



**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO**

**PROYECTO TERMINAL PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**

TITULO

**ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DIRIGIDO A USUARIAS
PRIMERIZAS GESTANTES Y POSTPARTO DEL HOSPITAL GENERAL DR. JOSÉ G. PARRES**

ESTUDIANTE

Rocío Alvarado Casas

alvacaro0204@hotmail.com

Maestría en Salud Pública

Área de Concentración en Nutrición

Generación 2011 - 2013

DIRECTORA

Dra. Sandra Treviño Siller

**Centro de Investigación en Sistemas de Salud
Instituto Nacional de Salud Pública**

ASESORA

M. en C. Marta Elena Rivera Pasquel

**Centro de Investigación en Nutrición y Salud
Instituto Nacional de Salud Pública**

ASESORA

Dra. Sara Elena Pérez - Gil Romo

**Depto. de Estudios Experimentales y Rurales
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán**

CUERNAVACA, MORELOS. AGOSTO 2013

Agradecimientos	4
Dedicatoria	5
Abreviaturas	6
1. Introducción	7
2. Antecedentes	8
2.1 Datos demográficos y reproductivos en Morelos y Cuernavaca	8
2.1.1 Fecundidad	8
2.2 Características generales del Hospital General Dr. José G. Parres	9
2.3 Estrategias internacionales para la mejora de la salud infantil	9
2.4 Experiencias favorables en materia de Comunicación en Salud	10
2.5 Lactancia Materna y Lactancia Materna Exclusiva	11
2.5.1 Generalidades	11
2.5.2 ¿A que nos referimos con Lactancia Materna y Lactancia Materna Exclusiva los primeros seis meses de vida?	11
2.5.2.1 Definición y ventajas	11
2.5.3 Beneficios de la práctica de la lactancia materna. Para la madre y la hija/hijo	11
2.5.4 Principales barreras para la práctica de la lactancia materna	12
2.5.5 Situación a nivel nacional y local	12
2.5.6 Recomendaciones y acuerdos nacionales e internacionales	13
2.5.7 Marco legal en México que protege la LME y la LM	13
2.6 La promoción de la Lactancia Materna en México	14
3. Marco teórico	14
3.1 Promoción en salud	14
3.2 Diseño de programas basados en el Mercadeo Social	15
3.2.1 Proceso de desarrollo del MS	16
3.2.1.1 Planeación inicial	16
3.2.1.2 Investigación Formativa	16
3.2.1.3 Estrategia de comunicación	16
3.2.1.3.1 Desarrollo de la estrategia de comunicación	17
3.2.1.3.2 Comunicación en salud	18
3.3 Teorías del comportamiento	19

3.3.1 Teoría de Acción Razonada (Fishbein y Ajzen)	20
3.3.2 Teoría Aprendizaje Social (Bandura)	22
4. Planteamiento del problema	23
15. Justificación	24
6. Objetivos (general y específicos)	25
<i>Objetivo general</i>	25
<i>Objetivos específicos</i>	25
7. Material y métodos	26
8. Análisis de factibilidad	27
9. Consideraciones éticas	28
10. Resultados	29
Características físicas y promoción de la lactancia en el Hospital	29
Conocimientos y promoción de la lactancia entre el personal de salud	32
Perfil socioeconómico de las mujeres entrevistadas	36
Conocimientos y prácticas de lactancia materna entre las mujeres entrevistadas	37
Opinión sobre las barreras y oportunidades de la lactancia materna entre las mujeres entrevistadas	39
Promoción y comunicación de la lactancia materna en las mujeres entrevistadas	41
11. Propuesta de Comunicación: ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DIRIGIDO A USUARIAS PRIMERIZAS GESTANTES Y POSTPARTO DEL HOSPITAL GENERAL DR. JOSÉ G. PARRES	43
I. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO DE LAS AUDIENCIAS PRIMARIA Y SECUNDARIA	43
II. TEORÍAS DEL COMPORTAMIENTO	43
III. ENTORNOS Y CANALES: FUNDAMENTOS DE LAS RAZONES DE SELECCIÓN.	44
IV. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN Y MENSAJES PRIMARIOS Y SECUNDARIOS POR TIPO DE AUDIENCIA	45
PRIMERA ETAPA. FASE DE SENSIBILIZACIÓN	45
SEGUNDA ETAPA. ENTREGA DE MENSAJES	46
TERCERA ETAPA. REFORZAMIENTO DE MENSAJES	47
VI. MONITOREO	48
V. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	48
12. Discusión	49
Perfil socioeconómico de las mujeres entrevistadas	49
Conocimientos y promoción de la lactancia entre el personal de salud y las madres entrevistadas	51
Promoción y comunicación de la lactancia materna en las mujeres entrevistadas	52
Opinión sobre las barreras y oportunidades de la lactancia materna entre las mujeres entrevistadas	53

Promoción y comunicación de la lactancia materna en las mujeres entrevistadas	54
13. Conclusiones	56
14. Recomendaciones	59
15. Limitaciones del estudio	60
16. Bibliografía	61
17. Anexos	65
A. GUÍA OBSERVACIONAL	65
B. GUÍA DE ENTREVISTA PARA PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD	67
C. CUESTIONARIO PARA POBLACIÓN OBJETIVO	69
D. GUÍA PARA ENTREVISTA SOBRE LA PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EMBARAZADAS PRIMIGESTAS	72
E. GUÍA PARA ENTREVISTA SOBRE LA PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN MUJERES POSTPARTO PRIMIGESTAS	74
F. CARTAS DE CONSENTIMIENTO	76
G. DISEÑO DE LOS POSIBLES CARTELES	78
F. POSIBLES CONTENIDO DE LA ESTRATEGÍA	79

Agradezco a CONACYT por el apoyo económico brindado durante la realización de este proyecto.

Agradezco al Instituto Nacional de Salud Pública y la Escuela de Salud Pública de México, institución que me albergó durante estos dos años y me permitió mirar desde otra perspectiva la salud pública, reforzar el compromiso adquirido para poder llevar a la acción los conocimientos adquiridos en ella.

Quiero agradecerle a mi Directora de PT, la Dra. Sandra Treviño Siller, sus conocimientos invaluableles que me brindo para llevar a cabo este estudio, sus palabras de aliento que hicieron más llevadero este proceso de aprendizaje y su gran paciencia para esperar a que este trabajo pudiera llegar a su fin. Pero sobretodo quiero agradecerle su gran calidad humana que me permitió sentirme en todo momento con la confianza de poder externar mis ideas para el presente trabajo.

