar el nuevo hábito. Por esta razón debemos enfocarnos en los beneficios que se obtendrán. En este caso los beneficios más grandes serían el ahorro monetario al no comprar fórmulas lácteas, gastar menos para trasladarse a las consultas o para esperar en el centro de salud. Otro beneficio sería el incremento en el apoyo que tendrían por parte de sus familiares. La campaña puede dar a la nueva madre confianza y seguridad en esta etapa de su vida.

PLAZA: es el lugar a donde la audiencia objetivo acude y realiza prácticas específicas, o el espacio en el que podrá aprender la nueva conducta y los servicios asociados a ésta. Los lugares ideales para la promoción de la campaña son:

Centro de salud “Dr. Gerardo Varela Mariscal”

Un punto que se sugiere para el contacto con las adolescentes sería a través de medios electrónicos ubicados en los centros de salud, donde no solamente se recibieran y contestaran dudas, sino que también pudieran enviarse a sus correos electrónicos para solicitar la información en salud (consejos, información de pláticas, citas, material educativo, entre otros) de manera confidencial.

Centros de convivencia locales:

- Plaza del centro de Santo Tomás Ajusco
- Iglesia de Santo Tomás
- Canchas de basquetbol de plaza principal

El otorgar información en centros de convivencia locales permitirá una mayor aceptación social de la lactancia, reforzando en la madre su importancia y disminuyendo sus barreras principales.

PROMOCIÓN: consiste en el uso integrado de estrategias de comunicación, así como en elaborar y definir los mensajes a transmitir y los canales de distribución. En esta etapa se definen los mensajes y los medios para comunicarlos.

Mensaje madre:

Alimentar con leche materna de forma exclusiva por 6 meses hace que el bebé obtenga todos los nutrimentos que necesita, sin generar un costo ni tiempo extra de preparación, mientras previene que se enfermen y favorece la unión madre-hijo.

El mensaje madre deberá ser compartido con una agencia especializada en comunicación para que defina el mapa de mensajes y la propuesta gráfica, adaptando el tono y el lenguaje acorde al grupo de edad, reforzando en cada uno de ellos los valores y la salud.

Las propuestas de lema para la campaña son:

- Haz que tu bebé crezca con amor y con buena alimentación: dale leche materna
- Alimenta a tu bebé con amor, da leche materna
- Alimenta a tu bebé únicamente con leche materna, le pasarás todo tu amor
- Para que esté muy sano, aliméntalo con leche materna por 6 meses. Tu bebé te lo agradecerá
- Su primer vacuna: leche materna
- Para tener bebés más alegres y sanos: leche materna

Los canales a través de los que se difundirán los mensajes se identificaron en la encuesta CAP, acorde con aquellos medios en los que las adolescentes confían más. Los canales seleccionados son:

- Carteles impresos
- Grupos de ayuda mutua
- Educación intergeneracional, reforzando con videos y testimoniales
- Pláticas y talleres
- Medios electrónicos: correo electrónico y kioskos virtuales electrónicos en centro de salud (el kiosko virtual será el lugar dentro del CSGVM donde se tenga una computadora con acceso a Internet, como medio para la comunicación de sexualidad, embarazo y lactancia, con las adolescentes)

Además de los siguientes medios, con los que se considera elemental reforzar mensajes en torno a la LM, a saber:

- Carnet de consultas con apartado de LM como requisito
- Eventos especiales, como ferias de salud o compañas de salud locales

Sin embargo, los mensajes y la propuesta gráfica deberían ser validados con la población objetivo y ajustados de acuerdo con los resultados de la validación.

Además, estos mensajes clave se reforzarán mediante actividades específicas: grupos de ayuda mutua y talleres, compartiendo agenda de trabajo con temas afines y relevantes para este grupo de edad:

- Salud sexual y reproductiva
- Cuidados perinatales
- ¿Qué es la lactancia?
- Beneficios de la lactancia en la madre y el hijo
- ¿Cómo reducir molestias de la lactancia?
- Taller: Consejos para dar leche materna, cómo, cada cuándo (educación entre pares)

8. Propuesta de evaluación y monitoreo de la campaña

El monitoreo se refiere a las mediciones de los resultados en el transcurso de la aplicación de la campaña. Se hace para determinar si las intervenciones planeadas han sido aplicadas y si su implementación se ha llevado a cabo de manera adecuada, para identificar si es necesario cambiar algún proceso que está obstaculizando la implementación y para asegurar la calidad de las actividades.

La evaluación de los resultados es la medición del éxito de los procesos aplicados que se llevan a cabo al final de la implementación del programa. Se evalúan tanto los procesos de implementación del programa como los que han afectado las creencias, actitudes y el comportamiento del público objetivo.

La evaluación del impacto muestra el cambio que va más allá de la modificación de comportamiento; mide cambios en la salud de la población o cambios sociales en caso de que se haya logrado promover una política pública. Los resultados de impacto implícitamente se reflejan en la disminución de la morbilidad y la mortalidad de la población objetivo y, consecuentemente, en el mejoramiento de su calidad de vida y bienestar.

Es importante entender que una estrategia de mercadotecnia social en salud difícilmente dará resultados de impacto por sí misma. Estos resultados serán producto del conjunto de intervenciones de salud pública encaminado a disminuir algún factor de riesgo o a fortalecer hábitos saludables para preservar o mejorar la salud de una población determinada (Tabla XII).