Agradezco a los miembros del jurado, la M. en C. Marta Rivera Pasquel quien me apoyo con información, experiencia, tiempo y en poder agilizar los procesos administrativos para concluir a tiempo el posgrado. Agradezco a la Dra. Sara Elena Pérez – Gil Romo por las valiosas contribuciones que hizo al trabajo final y por el tiempo que dedico para revisarlo, aún a pesar de tantas actividades que las ocupan. Agradecer a Sara por todas las enseñanzas que me ha brindado desde mi formación académica en la UAM-X las cuales siempre han estado presentes y fue por ello que no podía dejar pasar la oportunidad de que fuera nuevamente participe en esta etapa de mi vida profesional, además claro de ser una brillante docente e investigadora con gran experiencia en el campo de la alimentación infantil.

Agradezco a aquellas grandes personas que hacen posible el conocimiento en las aulas de la sección, los excelentes profesores del programa de maestría. A mis compañeros de la generación, por todos los buenos y malos momentos que viví con ellos. A todos los que alguna vez han compartido sus conocimientos para enriquecernos todos. Pero más aún aquellos compañeros, Laura Gómez y Ricardo Zamarripa que se convirtieron en grandes amigos y son ahora parte de mi familia del INSP.

Me gustaría agradecer a toda mi familia y a mis amigos por acompañarme a distancia en todo momento, durante este proceso de formación académica y personal. Gracias Katia García por haberme mostrado el camino para poder llegar al INSP del cual el día de hoy tengo muchas experiencias favorables pero sobretodo, gracias por haberte mantenido a mi lado.

A mis padres por apoyarme como siempre en mis decisiones, ya sean académicas o personales lo cual me ha permitido ser una persona más segura día a día en los pasos que doy, gracias por todo el cariño y comprensión que me han dado a lo largo de mi vida, pero sobretodo el gran ejemplo que he tenido por su parte de ser tenaz para poder llegar a las metas que me ponga.

Dedicatoria

Le dedico este trabajo a mi madre Adela Casas porque el primer acercamiento que tuve con la lactancia materna fue a través de ella al haberme alimentado con la savia de sus senos, darme ese segundo regalo después de la vida y haber creado un vínculo impresionantemente fuerte entre ella y yo.

También les dedico este trabajo a aquellas madres que me permitieron realizar el presente estudio porque sin ellas no hubiera sido posible, pero principalmente porque a través de mujeres como ellas podemos iniciar con una buena nutrición para l@s niñ@s de este país.

CS. Centro de Salud

HANyM. Hospital Amigo del Niño y de la Madre

IF. Investigación Formativa

LM. Lactancia Materna

LME. Lactancia Materna Exclusiva

OMS. Organización Mundial de la Salud

OPS. Organización Panamericana de la Salud

PO. Población Objetivo

PS. Prestadores de Salud

SLM. Sucédáneos de Leche Materna

SSA. Secretaría de Salud

TAR. Teoría de Acción Razonada

TAS. Teoría de Aprendizaje Social

UNICEF. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

1. Introducción

Alimentar a los bebés con leche materna exclusiva hasta los seis meses de vida y después complementarla con otros alimentos oportunos, adecuados y correctamente preparados, es la vía para conseguir un desarrollo, salud y crecimiento óptimos en el niño, asegurar la salud futura de la madre y ahorrar costos innecesarios a las familias y a la sociedad. Las bajas tasas de amamantamiento y su interrupción precoz por causas innecesarias o por falta de apoyo exponen a madre e hijo a riesgos innecesarios para su salud presente y futura y acarrearán perjuicios evitables a la sociedad y al medio ambiente.¹

En contraste con las ventajas de la lactancia materna (LM), es notable la disminución creciente de dicha práctica en países en desarrollo, tanto en áreas urbanas como en las rurales. Esta situación se refleja en el contexto nacional en donde en los últimos trece años se han observado un decremento acelerado, aún más significativo en las zonas rurales de México. Estas bajas tasas de la alimentación al seno materno parecen resultar principalmente de factores culturales más que de las capacidades biológicas de grupos de mujeres.²⁻⁴

Los factores que se han asociado con su abandono son diversos y difieren de acuerdo con el sitio de residencia, las características socioeconómicas, políticas y culturales como desconocimiento de los beneficios de la lactancia materna, nivel socioeconómico de la madre, edad de las madres, ocupación laboral de las madres (jornada laboral), región geográfica, falta de capacitación y sensibilización del personal de salud acerca del valor de la lactancia materna, falta de coordinación de los programas e intervenciones del ámbito público y privado, falta de legislación en materia de protección y promoción de la lactancia materna exclusiva; así como la publicidad de sucedáneos de leche materna.^{4,5}

En el presente trabajo hace una propuesta de una estrategia de comunicación basada en el mercadeo social para promover la Lactancia Materna Exclusiva (LME) en mujeres primerizas de 20 a 35 años de edad que acuden a los servicios de salud del Hospital General Dr. José G. Parres municipio de Cuernavaca, Morelos.

El estudio se desarrolló siguiendo la propuesta de la investigación formativa (IF) útil para planificar intervenciones, el cual busca en la comunidad ayuda para comprender los intereses y las necesidades de la población y las personas de su comunidad sobre el tema de estudio.

La promoción de la LME se recomienda que se realice por medio de la comunicación en salud ya que puede contribuir en aspectos de la prevención de enfermedades y promoción de la salud. Es relevante en diferentes contextos incluyendo: la relación médico-paciente, búsqueda de información respecto a salud a través de varios medios de comunicación, construcción de mensajes de salud, y propagación de información individual o para la población en general sobre asuntos de salud en donde los consumidores pueden tener acceso a sistemas de cuidado de salud y aplicación de los mismos.⁶

La comunicación en salud puede ayudar a aumentar las bajas tasas de LME en la entidad, desafortunadamente aún no se cuenta con una estrategia de comunicación con elementos que promuevan, apoyen y/o refuercen la práctica de la LME con ayuda de la población a la que va dirigida. Los materiales que se utilizan en los servicios de salud no han sido evaluados y el contenido de estos en ocasiones es muy básico. Por lo tanto el propósito del presente estudio es el explorar primero la percepción de los actores involucrados: personal de salud y usuarias a través de la IF y con base a los resultados obtenidos proponer una estrategia de comunicación basada en las necesidades de la PO.

Para la recolección de información se utilizó una guía observacional de las áreas en donde se atiende a la Población Objetivo (PO) diseñada específicamente para el estudio, entrevistas semiestructuradas al personal de salud que interactúa con la PO y que trata temas de promoción de la salud entre los cuales se incluyen LM y LME; cuestionarios aplicados a la PO para conocer su perfil socioeconómico, algunos conocimientos y “saberes” de la LM y LME e ideas de qué y cómo les gustaría recibir información sobre el tema de LME, posterior a ello se realizaron entrevistas semiestructuradas a estas mismas mujeres para identificar sus percepciones sobre la LM y LME, todo ello con el fin de poder proponer una estrategia de comunicación en la cual las mujeres de esta población se sientan identificadas y así contribuir a que mejoren las prácticas de LME.

Adicionalmente, el estudio permitió explorar lo que para las madres representa el alimentar al infante al seno materno, así como las implicaciones que esto conlleva e identificar las diversas barreras, así como las condiciones que facilitan la lactancia. La promoción relacionada con la alimentación infantil es esencial para lograr que los niños y niñas puedan desarrollarse plena e integralmente. Actualmente la lactancia es considerada como un derecho de los y las bebés y sus familias y como parte de una alimentación saludable, por lo cual se requiere información accesible y adecuada que les permita tomar una decisión informada.

2. Antecedentes

2.1 Datos demográficos y reproductivos en Morelos y Cuernavaca

Morelos ocupa el lugar número 23 a nivel nacional por su número de habitantes 1.6% de la población total del país reside en esta entidad. La distribución de la población es mayoritariamente urbana, 84%, y sólo un 16% rural, comparado con el 78% y 22% respectivamente a nivel nacional. En cuanto a la escolaridad, el valor promedio en la población de 15 años y más es de 8.9 años (casi el tercer año de secundaria); comparado con el promedio nacional que es de 8.6 años. De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2010, el estado contaba en ese año con 1’777,227 habitantes: 918,639 (51.7%) eran mujeres y los restantes 858,588 (48.3%) hombres y las mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) sumaron 489,266 (53.26% del total de las mujeres de la entidad).⁷

2.1.1 Fecundidad

Según datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009, la tasa global de fecundidad (TGF), en Morelos, para el periodo 2006-2008 fue de 1.9 hijos por mujer en edad reproductiva. Esta cifra es inferior a la observada a nivel nacional (2.2 hijos por mujer). La edad media al primer hijo fue de 21.2 años, ligeramente superior al nivel nacional, cuyo valor fue de 21 años. La tasa de fecundidad en 2011 en el estado de Morelos fue de 50.8 por 1000 y en el municipio de Cuernavaca fue de 41.1 por 1000 mujeres en edad fértil (15-49 años). La tasa de natalidad en 2011 a nivel estatal fue de 16.6 por 1000 habitantes, mientras que en el municipio fue de 13.4 por 1000 habitantes. Según los datos obtenidos por parte de los Servicios de Salud de Morelos.^{8,9}

2.2 Características generales del Hospital General Dr. José G. Parres

El Hospital General Dr. José G. Parres, es una Unidad dependiente de la Dirección de los Servicios de Salud del estado de Morelos, inaugurado en el año de 1994. Cada una de las áreas y servicios médicos que integran esta Unidad Hospitalaria, realiza diariamente una serie de actividades encaminadas a la prestación de servicios de salud a la población abierta del municipio de Cuernavaca y poblaciones vecinas.

Dentro de los diversos servicios que ofrece se encuentra la especialidad de Gineco – Obstetricia y Pediatría. El 9 de agosto de 1996, el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia le otorgó el reconocimiento de “Hospital Amigo del Niño y de la Madre” (HANyM), por haber cumplido con los criterios globales para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna.

Los criterios que las instituciones deben cumplir para poder recibir la certificación HANyM) son los siguientes ¹:

1. Normas y procedimientos escritos.
2. Capacitación al personal.
3. Difusión de la Lactancia a embarazadas.
4. Iniciación de la Lactancia Materna dentro de la primera media hora posparto.
5. Enseñar a la Madre como dar de mamar y como mantener la lactancia.
6. Lactancia Materna exclusiva.
7. Alojamiento Conjunto.
8. Apoyo a la Lactancia cada vez que lo solicite.
9. Erradicación de la lactancia artificial.
10. Formación de Grupos de apoyo a la lactancia.

El 9 de agosto del 2006, se acredita la unidad hospitalaria por cumplir como establecimiento público afiliado al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) con los requisitos de capacidad, calidad y seguridad para la atención médica y así poder otorgar servicios dentro del programa cumpliendo con los objetivos del programa Nacional de Salud 2007 – 2012.

En la actualidad esta Unidad cuenta con el reconocimiento del Sector Salud del Estado de Morelos como un Hospital de alto nivel de atención y se encuentra en proceso de recertificación.⁹

2.3 Estrategias internacionales para la mejora de la salud infantil

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OM S) propone un enfoque de intervenciones de atención en salud a través de una estrategia a lo largo del curso de vida que fomente acciones sanitarias integrales y sinérgicas en las etapas clave del crecimiento y desarrollo humanos —maternidad, recién nacido, lactancia, niñez y adolescencia— especialmente entre los grupos más vulnerables.¹⁰

Los *Estados Miembros de las Naciones Unidas* del cual es partícipe México convinieron en tratar de alcanzar para 2015 *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)* que son ocho propósitos de desarrollo. Estos objetivos tratan problemas de la vida cotidiana que se consideran graves y/o radicales, de estos objetivos se desprende el *ODM 4* que menciona *reducir*

la mortalidad infantil cuya meta consiste en *reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de 5 años*. Por lo cual es tarea principal contribuir a alcanzar el ODM 4 a través del fortalecimiento de intervenciones en salud pública en el contexto del proceso continuo de atención.¹¹

Para eso se realizan acciones integrales basadas en evidencia científica destinadas, entre otras, a prevenir la mortalidad neonatal e infantil y reducir la desnutrición infantil para así lograr adultos sanos y comprometidos con su salud y desarrollo integral. Sin embargo, aplicar este enfoque requiere cambios en las competencias y actitudes de los proveedores de asistencia sanitaria, compromiso político y asignación de recursos a nivel nacional y en base a políticas multisectoriales.¹²

2.4 Experiencias favorables en materia de Comunicación en Salud

El estudio de la comunicación en salud ha atravesado importantes transformaciones teóricas, conceptuales y metodológicas desde su configuración hasta el presente debido al rol semiperiférico importante que se le ha adjudicado- en la última década- a la participación comunitaria en los esfuerzos de prevención de la enfermedad. La participación comunitaria es uno de los cimientos primordiales del paradigma de la Comunicación para el Cambio Social, el cual postula el apoderamiento de las comunidades durante el desarrollo e implementación de un esfuerzo de prevención de enfermedades.⁶