Tabla XII. Indicadores a utilizar para el monitoreo y la evaluación

PROCESO	RESULTADO	IMPACTO
Público objetivo: % de adolescentes embarazadas que vio/ leyó el mensaje % de adolescentes embarazadas que entendió el mensaje «lema» % de personas que recuerda los mensajes de la campaña # de mensajes recordados	% de las embarazadas adolescentes que identifican los beneficios en madre e hijo de la LME % de embarazadas adolescentes que dan LME por 6 meses % de adolescentes embarazadas que inician lactancia materna exclusiva	Disminución en la razón de morbilidad materna infantil en la zona.
Medios: # de posters con mensajes impresos # de lugares con posters colocados # de flyers o trípticos repartidos # de kioskos electrónicos para solicitar información de embarazo y salud reproductiva	% de las adolescentes embarazadas que saben que hay grupos de ayuda mutua para la lactancia en los centros de salud % de adolescentes embarazadas que saben de la existencia de grupos de ayuda mutua en los centros de salud % de adolescentes embarazadas que identifican los posters como parte de la campaña	Aumento del número de adolescentes embarazadas que acuden al centro de salud a buscar información sobre lactancia y salud reproductiva
Comunidad: # Platicas - talleres impartidos # de grupos de ayuda mutua #de promotoras de salud y médicos capacitados para la promoción de la lactancia materna exclusiva # de mujeres de la comunidad capacitadas para educar sobre lactancia materna exclusiva	# de sesiones del grupo de ayuda mutua en cada centro de salud No. de convenios de colaboración, acuerdos, etc. para mejorar la atención de la emergencia obstétrica No. de ONG u otras instituciones que quieren participar	Aumento del número de adolescentes embarazadas que forman parte de grupos de ayuda en sus centros de salud

Propuesta de monitoreo y evaluación

Como primer paso, es esencial validar los mensajes que se utilizarán como parte de la campaña. Se deben evaluar los mensajes en su fondo y forma; es decir, la información o conceptos a transmitir, la redacción y las palabras usadas, la creatividad y la viabilidad del uso de los mensajes y materiales que se van a entregar antes de hacer su reproducción y difusión.

La **validación de mensajes y materiales** se hace principalmente con el público objetivo primario y secundario, mediante diferentes técnicas de evaluación cualitativa y cuantitativa: grupos focales, entrevistas, encuestas, entre otras, con la finalidad de que subconjuntos del público objetivo opinen sobre los contenidos, mensajes y diseños que se han trabajado antes de que éstos ingresen a la etapa final de producción.

Sin validación los productos de mercadotecnia social en salud corren el riesgo de ser ineficientes y desapegados de los objetivos y metas planteadas.

9. Presupuesto

El presupuesto para los programas de la prevención es limitado y las campañas se tienen que apoyar de diferentes fuentes de financiamiento. La propuesta radica en dar seguimiento constante a la campaña a modo de realizar los pasos subsecuentes hasta concluir con la evaluación de impacto.

El costo de la campaña de promoción de LM estará basado en las acciones básicas de la mercadotecnia social (4 P´s), sobre todo en lo referente al componente de la promoción (materiales impresos de la campaña, como el de apoyo para talleres, sesiones y capacitaciones, incentivos, videos cortos basados en testimoniales).

Para que esta campaña sea sustentable, se propone una fuente de financiamiento en dos esquemas:

1) Esquema de patrocinios: las empresas que desarrollan fórmulas infantiles, alimentos para bebés, o bien alimentos y bebidas enfocados en mujeres y mamás, pueden estar interesadas en patrocinar incentivos, material impreso y recursos materiales, como las computadoras para los módulos virtuales. La industria privada generalmente tiene presupuesto disponible para apoyar causas específicas en poblaciones que así lo requieren, ya sea con producto (galletas, botellas de agua, tollas para bebé, entre otros), o bien con recursos económicos.

2) Esquema de titulación/servicio: las universidades tienen la posibilidad de ofrecer a sus alumnos pasantías de servicio social o proyectos de titulación en localidades cercanas o dentro del DF, sin costo para quien recibe el servicio, ni remuneración al estudiante. De esta forma se está involucrando a jóvenes profesionistas en causas con necesidades específicas, en las que puede aprovechar al máximo sus conocimientos, y generar experiencia supervisada para ellos (Tabla XIII).

Tabla XIII. Financiamiento para la campaña			
Recurso	**Descripción**	**Cantidad**	**Costo total**
Promoción: Material	Estrategia de Comunicación Diseño de materiales impresos	 3 folletos / posters	** **
Material	Impresión de materiales impresos	1000 folletos 100 posters	$5, 000 * $15,000*
Material	Incentivos Papelería		* *
Material	Kiosko virtual para favorecer la comunicación con adolescentes	1 computadora de escritorio Plataforma virtual de contacto	$25, 000* **
Humano	Tesista de MSP que dé monitoreo y evaluación a la campaña (evaluación de mensajes y material impreso, desarrollo de material de apoyo para producto aumentado) Tesista de diseño que desarrolle y evalúe los materiales Tesista en sistemas que desarrolle la plataforma virtual de contacto	1 1 1	** ** **

*Esquema de patrocinio por parte de la Industria de alimentos y/o Farmacéutica

**Esquema de titulación con universidades seleccionadas (ITSM/UVM/UIA/INSP)

10. Plan de implementación

Este plan será la base a partir de la cual se definirán las acciones que forman parte de la campaña, de monitoreo y evaluación, así como los tiempos para realizarlas.

Una vez definido el esquema de financiamiento de la campaña completa, se concluirá el plan de implementación respondiendo a las preguntas: ¿Quién? ¿Qué? ¿Cuándo? ¿Cuánto?

Tabla XIV. Cronograma de actividades para la implementación de la estrategia de mercadotecnia social para promover LME

Actividad	Responsable	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	Costos
Desarrollo de la propuesta creativa (materiales, página web)	Tesista de comunicación visual y diseño digital								**
Organización del kiosko virtual en CS	Responsable de CSGVM								$25,000*
Capacitación para talleres de ayuda mutua	Tesista MSP								**
Validación de las propuestas creativas con los grupos focales	Practicante de comunicación visual								**
Ajustes a los materiales impresos, y la página web	Tesista de comunicación visual y diseño digital								**
Impresión de materiales, producción del video	Tesista de comunicación visual								$20,000*
Lanzamiento de la estrategia y de la página web	Tesista MSP								**
Aplicación de la estrategia	Tesista MSP								**
Evaluación	Tesista MSP								**

Conclusiones

El apoyo, protección y promoción de la LM en México es una de las acciones más costo-efectivas para mejorar la salud y supervivencia del niño menor de 2 años de edad. Su inclusión y mantenimiento en la agenda pública de salud será uno de los aciertos más eficaces en términos de salud pública.

Sin duda, la LM es un elemento clave para asegurar una buena salud en los años posteriores al nacimiento, y los adultos somos los responsables de apoyar en la adquisición de competencias necesarias para adaptarse a la maternidad y enfrentar los nuevos retos y responsabilidades. Especialmente al hablar de adolescentes embarazadas, que pasan por una nueva etapa de vida, en la cual ya no sólo ven por su salud sino también por la de su hijo.

Este proyecto se desarrolló con la intención de diseñar una campaña de mercadotecnia social que incidiera en una mejor y mayor práctica de LME, identificando factores clave como son las barreras, emociones y conocimientos, y destacando las oportunidades que se tienen en el área de salud para dialogar con adolescentes embarazadas en temas de salud, como la práctica de la lactancia.

Resalto como elemento clave de este proyecto dos aspectos: 1) la identificación de los motivos por los cuales se deja de practicar la LME; 2) identificación de las prácticas que compiten con ésta, como el uso de fórmulas lácteas infantiles y su intensa comercialización, que las posicionan en la mente de las madres, influyendo en la toma de decisiones, y 3) la calidad de la orientación otorgada por el personal de salud.

Construyendo sobre este punto, la perspectiva del actor parte de esa necesidad de saber cómo la persona piensa, percibe y construye simbólicamente el mundo. Esto da las pautas para comprender también por qué actúa de la manera en que lo hace y por qué toma ciertas decisiones. En este contexto, las campañas de mercadotecnia social identifican las necesidades de la población, sus barreras, los beneficios percibidos y el costo que están dispuestos a cubrir por esos beneficios.

Estas intervenciones deben estar apoyadas por un elemento educativo, que transforme el pensamiento, no sólo de las adolescentes, sino también de los profesionales de la salud, repercutiendo en gestiones que partan de políticas públicas saludables y den como resultado la creación de los servicios de salud amigables para las adolescentes embarazadas. Toda esta combinación da como resultado una estrategia totalmente enfocada y bien aceptada por el público, favoreciendo la adopción de la práctica de la LME.

En conclusión, las recomendaciones específicas son:

- Sensibilizar y educar al personal de salud sobre la importancia de la empatía y la comprensión de las características psicológicas en la adolescencia, para asegurar un mejor apego a los servicios de salud, vigilando aquellos aspectos que requieran atención particular, como la anemia, estado de nutrición y enfermedades de transmisión sexual
- Capacitación permanente del personal de salud en lactancia y alimentación complementaria a través de programas de educación continua
- Utilizar canales de comunicación que permitan y mejoren el diálogo entre el personal de salud y los usuarios de los servicios de salud
- Escuchar las necesidades de la población blanco y su perspectiva
- Crear alianzas estratégicas con líderes de opinión e instituciones, que permitan y promuevan la continuidad de los proyectos
- Involucrar a la industria privada, como un aliado para el financiamiento, o como partícipe por su experiencia en relaciones públicas y uso de medios masivos de comunicación, si se llegara a necesitar

Finalmente, la lactancia no sólo tiene importancia en el ámbito de la salud, sino también a nivel emocional. El lazo entre madre e hijo, el sentimiento de realización como madre y de sentir que se está dando al lactante justo lo que requiere hace que, madre e hijo, sientan confianza y seguridad.

Para ejemplificar este punto, dejo una frase que engloba la forma en que esta práctica trasciende, más allá de un simple ejercicio de alimentación:

Un recién nacido sólo demanda tres cosas: sentir el calor en los brazos de su madre, alimentarse de sus senos y seguridad sabiéndola presente. La lactancia materna satisface las tres demandas en una sola acción.