La comunicación en salud aspira a nuevas oportunidades para someter al debate y al diálogo público las decisiones sobre el tema a tratar (HIV, Lactancia, Cáncer, otros). Este enfoque representa un reto para el desarrollo de los esfuerzos de comunicación en la salud, ya que deja de convertirse en un proceso de persuasión tradicional, a través del cual son los expertos en el tema junto con los estrategas de comunicación los que establecen las estrategias y mensajes que se dirigirán a la comunidad. Estrategias que en su mayoría han sido desarrolladas utilizando como base las teorías y métodos predominantes hasta el momento en el campo de la comunicación en salud.¹³

Una de las características a destacar del paradigma de la comunicación en salud es la atención que le da a la influencia de la interculturalidad como parte de sus postulados. El modelo destaca la importancia que tienen las características socio culturales inmersas en una comunidad y propone que su desconocimiento podría determinar el éxito o fracaso de un esfuerzo que pretende cambios de conductas o hábitos en la población.⁶

La Organización Panamericana de la Salud, oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la organización Mundial de la salud dentro de su Programa de Promoción de la Salud (HPA), publicó en el mes de mayo de 1992 el “Manual de Comunicación social para Programas de Salud” el cual es una versión del *“Making Health Communication Programs Work: A Planner’s Guide”* el cual describen la planificación y ejecución de programas de comunicación en salud y donde se brindan ejemplos de cómo analizar un problema de comunicación en salud y diseñar y evaluar un proyecto.¹⁴

La comunicación en salud para el cambio social es una de las estrategias que ha logrado acaparar la atención de estudiosos de la comunicación en salud en los últimos años, dado a la importancia que le brinda a la participación comunitaria en todos los asuntos que rodean el desarrollo e implementación de un esfuerzo que promueve mejores estilos de vida en la población el cual trastoca la pasividad que se le atribuía al receptor en un proceso de comunicación tradicional o unilineal (Fuente- Mensaje- Canal- Receptor).⁶

2.5 Lactancia Materna y Lactancia Materna Exclusiva

2.5.1 Generalidades

El mantenimiento de la lactancia materna exclusiva por seis meses ha demostrado beneficios importantes como la reducción del riesgo de enfermar y morir por causas prevenibles. Entre las principales causas de muerte durante el primer año de vida se encuentran las infecciones diarreicas (EDAS) y respiratorias (IRAS). De igual manera otorga ventajas a la madre como son la pérdida de peso protección contra el cáncer de mama, el cáncer cérvico-uterino y su uso como un método natural de anticoncepción.^{15,16}

La evidencia científica indica que la leche materna durante el segundo año aporta el 40% de las necesidades de energía que requiere el niño, además del 45% del aporte de vitamina A y el 100% de vitamina C. Estudios de seguimiento a largo plazo demuestran que la lactancia materna prolongada podría contribuir a reducir la prevalencia de enfermedades cardiovasculares en la edad adulta y otras relacionadas con la obesidad, un grave problema que afecta la salud de población mexicana. Este beneficio depende de un efecto dosis-respuesta, es decir, a mayor duración de la lactancia, menor riesgo de sobrepeso y obesidad.^{12,17,18}

2.5.2 ¿A que nos referimos con Lactancia Materna y Lactancia Materna Exclusiva los primeros seis meses de vida?

2.5.2.1 Definición y ventajas

La lactancia materna es un acto fisiológico, instintivo, de herencia biológica adaptativa de los mamíferos y específica de cada especie. Como sistema para alimentar al niño en los primeros meses de la vida, la leche materna ha probado su eficacia a lo largo de las generaciones y ha sido por ella que la humanidad ha subsistido.¹⁹⁻²¹

La OMS define a la **lactancia materna (LM)** como la leche que se le da al infante por medio del pecho materno o de otra mujer además de otros líquidos y/o sólidos y **lactancia materna exclusiva (LME)** como aquella alimentación del lactante con leche materna de la madre o de otra mujer, sin ningún suplemento sólido o líquido; en el cual se puede añadir en el caso de requerirlo la suplementación de vitaminas, minerales o medicamentos, esto durante los primeros seis meses de vida del infante.^{22,23}

La alimentación al seno materno es un alimento idóneo para el infante, ya que cada madre produce el tipo de leche que su hijo necesita, lo protege contra agentes patógenos y cubre sus necesidades nutrimentales. La leche humana posee cualidades que producen beneficios significativos para la madre y su hijo. Entre éstos destacan los nutricios, los inmunológicos y los afectivos. La leche materna es la mejor manera de alimentar a los neonatos y al infante hasta los primeros seis meses de vida, ya que tiene propiedades bioactivas que facilitan la transición de la vida intrauterina a la extrauterina.^{24,25}

2.5.3 Beneficios de la práctica de la lactancia materna. Para la madre y la hija/hijo

La lactancia materna es el mejor alimento que una madre puede ofrecer a su hijo, desde el punto de vista nutricional ya que le ofrece todo lo que el niño necesita para crecer y desarrollarse y algo que la distingue de las demás tipos de leche es que va modificando su composición de acuerdo a las necesidades y madurez del niño. Existen sólidas

bases científicas que demuestran que la lactancia materna es beneficiosa para el niño, para la madre y para la sociedad, en todos los países del mundo.^{26,27}

La OMS y la UNICEF recomiendan que la lactancia materna sea exclusiva dentro de los primeros seis meses de vida, y que constituya parte importante de la alimentación durante el resto del primer año. Dicha recomendación se debe a las múltiples ventajas que conlleva dicha práctica, tanto para la madre, como para el hijo ya que cubre satisfactoriamente los requerimientos nutrimentales del lactante hasta el cuarto mes en un 95% y en un 80% durante el sexto mes, a 60% el noveno y 32.5% a los 12 meses; motivo por el cual se recomienda el inicio de la ablactación al sexto mes. También contribuye a la prevención de enterocolitis necrosante, disminución de enfermedades diarreicas en el primer año de vida, protección contra problemas alérgicos; reduce la probabilidad de padecer algunas enfermedades, como: infecciones de vías urinarias, del tracto respiratorio bajo, otitis media, bacteriemia, meningitis bacteriana, botulismo, síndrome de muerte súbita del infante, diabetes mellitus insulino-dependiente, enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa y linfoma.^{17,28,29}

Varios estudios han contribuido a demostrar los beneficios de la lactancia materna en la salud del neonato lo que contribuye a la reducción de tasas de morbilidad y mortalidad en la infancia temprana en comunidades de países en desarrollo, particularmente después de la primera semana de vida.^{18,30}

Además, la lactancia al seno materno ofrece también protección a la madre de padecer cáncer de mama y ovario, recuperación del peso, retardo en la ovulación lo que propicia un método de anticoncepción natural además de que fortalece la relación afectiva entre el binomio madre-hijo así como ventajas económicas las cuales repercuten a nivel familiar y de la sociedad.³¹⁻³⁴