(Grantly Dick-Read)

Apéndices

A. Cuestionario CAP

FOLIO:_____
Localidad: _____
Semanas de embarazo:_____
Años cumplidos:

Cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas de la lactancia materna en Adolescentes Embarazadas

Este cuestionario permitirá saber lo que opina sobre la lactancia materna, sus conocimientos y cómo la lleva a cabo. La información que nos proporcione es confidencial y anónima.

Gracias por su apoyo al contestar este cuestionario.

Marqué con "X" la respuesta correcta

1.¿Hasta qué grado estudio?
I__Ia. Primaria Completa
I__I b. Primaria Incompleta
I__I c. Secundaria Completa
I__I d. Secundaria Incompleta
I__I e. Carrera Técnica o Comercial
I__I f. Preparatoria
I__I g. Licenciatura

2.¿A qué se dedica?
I__I a. Estudio
I__I b. Trabajo
I__I c. Estudio y trabajo
I__I d. Al hogar
I__I e. Campo con remuneración
I__I f. Campo sin remuneración
I__I g. No trabajo
I__I h. Otra:_____

3. ¿Cuál es su estado civil?
I__I a. Casada
I__I b. Soltera
I__I c. Unión Libre
I__I d. Separada
I__I e. Divorciada
I__I f. Viuda

4. ¿Tiene alguno de los siguientes seguros médicos?

I__I a. IMSS
I__I b. ISSSTE
I__I c. Seguro Popular
I__I d. No tengo seguro médico
I__Ie. Otro:_____

5. Es su primer embarazo?
I__I a. Si ---
I__I b. No -

6.¿Tiene hijos?

I__I a. Si.
¿Cuántos?___
I__I b. No

7. Cuándo usted quiere informarse sobre algún tema de salud, ¿En dónde busca ésta información?
Puede marcar más de una opción

I__I a. Television
I__I b. Radio
I__I c. Periódicos / revistas
I__I d. Internet, páginas y sitios especializados
I__I e. Carteles / trípticos
I__I f. Médicos, enfermeras, promotor de salud
I__I g. Amigos / Familiares
I__I h. Maestros
I__I i. Otro. ¿Cuál?_____

8. ¿En qué fuente de información confía más?
Marque SOLO UNA opción

I__I a. Televisión
I__I b. Radio
I__I c. Periódicos / revistas
I__I d. Internet, páginas y sitios especializados
I__I e. Carteles / trípticos
I__I f. Médicos, enfermeras, promotor de salud
I__I g. Amigos / Familiares
I__I h. Maestros
I__I i. Otro. ¿Cuál?_____

9. En su experiencia, ¿Qué tan útil es cada una de las siguientes fuentes para obtener información relacionada con la salud?

Marqué con una "X" para cada opción

	Mucho	Poco	Nada
a. Televisión			
b. Radio			
c. Periódicos			
d. Revistas			
e. Internet			
f. Carteles			
g. Trípticos			
h. Mensajes de celular			
i. Twitter			
j. Facebook			
k. Talleres o grupos de ayuda mutua			
l. Plática con enfermeros , médicos o promotor de salud			
m. Amigos o Familiares			
n. Maestros			
Otro. ¿Cuál?_____			

10. ¿Le gustaría recibir información sobre lactancia a través de su correo electrónico o red social?

I__I a. Si
I__I b. No

En su experiencia anterior o la de alguna mujer cercana de su edad o similar:

11. ¿Dio leche materno?

I__I a. Si
I__I b. No

12. ¿Cuánto tiempo en TOTAL dio leche materna al bebé?

I_____I Días
Ó I_____I Semanas
Ó I_____IMeses

13. ¿Cuánto tiempo dio leche materna al bebé de manera EXCLUSIVA (es decir sin formula, té, cereales, agua, jugos o alimentos)?

I_____I Días
Ó I_____I Semanas
Ó I_____IMeses

14. En los primeros 6 meses, ¿Por qué decidió dar al bebe otros alimentos además de la leche materna?

I__I a. Por qué el bebé se quedaba con hambre
I__I b. Por qué no tenía suficiente leche
I__I c. Por qué no tuve tiempo
I__I d. Por qué así me lo recomendaron
I__I e. Otra:_____

15. ¿Dio fórmula infantil?

I__I a. Si (continuar con la siguiente pregunta)
I__I b. No (pasar a pregunta

16. En los primeros 6 meses, ¿Por qué decidió dar al bebé fórmula infantil?

I__I a. Por la recomendación del médico
I__I b. Por recomendación de familiares o amigos
I__I c. Por qué me lo dieron en el hospital o clínica
I__I c. Lo vi en una revista
I__I d. Lo vi en el supermercado
I__I e. Otra:_____

17. ¿Tuvo molestias al dar pecho?

__I a. Si
I__I b. No (pasar a pregunta 19)

18. ¿Cuál fue o ha sido la molestia más grande?

I__I a. Pezones agrietados o lastimados
I__I b. Da mucha hambre
I__I c. Dolor en pechos por la acumulación de leche
I__I d. Pena al hacerlo enfrente de otros
I__I e. Otra :_____

19. ¿Tuvo leche materna suficiente?

__I a. Si (pasar a pregunta 21)
I__I b. No

20. ¿Qué hizo en caso de no tener leche materna suficiente?

Puede marcar más de una opción

I__I a. Cambie al bebé de pecho
I__I b. Le di formula
I__I c. Le di agua natural o té
I__I d. Fuí al doctor
I__I e. Tomé cerveza
I__I f. Tomé más agua
I__I g. Me di masaje en el pecho
I__I h. Dejé de dar pecho
I__I i. Me di masajes con agua caliente
I__I j. Otro _____

21. Al llegar el momento,¿Por qué decidió dejar de dar pecho al bebé?

Puede marcar más de una opción

I__I a. Rechazo del bebé
I__I b. Edad del bebé (ya estaba grande)
I__I c. No salía leche
I__I d. El bebé se quedaba con hambre
I__I e. Problemas o dolor en pechos o pezón
I__I f. Por el trabajo
I__I g. Por pena
I__I h. Por falta de tiempo
I__I i. Por qué a mi pareja no le gusta
I__I j. Por qué no tengo apoyo de la familia o pareja
I__I k. Otra:_____

22. Con lo que usted sabe, ¿Qué tipo de leche cree que sea mejor para el bebé?

I__I a. Fórmula infantil en polvo
I__I b. Leche de Vaca
I__I c. Leche Materna
I__I d. Otra_____

23. Con lo que usted sabe, una vez que nació el bebé, ¿Cuándo se debe EMPEZAR a dar la leche materna?

I__I a. Inmediatamente
I__I b. A las 2 horas
I__I c. Un día después
I__I d. Varios días después
I__I e. No se debe dar leche materna
I__I f. Otro:_____

24. Con lo que usted sabe, la primera leche que sale del pecho materno, ¿La debe tomar el bebé?

I__I a. Si. ¿Por qué?
_____
_____

I__I b. No ¿Por qué?
_____
_____

25.¿ Sabe cómo dar leche materna (amamantar) al bebé?

I__I a. Si (Pase a la pregunta 25)
I__I b. No (Pase a la pregunta 26)

26. ¿Cómo o de quién lo aprendió?

I__I a. Del doctor
I__I b. Del promotor de salud o enfermera
I__I c. De Mamá , abuela o tía
I__I d. He visto como lo hacen mis amigas
I__I e. De libros o folletos
I__I f. Lo ví en la televisión
I__Ig. De carteles en el centro de salud
I__I h. Otra:_____

27. Con lo que usted sabe, ¿Cada cuándo se debe dar la leche materna al bebé?

I__I a. Cada hora
I__I b. Cada que lo pide el bebé
I__I c. Cada 3 horas
I__I d. Como me recomienda el medico
I__I e. Otro:_____

28. Con lo que usted sabe, ¿Hasta qué edad se debe dar SOLO leche materna al bebe?

I__I a. Hasta que se acabe la leche
I__I b. Hasta los 2 meses
I__I c. Hasta los 4 meses
I__I d. Hasta los 6 meses
I__I e. Hasta el año
I__I f. Hasta que le salen los dientes
I__I g. Otra_____

29. Con lo que usted sabe, ¿Hasta qué edad se debe empezar a dar al bebé alimentos diferentes a la leche materna?

I__I a. Al mes
I__I b. A los 2 meses
I__I c. A los 4 meses
I__I d. A los 6 meses
I__I e. Al año
I__I f. Otra_____

30. ¿Está dispuesta a dar pecho (leche materna) al bebé en ésta ocasión?

I__I a. Si. ¿Por qué?
_____
_____

I__I b. No ¿Por qué?
_____
_____

31. Para usted, ¿Cuál sería el beneficio de dar leche materna?

Puede seleccionar más de 1 opción

I__I a. Ayuda al crecimiento y desarrollo del bebé
I__I b. Evita enfermedades
I__I c. Favorece la unión madre- hijo
I__I d. El bebé come lo que necesita
I__I e. Otro:_____

32. ¿Qué le haría o le ha hecho sentir el dar leche a su bebé?

Puede seleccionar más de 1 opción

I__I a. Amor
I__I b. Felicidad
I__I c. Aburrimiento
I__I d. Realizada como mamá
I__I e. Enojada porque me quita tiempo
I__I f. Otra:_____

33. ¿Qué le motiva a dar leche a su bebé por más tiempo?

Puede seleccionar más de 1 opción

I__I a. Quitar el dolor del pecho
I__I b. Ahorrar dinero
I__I c. Ver crecer sano al bebé
I__I d. Tener más información al respecto
I__I e. Bajar de peso más rápido
I__I f. Ver que otras mujeres lo hacen
I__I g. Apoyo de pareja o familia
I__I h. Evitar quedar embarazada pronto
__I h. Mejorar mi salud
I__I i. Otra:_____

34 .En sus palabras, ¿Por qué preferiría dar leche materna en vez de formula?

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

GRACIAS

B. Guía del entrevistador

GUIA DE APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO DE SONDEO

La población blanco son mujeres de 12 a 19 años que acuden a consulta al Centro de Salud Gerardo Varela Mariscal, de Santo Tomás Ajusco, delegación Tlalpan.
El cuestionario es de auto aplicación, por lo que la población blanco debe saber hablar, leer y escribir en español. Se permite la intervención del entrevistador, en caso de que la persona a encuestar no sepa leer ni escribir.