2.5.4 Principales barreras para la práctica de la lactancia materna

Diversos estudios han identificado que algunas condiciones de la madre tales como edad, población de origen (rural o urbano), nivel de estudios, nivel socioeconómico, usos y costumbres, estado civil, trabajo materno fuera del hogar, incapacidad maternal, redes de apoyo, situación laboral de la pareja, son aspectos que influyen directamente en la decisión de la mujer para determinar si lleva a cabo la lactancia materna así como la duración de la misma. Claro está que el marco legal, tanto a nivel laboral como políticas públicas, son parte fundamental para el apoyo de la lactancia materna.³⁵⁻³⁸

Hay muchos factores que pueden influir en el cese temprano de la lactancia materna. En los países desarrollados, las madres jóvenes y aquellas de grupos con bajos ingresos económicos o las que abandonaron sus estudios a una edad temprana, tienen menos probabilidades de comenzar la lactancia materna o de continuarla durante un período de tiempo suficiente como para obtener beneficios de salud y sea para ella o para el infante. En tales sociedades las mujeres tienen el riesgo de carecer de apoyo para lactar a sus recién nacidos^{39, 40}

2.5.5 Situación a nivel nacional y local

El inicio temprano de la lactancia es el tercer paso contemplado en la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Madre, como uno de los indicadores que contribuye al éxito de la lactancia materna.²³

A escala mundial informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la UNICEF, estiman en 1.5 millones las muertes de infantes que no fueron amamantados.¹⁵ En México, a pesar de que el Programa Nacional de Lactancia Materna ya tiene más de 20 años de ser implementado, incluidas diversas campañas y materiales, las tasas de amamantamiento siguen siendo bajas de acuerdo con la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de 2012 a nivel nacional 14.4% mujeres practican la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida, comparada con las encuestas anteriores Encuesta Nacional de Nutrición (ENN) 1999 20.0 y ENSANUT 2006 22.3. Según estos datos la LME disminuyó 5.6 puntos porcentuales en comparación con la primer encuesta en 1999; notándolo de igual forma en lo comparado con las prevalencias a escala mundial (casi 40%), según la OMS.^{10,41-43}

En México, la duración de la lactancia exclusiva de 0 a 5 meses es del 14.4% con un decremento de 7.9 puntos porcentuales entre 2006 y 2012. La lactancia exclusiva durante los primeros seis meses es más alta en la zona rural 18.5%, que en la zona urbana, 12.7%.¹¹

2.5.6 Recomendaciones y acuerdos nacionales e internacionales

La OMS en el año 2002, aprobó la adopción de la *Estrategia Global para la Alimentación del Lactante y del Niño pequeño*; en septiembre del mismo año la Junta directiva de UNICEF adoptó igualmente esta recomendación siendo entonces una recomendación única de salud y nutrición para los menores de 6 meses.⁴⁴

La OMS recomienda que la lactancia materna dure 24 meses y más, si es ese el deseo de su madre, no existe ninguna contraindicación para su prolongación. Además se ha demostrado que a mayor duración de la lactancia mayor crecimiento lineal, sobre todo en lugares con inadecuadas condiciones sanitarias y deficiente acceso al agua.¹²

Desde hace varios años la OMS y UNICEF elaboraron un decálogo conjunto con el fin de fomentar la lactancia: “Los diez pasos hacia una feliz lactancia natural” para los servicios de maternidad y atención a los recién nacidos.^{7, 17}

Hacia fines de los años setenta, la baja prevalencia de la lactancia materna a nivel mundial, reconocido por las altas tasas de destete precoz, el incremento de las infecciones respiratorias y diarreicas entre los niños menores de cinco años, causó una reacción de honda preocupación entre las instituciones de salud y organizaciones internacionales interesadas en recuperar la práctica de la lactancia materna. Es entonces que en una reunión conjunta la OMS/UNICEF, en 1979, deciden elaborar un código de conducta que orientara la comercialización de productos que obstaculizaban la lactancia y fomentaban el destete precoz. Surge así, la primera política de apoyo a la lactancia materna con la aprobación en 1981 del Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.⁴⁵

En México en el año de 1992, la Secretaría de Salud y los Fabricantes de sucedáneos, establecieron un compromiso en cuanto a la promoción, distribución y entrega de sus productos a los agentes de Salud; entre sus principales aportes está el de exigir a la industria no realizar actividades de promoción, publicidad, ni ofertas especiales de fórmulas, así como no entregar de forma gratuita o a precio reducido suministros de fórmulas infantiles y sucedáneos de leche materna.⁴²

2.5.7 Marco legal en México que protege la LME y la LM

El acceso a un nivel adecuado de protección social es un derecho fundamental de todos los individuos reconocido por las normas Internacionales del trabajo y por las Naciones Unidas. Además, es considerado un instrumento para la

promoción del bienestar humano y el consenso social, que favorece la paz social y es indispensable para lograrla, y por lo tanto para mejorar el crecimiento y el comportamiento de la economía.⁴⁶

El derecho a la salud está plasmado en el Artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.²⁴ La Ley General de Salud reglamenta el derecho a la protección de la salud. El Artículo 31 habla de la atención Materno Infantil y el Artículo 61 señala que dicha atención es prioritaria. El Artículo 64 a su vez dice que el sistema de salud establecerá el fomento a la Lactancia Materna. Sobre la atención del recién nacido, la Norma Técnica N. 37 regula los artículos anteriores y por acuerdo No. 95 de la Secretaría de Salud, el 28 de Mayo de 1991, crea el Comité Nacional de Lactancia Materna. La Ley Federal del Trabajo, en el Artículo 170 menciona en el apartado II que disfrutaran de un descanso de seis semanas anteriores y seis posteriores al parto; el IV dice que en el periodo de lactancia tendrán dos reposos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos, en lugar adecuado e higiénico que designe la empresa.⁴⁷ Por último, el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria publicado en 2010 menciona dentro de sus 10 objetivos prioritarios “Promover y proteger la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, y favorecer una alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses de edad”.⁴⁸

2.6 La promoción de la Lactancia Materna en México

En el país las unidades de salud de la Secretaría de Salud (SSA) ofrecen un limitado apoyo y asistencia en consejería a las mujeres embarazadas y madres en periodo de lactancia, esto obedece a que a pesar de que se han establecido normas de atención en consejería y apoyo a estos grupos de usuarias, en la práctica estas acciones no se cumplen o se realiza en muy pocos casos. Esto probablemente se deba a la alta demanda en los servicios de salud siendo uno de los inconvenientes que causan este escaso apoyo. Por otra parte existe una responsabilidad indefinida de estas acciones de salud entre los profesionales de salud lo que dificulta su seguimiento y exigencia en su cumplimiento.⁴

La Secretaría de Salud y la Dirección General de Promoción a la Salud han desarrollado múltiples materiales informativos para la promoción de la LME/LM dirigidos a las mujeres usuarias de los servicios de salud para informar sobre los beneficios de la lactancia y sobrealimentación complementaria y suplementación de micronutrientes, así como de la alimentación de las mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia. Sin embargo, dichos materiales, no han sido evaluados, por lo cual se desconoce el “impacto” que tienen en las futuras madres, ni han sido diseñados tomando en consideración las necesidades de información de la PO al que pretenden impactar.

3. Marco teórico

3.1 Promoción en salud

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido la promoción de la salud como el resultado de todas las acciones emprendidas por los diferentes sectores sociales para el desarrollo de mejores condiciones de salud personal y colectiva para toda la población en el contexto de su vida cotidiana. La OPS considera que la promoción de la salud puede llevarse a cabo más eficazmente mediante programas que, por una parte, asistirán a las personas y a la comunidad a adoptar decisiones adecuadas para la protección de su salud y, por otra parte, apoyarán el desarrollo institucional que asegure disponibilidad de los servicios y las tecnologías necesarias para resolver los problemas de la población.⁴⁹

A partir del momento en que se adoptó la Carta de Ottawa para la promoción de salud en 1986 y la declaración de Santa Fé de Bogotá emitida en 1992, la Carta del Caribe para la Promoción de la Salud sellada en Puerto España, Trinidad en 1993 se comenzó con un mensaje a nivel internacional desplegando un movimiento encaminado a promover la salud en los ámbitos comunitario, municipal, provincial y nacional.^{50,51}

Una cuestión central, si bien, no la única, para lograr cambios en los comportamientos de la población es proporcionar información adecuada sobre el comportamiento que se pretenda modificar. Esta información debe ser diseñada tomando en cuenta los conocimientos previos y las necesidades de la población con la que se pretende trabajar. Es mediante una información adecuada que la población puede sensibilizarse, anclar conceptos, resignificar comportamientos, modificar pensamientos, ideas y actitudes y posiblemente lograr un cambio hacia un comportamiento más saludable.⁵¹⁻⁵⁴

La educación y la información constituyen la base del conocimiento y las destrezas que habilitan a las personas, las familias y las comunidades para realizar elecciones positivas en materia de salud. La educación en salud y la comunicación están en el centro de este proceso de fortalecimiento. El apoyo activo de los grupos comunitarios es esencial para llegar con éxito a los estratos populares.⁵⁵

3.2 Diseño de programas basados en el Mercadeo Social

El Mercadeo Social (MS) ayuda a prevenir comportamiento no deseado es el proceso de diseño, implementación y control de programas que buscan incrementar la aceptación social o el cambio de comportamiento en un público o población objetivo (PO). El objetivo del MS es el de facilitar la aceptación, rechazo, modificación, abandono, o el mantenimiento de determinadas conductas por grupos de individuos o PO. El diseño de programas basados en el MS aplica los principios y técnicas para crear, comunicar e influir en el comportamiento de la PO para su beneficio y aplica conceptos y técnicas de mercadotecnia comerciales para promover un cambio de conducta de forma voluntaria.⁵⁶⁻⁵⁸

Es importante señalar el término "intercambio" fortalece el modo de concebir al MS el cual plantea que *el MS es un modo de concebir y ejecutar la relación de intercambio, con la finalidad de que sea satisfactoria a las partes que interviene en la sociedad, mediante el desarrollo, valoración, distribución y promoción, por una de las partes, de los bienes, servicios o ideas que la otra parte necesita*. Por tanto este proceso de doble sentido es la esencia de la satisfacción conjunta, el cual es un aspecto fundamental inclusive en la concepción del MS como un proceso educativo, en que deja de ser una simple función sino un componente de enseñanza - aprendizaje para la sociedad en su conjunto. En definitiva, resulta esencial en el MS concebir esta relación de intercambio de “experiencias” que aporten “valor” para todas las partes.⁵⁸

Las fases en las que se va a basar esta estrategia de comunicación son: identificar cuál es el objetivo social que se quiere lograr (promover la práctica de la LME los primeros seis meses de vida) desarrollar procesos de investigación para determinar cuáles son las actitudes, creencias, valores, comportamientos que tiene el PO (IF por medio de la guía observacional, entrevistas a prestadores de salud y mujeres primigestas), definir cuál va a hacer el proceso de comunicación más acertado para llegar a estas comunidades o grupos sociales (estrategia de comunicación basada en la IF). Y como último proceso de tipo administrativo hay que evaluar para saber si están funcionando las acciones planeadas.

^{56,57}

Con el MS se puede impactar desde tres ámbitos, el primero apoyo a acciones sociales determinadas, el segundo tratar de mejorar las relaciones entre la sociedad y la organización que es el agente de cambio y la tercera se utiliza para la transformación y posicionamiento de la imagen ante la sociedad.⁵⁸

A continuación se presenta de manera más detallada las fases en las que esta estrategia de comunicación se basó de los componentes del MS.

3.2.1 Proceso de desarrollo del MS

3.2.1.1 Planeación inicial

- **Describir los antecedentes, propósito y enfoque de las actividades de planificación**

Tener en cuenta que el problema social incluye abordar una declaración del problema, determinando los objetivos que se quieren conseguir, identificándolo por los diferentes tipos de objetivos a los que se pueden abordar como cambios de conducta; de intención para cambiar conductas; cambios en conocimientos y/o actitudes.⁵⁸

3.2.1.2 Investigación Formativa

Es un enfoque útil para planificar programas. Al planificar una nueva intervención, a menudo, los organismos no saben qué deben hacer, pero necesitan comprender la mejor manera de hacerlo. La IF busca en la comunidad en la que se sitúa el organismo en cuestión ayuda para comprender sus intereses y las necesidades de las personas de la comunidad.

La investigación formativa es una investigación que tiene lugar antes de diseñar y ejecutar el programa, o mientras éste se lleva a cabo. La investigación formativa puede ser útil para:

- Comprender a las poblaciones que necesitan los servicios
- Crear programas específicos para las necesidades de estas poblaciones
- Asegurar antes de su lanzamiento que los programas sean aceptables para los usuarios y viables
- Mejorar las relaciones entre usuarios y organismos

3.2.1.3 Estrategia de comunicación

Una estrategia de comunicación es una serie de acciones bien planificadas la cual propone lograr objetivos definidos claramente, por medio del uso de métodos, técnicas y enfoques de comunicación.