Cuestionario de Auto Aplicación:

- Es importante marcar el número de "Folio" en cada hoja de los cuestionarios , antes de empezar su validación/ aplicación , por su llegara a desengraparse el cuestionario
- Al aplicar el cuestionario , quien lo aplique deberá presentarse y explicar brevemente a los participantes:
    - Objetivos del cuestionario. Lo que interesa es saber lo que conoce, y su opinión en relación a la lactancia materna
    - Es un cuestionario anónimo
    - La información es confidencial
    - No hay respuestas correctas o incorrectas
    - Favor de no dejar preguntas en blanco
    - Agradecer la participación
- El cuestionario deberá ser llenado con pluma (negra o azul). NO con lápiz
- Recolectar los cuestionarios conforme la gente vaya terminando, revisar rápidamente que no haya respuestas en blanco, en caso de haberlas, pedir al encuestado que las(s) responda.
- Agradecer de nuevo al participación

Referencias

[1] Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). *Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y niño pequeño.* 2003. Disponible en: http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_spa.pdf. Accesado en Junio 2011.

[2] Asociación Española de Pediatría. *Lactancia materna: Guía para profesionales.* 2004. Disponible en: http://www.nutrinfo.com/archivos/ebooks/lactancia_materna.pdf. Accesado en Mayo 2011.

[3] *Latham* MC. *Nutrición humana en el mundo en desarrollo. Capitulo 7: Lactancia Materna.* 2002. Disponible en: http://www.fao.org/DOCREP/006/W0073S/w0073s0b.htm#bm11x. Accesado en Mayo 2011.

[4] Organización Mundial de la Salud (OMS). *Health benefits for infants.* 2012. Disponible en: http://www.fao.org/DOCREP/006/W0073S/w0073s0b.htm#bm11x. Acessado en Agosto 2012.

[5] Delgado–Becerra A, Arroyo–Cabrales LM, Díaz–García MA, Quezada–Salazar CA. Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2006; 63(1):32-9.

[6] Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). *Algunos recuentos de la historia.* 2002. Disponible en: http://www.unicef.org.co/Lactancia/historia.html. Accesado en Junio 2011.

[7] Hospital Infantil del Estado de Sonora. *Lactancia materna en México, marco legal.* 1994. Disponible en: http://www.hies.gob.mx/Lactancia%20Materna.pdf. Accesado en Junio 2011.

[8] Organización Mundial de la Salud (OMS). *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. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789275330944_spa.pdf. Accesado en Junio 2011.

[9] Secretaría de Salud (SSA). *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad.* 2010. Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/Acuerdo%20Original%20con%20creditos%2015%20feb%2010.pdf. Accesado en Junio 2011.

[10] Instituto Nacional de Salud Pública. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2011-2012*. Disponible en: http://ensanut.insp.mx/. Accesado en Noviembre 2012.

[11] Organización Mundial de la Salud (WHO). *10 Facts on breastfeeding*. 2012. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en/index.html. Accesado en Agosto 2012.

[12] UNICEF. *The state of World´s children.* 2011. Disponible en: http://www.unicef.org/sowc2011/index.php. Accesado en Diciembre 2012.

[13] Instituto Mexicano de la Juventud. *Encuesta Nacional de Juventud 2010*. Disponible en: http://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/Presentacion_ENJ_2010_Dr_Tuiran_V4am.pdf. Accesado en Enero 2013.

[14] Organización Mundial de la Salud (OMS). *Young People: Health Risks and situation*. 2011. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/index.html. Accesado en Octubre 2011.

[15] Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA). *Salud de la adolescencia*. 2006. Disponible en: http://www.censia.salud.gob.mx/descargas/adolescencia/saludadol.pdf. Accesado en Enero 2012.

[16] Instituto Nacional de Salud Pública. La salud de los adolescentes en cifras. Salud Publica Mex 2003;45(1):153-66.

[17] Organización Mundial de la Salud (OMS). *Global Burden of Disease Study. The 2004 Update*. 2004. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html. Accesado en Julio 2011.

[18] Consejo Nacional Para la Infancia y Adolescencia. *Informe 2007-2009 Un México Apropiado para la Infancia y la Adolescencia.* 2010.
Disponible en: http://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/Resource/1707/1/images/informe_coia.pdf. Accesado en Junio 2011.

[19] Menkes-Bancet C, Suárez-López L. Sexualidad y embarazo adolescente en México. *Papeles de Población* 2003 enero-marzo; 9(35). Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11203511. Accesado en Marzo 2013.

[20] Organización mundial de la salud. *Adolescent Pregnancy.* Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/index.html. Accesado en Octubre 2011.

[21] Organización Mundial de la Salud (OMS). *Embarazo en adolescentes: Un problema culturalmente complejo.* 2009. Disponible en: http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/index.html. Accesado en Noviembre 2011.

[22] Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *Fecundidad y Anticoncepción. Tasa de fecundidad general de 1974 a 2013.*
Disponible en: http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo16&s=est&c=17535. Accesado en Marzo 2013.

[23] Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de Salud (OPS). *Alimentación del lactante y niño pequeño.* 2010.
Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789275330944_spa.pdf. Accesado en Julio 2011.

[24] Organización de las Naciones Unidas. *United Nations General Assembly's Special Session on Children: A World Fit for Children*. 2007.
Disponible en: http://www.unicef.org/worldfitforchildren/files/UK_WFFC5_Report.pdf. Accesado en Septiembre 2012.

[25] Labbok MH. Transdisciplinary breastfeeding support: Creating program and policy synergy across the reproductive continuum. *Int Breastfeed J* 2008; 3:1-8.

[26] Organización Mundial de la Salud (WHO). Fact files: *support for mother is essential.* 2012. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/en/index7.html. Accesado en Agosto 2012.

[27] Yngve Sjostrom. Breastfeeding determinants and a suggested framework for action in Europe. *Public Health Nutrition* 2001; 4(2B):729-39.

[28] Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). *Declaración de Innocenti del 2005*. 2005. Disponible en: http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/declaration_sp_v.pdf. Accesado en Noviembre 2012.

[29] Naciones Unidas. *Millenium Development Goal Report. Goal 4: Reduce Child Mortality*. 2005. Disponible en: http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2010/2010_Addendum_Goal4.pdf. Accesado en Octubre 2012.

[30] Naciones Unidas. *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. 2002. Disponible en: http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/bkgd.shtml. Accesado en Enero 2012.

[31] Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. (1917. Última reforma en 2012). Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf. Accesado en Noviembre 2012.

[32] Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. *Ley General de Salud*. (1984. Última reforma 2012). Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf. Accesado en Noviembre 2012.

[33] Secretaría de Salud (SSA). *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. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html. Accesado en Febrero 2012.

[34] Secretaría de Salud (SSA). *Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño.* 1999.Disponible en*:* http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html)

[35] Secretaría de Salud (SSA). *Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación*. 2005. Disponible: http://bibliotecas.salud.gob.mx/gsdl/collect/nomssa/index/assoc/HASH0138/713924cd.dir/doc.pdf. Accesado en Febrero 2012.

[36] Consejo de Salubridad General. Diario Oficial de la Federación. *Acuerdo por el que se establecen las acciones que deberán cumplirse para acreditar el fomento a la lactancia materna en los establecimientos de atención médica que se sujeten al procedimiento de Certificación*. 2012. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5256197&fecha=22/06/2012. Accesado en Noviembre 2012.

[37] Centro Nacional de Equidad de Género y Salud reproductiva. *Semana mundial de lactancia 2012*. 2012. Disponible en: http://www.cnegsr.gob.mx/avisos/2-la-importancia-de-su-atencion123.html. Accesado en Agosto 2012.

[38]Secretaría de Salud (SSA). *Definición de adolescentes*. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/definic.htm. Accesado en Enero 2012.

[39] Secretaría de Salud (SSA). Dirección General de Salud Reproductiva. *Prevención del embarazo no planeado en adolescentes.* 2002. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7201.pdf. Accesado en Enero 2012.

[40] Joffe A. *Principles and Practice of Pediatrics*. En: Oski F, et al, Ed. Adolescent Medicine. 2nd ed. Philadelphia: JB Lippincott; 1994: 763- 805.

[41] Fondo de las Naciones Unidad para la Infancia (UNICEF). *Fact sheet, Young People and Family Planning: Teenage Pregnancy.* 2008. Disponible: http://www.unicef.org/malaysia/Teenage_Pregnancies_-_Overview.pdf. Accesado en Abril 2012.

[42] Turner RJ, Grindstaff CF, Phillips N. Social support and outcome in teenage pregnancy. J Health Social Behavior. 1990 Mar; 31(1):43-57.

[43] Organización Panamericana de la Salud (OMS). *Descubriendo las voces de las adolescentes*. 2006. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/ca-empoderamiento.pdf. Accesado en Enero 2012.

[44] Dr. Jorge Risquez Thielen. Clínica del Adolescente. Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría. (2000). Adolescencia y embarazo. Disponible: http://www.dynabizvenezuela.com/images/dynabiz/ID3749/siteinfo/ACF91.pdf. Accesado en Junio 2011

[45] Organización Mundial de la Salud (OMS). *Maternal, newborn, child and adolescent health*. 2011. Disponible en: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/adolescent_pregnancy/en/index.html. Accesado en Noviembre 2011.

[46] Organización de las Naciones Unidad para la Alimentación y la Agricultura (FAO). *Nutrición humana en el mundo en desarrollo.* Capítulo 7: Lactancia Materna. 2002. Disponible en: http://www.fao.org/DOCREP/006/W0073S/w0073s0b.htm#bm11x. Accesado en Noviembre 2011.

[47] Organización Mundial de la Salud (OMS). *Fact File: 10 facts on breastfeeding, Health benefits for infants*. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/en/index1.html. Accesado en Julio 2011.

[48] Organización Mundial de la Salud (OMS). *Fact File: 10 facts on breastfeeding, WHO recommends*. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/en/index.html. Accesado en Julio 2011.

[49] Fondo de las Naciones Unidad para la Infancia (UNICEF). *Nutrition. Breastfeeding: Impact on child survival and global situation.* 2008. Disponible en: http://www.unicef.org/nutrition/index_24824.html. Accesado en Enero 2012.

[50] Fondo de las Naciones Unidad para la Infancia (UNICEF). *Por qué es importante actuar y compartir información sobre la lactancia materna*. 2008. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/ffl/04/. Accesado en Enero 2012.

[51] Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). *Mujeres y Hombres en México*. 2008. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100916.pdf. Accesado en Octubre 2012.