El proceso de diseño de una estrategia de comunicación empieza en el campo con la recolección de datos, conociendo a la comunidad e intercambiando información. Después de evaluar la situación con la comunidad, se utilizan las conclusiones de campo, los análisis relacionados con ellas, y se define lo que se quiere lograr.^{59,60}

Los objetivos ayudan a determinar el cómo enfrentar la solución a los problemas y son la base de la estrategia. Estos tratan directamente temas como conciencia, conocimiento, actitudes, prácticas, conductas y participación. Cada uno de ellos representa un nivel de comunicación, que debe ser tratado en forma separada. Si por ejemplo, el objetivo es provocar cambios en la conducta, primero es necesario hacer que la gente tome conciencia de que existe un problema con la conducta que ha tenido.^{59,61,62}

La finalidad del diseño de una estrategia de comunicación es tratar y resolver los problemas a nivel de la comunidad, utilizando las conclusiones de la IF, así como métodos, técnicas y medios de comunicación. La IF subraya la importancia entre la investigación de campo y la planificación estratégica subsecuente. El trabajo realizado durante la IF se utiliza para diseñar la estrategia.⁶⁰

3.2.1.3.1 Desarrollo de la estrategia de comunicación

- **Seleccionar y describir la población objetivo**

Un plan de MS idealmente se centra en una población objetivo (audiencia primaria), aunque a menudo se identifican otras poblaciones secundarias (audiencia secundaria). Es aquí en donde se dice que se hace una segmentación del mercado y también se desarrollan estrategias para este tipo de audiencia.⁶³

- **Realizar un análisis de las barreras, beneficios y competencias**⁶³

- Las *barreras* son las razones por las cuales el público objetivo no puede fácilmente o no quiere adoptar el comportamiento.
- Los *beneficios* son las razones por las cuales el público objetivo de interés adoptaría el comportamiento y/o motivarían a que lo realizaran.
- Las *competencias* son aquellos comportamientos “indeseables” que el público u organizaciones prefieren, apoyan o promueven.

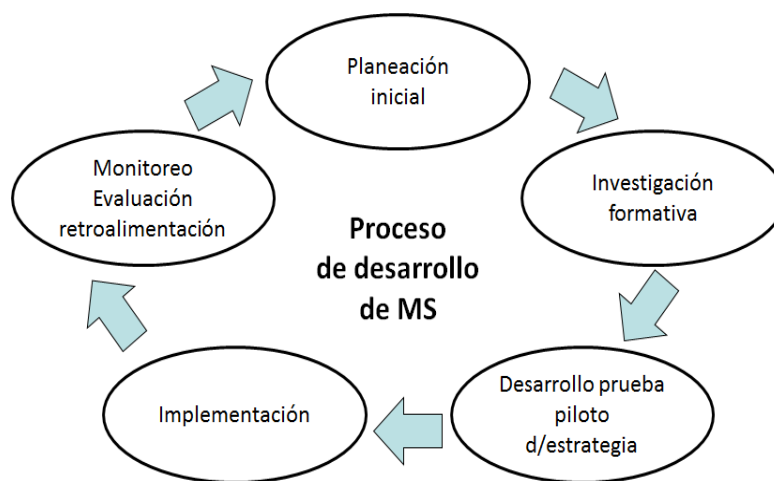
- **Establecer objetivos del mercadeo y metas (conducta, conocimientos, creencias)**

Los objetivos de MS siempre incluyen:⁵⁷

- *Conducta*: algo que influya en la población objetivo
- *Conocimientos* incluyendo información o datos que la población objetivo desea: lo que podría hacerlos más propensos a realizar la conducta deseada.
- *Creencias*: se relacionan más con los sentimientos y actitudes.

- **Desarrollar un Plan de Marketing Estratégico (las 4 P's)**⁵⁸

- *Producto*: es el comportamiento deseado, así como los principales beneficios percibidos para la adopción del comportamiento.
- *Precio*: precios relacionados con las estrategias para reducir los costos e incrementar los beneficios.
- *Plaza*: lugar en donde y cuando el público objetivo realizará el comportamiento deseado, adquirir objetos tangibles relacionados, y recibir todos los servicios asociados. (Ubicaciones físicas, teléfono, correo, Internet, etc.)
- *Promoción*: son comunicaciones diseñadas persuasivamente para inspirar a su población objetivo a la acción. En este paso se determina mensajes, mensajeros y vías de comunicación.



Esquema 1. Proceso de desarrollo del mercadeo social ⁵⁷

3.2.1.3.2 Comunicación en salud

La comunicación en salud ha sido interpretada o definida a través de los años como el estudio de la naturaleza, alcance y función, así como los medios por los cuales los tópicos de salud alcanzan y afectan las audiencias apropiadas. Las áreas de estudio incluyen: métodos de formulación de mensajes, estrategias de implantación y técnicas de evaluación. Puede contribuir a aspectos de la prevención de enfermedades y promoción de la salud. Para el trabajo de comunicación en salud, es fundamental la comprensión de los comportamientos y de las teorías que los explican y que proponen maneras de cambios.⁵⁹⁻⁶¹

Los atributos que debe tener una comunicación de salud efectiva son:

- Exactitud. El contenido es válido y sin errores de hecho, interpretación o juicio.
- Disponibilidad. El contenido es enviado o colocado donde la audiencia puede tener acceso al mensaje. Su colocación dependerá de la audiencia, complejidad del mensaje y propósito. Desde canales interpersonales de comunicación hasta redes sociales, así como TV, radio, kioscos públicos o medios electrónicos tales como periódicos e Internet deben ser considerados.
- Balance. El contenido debe ser apropiado, además de poseer los beneficios y riesgos de acciones potenciales. Debe reconocer diferentes y válidas perspectivas de un asunto.
- Consistencia. El contenido debe poseer consistencia interna y estar en línea con otras informaciones sobre el tema que hayan sido publicadas por expertos.
- Competencia cultura. El diseño, la implementación y la evaluación de los procesos debe considerar los diferentes grupos poblacionales y sus características tales como: etnia, raza, lenguaje, niveles de educación e incapacidad.
- Evidencia base. Evidencia científica relevante que haya sido revisada y analizada rigurosamente para formular guías prácticas, medidas de ejecución y criterios de implementación, así como evaluaciones de tecnologías para aplicaciones de tele salud.
- Alcance. El mensaje debe estar al alcance de la mayor cantidad de personas pertenecientes al público objetivo de la comunicación.

- **Fiabilidad.** La fuente de la información es creíble y el contenido se mantiene actualizado.
- **Repetición.** El envío de la información de forma reiterativa para reforzar el impacto que pueda tener en la audiencia.
- **A tiempo.** El contenido es provisto o se encuentra disponible cuando la audiencia está más receptiva o necesita la información específica.
- **Entendible.** El nivel del lenguaje y el formato son apropiados para las audiencias específicas.