[52] Allen J, Debra H. Benefits of breastfeeding. *New South Wales Public Health Bull* 2005; 16(3):42-6.

[53] Organización Mundial de la Salud (OMS). *Fact File: 10 facts on breastfeeding. Long term benefits for children.* Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/en/index3.html. Accesado en Enero 2012.

[54] Horta BL, Bahl R, Martinés JC, Victora CG; World Health Organization. *Evidence on the long term effects of breastfeeding. Systematic reviews and meta-analysis.* 2007. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241595230/en/index.html. Accesado en Enero 2012.

[55] Organización Mundial de la Salud (OMS*). Up to what age can a baby stay well nourished by just being breastfed?* 2012. Disponible en: http://www.who.int/features/qa/21/en/index.html. Accesado en Octubre 2012.

[56] Organización Mundial de la Salud (OMS). *Fact File: 10 facts on breastfeeding. Benefits for mothers*. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/en/index2.html. Accesado en Julio 2011.

[57] Fondo de las Naciones Unidad para la Infancia (UNICEF), Comisión de Lactancia MINSAL. *La leche humana, composición, beneficios y comparación con la leche de vaca*. Extraído y adaptado del Manual de lactancia para profesionales de la salud. 1995. Disponible en: http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod%201beneficios%20manual.pdf. Accesado en Enero 2012.

[58] Shahla M, Fahy K, Kable AK. Factor that positively influence breastfeeding duration to 6 months: A literature review. *Women Birth* 2010; 23(4):135-45.

[59] Swanson V, Power K, Kaur B, Carter H, Shepherd K. The impact ok knowledge and social influences on adolescents´ breast-feeding beliefs and intentions. *Public Health Nutrition* 2005; 9(3):297-305.

[60] Luna-Ramos C. Embarazo y lactancia en la adolescencia. *Rev Hosp Gral Dr. M Gea González* 2002; 5(3 y 4):55-8.

[61] Dashti M, Scott JA, Edwards CA, Al-Sughayer M. Determinants of breastfeeding initiation among mothers in Kuwait. *International Breastfeed Journal* 2010; 5(7):1-9.

[62] Radius SM, Joffe A. Understanding adolescent mothers' feelings about breast-feeding. A study of perceived benefits and barriers. *J Adolescent Health Care* 1988; 9(2):156-60.

[63] American Dietetic Association. Position Statement: Breaking barriers to breastfeeding. *Journal of The American Dietetic Association* 2001; 101(10):1213-20.

[64] Secretaría de Salud/Dirección General de Promoción de la Salud. Manual de Mercadotecnia Social en Salud. México, DF: SSA; 2010: 10-35.

[65] Lee N, Kotler P. *Social Marketing. Quick Reference Guide*. 2008. Disponible en: http://www.epa.gov/owow/NPS/outreach2009/pdf/051209_0930_Lee_handout.pdf. Accesado en Septiembre 2012.

[66] The Health Communication Unit. *Health communication message review criteria 2003*. Dsiponible en: http://www.thcu.ca/infoandresources/publications/Complete%20Message%20ReviewTool%20March20-03.pdf. Accesado en Febrero 2012.

[67] Andreasen AR, Drumwright ME. *Social Marketing Institute. Alliances and ethics in social marketing*. 2000. Disponible en: http://www.social-marketing.org/papers/allianceJan2000.html

[68] Centers for Disease Control and Prevention. *The CDC Guide to breastfeeding practices. Media and Social Marketing.* 2000. Disponible en: http://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/BF_guide_6.pdf. Accesado en Febrero 2012.

[69] Kotler P, Lee N. *Ethical considerations when implementing plans*. En: Social Marketing: Influencing Behaviors for good. Estados Unidos de América: Sage Publications; 2008: 377- 9.

[70] Organización Panamericana de Salud (OPS). *Comunicación en Salud, teorías, modelos y prácticas*. 2003. Disponible en: http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd51/comunsocial/part1.pdf. Accesado en Febrero 2012.

[71] Organización Panamericana de Salud (OPS). *Teorías de cambio de comportamiento*. 2003. Disponible en: http://www.bvsde.paho.org/cursoa_edusan/modulo1/ES-M01-L07-Comportamiento.pdf. Accesado en Febrero 2012.

[72] Badran I. Knowledge, attitude and practice the three pillars of excellence and wisdom: a place in medical profession. *East Mediterranean Health Journal* 1995; 1(1):8-16.

[73] Ministerio de Salud Panamá. Encuesta sobre conocimiento, actitudes y práctica: una herramienta para abordar la malaria. 2008. Disponible en: Http://new.paho.org/pan/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=73&Itemid=224. Accesado en Junio 2011.

[74] Craig HJ, Dietsch E. Too Scary to think about: First time mothers´ perceptions of the usefulness of antenatal breastfeeding education. *Women Birth Journal* 2010; 23(1):160- 5.

[75] Motil KJ, Kertz B, Thotathuchery M. Lactational performance of adolescent mothers shows preliminary differences from that of adult women. *Journal of Adolescent Health* 1997 June; 20(6):442-9.
Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9178081. Accesado en Marzo 2013.

[76] Social marketing Institute. *Success stories*. Disponible en: http://www.social-marketing.org/success/cs-nationalwic.html Accesado en Julio 2012