Representa un modelo de cómo la ciencia de las comunicaciones adquiere relevancia social aportando a otras áreas, en este caso a la de la salud, teorías, conceptos y técnicas para mejorar el bienestar de la población.^{59,60}

- ***El diseño de mensajes y de los temas a discutir***

De acuerdo a la propuesta del MS una vez que se ha identificado el contenido, los medios y la manera de cómo se presenta la información se debe comenzar con el diseño creativo de los mensajes y de los aspectos técnicos de la producción de materiales.^{61,62}

3.3 Teorías del comportamiento

El comprender lo que motiva a las personas a adoptar o no conductas saludables ha significado un tema de investigación para poder explicar cómo es que se llevan a cabo estos procesos. Entre las teorías usadas frecuentemente para explicar este proceso se encuentran las teorías del comportamiento.⁶⁴⁻⁶⁶

Para la promoción de la salud, es esencial adentrarse en los comportamientos, sus teorías y de qué manera se pueden cambiar dichos comportamientos para mejorar las condiciones de salud. Según Davison los comportamientos tienen dos características fundamentales: pueden ser influenciados en múltiples niveles (factores intrapersonales o individuales, interpersonales, institucionales u organizativos, comunitarios y de políticas públicas), y son de causalidad recíproca con su ambiente.⁶⁴

Las ventajas de intervenciones en múltiples niveles, combinando componentes ambientales y de comportamiento toma fuerza por la importancia de conocer las teorías que explican las conductas de riesgo y que pueden ayudar a diseñar intervenciones que las modifiquen para favorecer las conductas saludables.^{59,60}

La utilidad de las teorías de comportamiento en salud es que pueden explicar la dinámica del comportamiento, los procesos para cambiarlo y los efectos de las influencias externas en él. Además pueden ayudar a identificar las metas más adecuadas para los programas, los métodos para lograr el cambio y los resultados para la evaluación. Las teorías y los modelos explican el comportamiento y señalan maneras de lograr el cambio del mismo. Estas teorías forman la base para la comunicación en salud y la planificación, implementación y evaluación de programas de salud.

Las teorías de comportamiento que pueden agrupar bajo las siguientes categorías:^{60,-67}

- Modelos de nivel individual
- Teoría de comportamiento interpersonal de salud
- Modelos de nivel comunitario

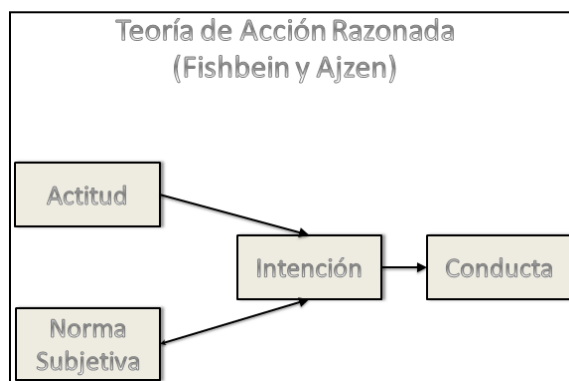
Dos conceptos clave dominan las teorías cognoscitivas del comportamiento en los niveles individual e interpersonal: ^{68,69}

- El comportamiento se considera mediado por el conocimiento, es decir, lo que sabemos y lo que creemos afecta a la manera como actuamos. El conocimiento es necesario pero no suficiente para producir cambios de comportamiento. También desempeñan funciones importantes las percepciones, los sentimientos, la motivación, las aptitudes y factores del entorno social. Cabe destacar que el elemento cultural del receptor de un mensaje de comunicación en salud ha sido objeto de múltiples investigaciones en los últimos años logrando reconfirmar la importancia que tiene este asunto para el desarrollo de mensajes que pretenden cambios de conductas en personas de diversos lugares de origen. ⁶

Si hacemos una comparación entre la Teoría de Acción Razonada y la Teoría Aprendizaje Social destacamos la importancia que le brinda Fishbein y Ajzen al elemento cultural del individuo como uno de los principales determinantes de la conducta. Bandura, por su parte, no expone claramente dicho concepto en su teoría, lo cual limita el análisis esta teoría desde la perspectiva de pensamiento. Finalmente se podría comparar los conceptos actitud (predisposición) propuesto por Fishbein y Ajzen y el término autoeficacia (creencia) de Bandura. Ambos sugieren que a mayor sentido de actitud y autoeficacia inmersa en un sujeto, mayor será la probabilidad de adoptar una conducta preventiva de salud. Esto debido a que la persona cree que las ventajas de adoptar una conducta de salud serán mayores que las desventajas. ⁶

3.3.1 Teoría de Acción Razonada (Fishbein y Ajzen)

La Teoría de Acción Razonada (TAR) de Fishbein y Ajzen trata sobre las creencias, actitudes, intenciones y conducta. Asume que la mayoría de las conductas están determinadas por creencias ocultas que se derivan y están sostenidas por el patrón cultural y social de las sociedades en las que se vive. Esta teoría es una de las más utilizadas en el área de salud. Distingue entre las actitudes hacia una enfermedad o condición y actitudes hacia conductas recomendadas para enriquecer la salud. ^{70,71}



Esquema 2. Teoría de acción razonada. Fishbein y Ajzen (1981)

La TAR no se limita a entender el desarrollo de la comprensión de las interacciones; incluye factores relacionados con la experiencia y de las percepciones de los individuos con respecto a su ambiente junto con sus características personales. ^{70,72}

La norma subjetiva es la creencia que el individuo tiene de lo que las personas que le son importantes desearían que él hiciera. De acuerdo con esta teoría, la intención de adoptar una conducta saludable está equilibrada por:

1. La actitud del individuo sobre si la conducta de enriquecimiento de la salud le será personalmente beneficiosa.
2. Su interpretación de lo que percibe que la gente importante en su vida desearía que él hiciera.

La intención se refiere a la decisión de ejecutar o no una acción particular y dado que es el determinante más inmediato de cualquier comportamiento humano, es considerada la pieza de información más importante para la predicción de una determinada conducta. El componente de la actitud del sujeto hacia el propio desempeño de una conducta específica bajo determinadas circunstancias. Fishbein y Ajzen definen “actitud” como una predisposición aprendida a responder a un objeto en forma consistentemente favorable o desfavorable, este componente apunta a los sentimientos positivos o negativos del sujeto respecto de su conducta en cuestión.^{71,72}

Fishbein resumió las variables subyacentes en la adopción de conductas enriquecedoras de la salud: ⁷³

“En general, para que una persona lleve a cabo cierta conducta, una o más de las siguientes cosas deben ser ciertas...”

- La persona debe haberse formado una fuerte intención positiva (o haber adquirido un compromiso) de ejecutar tal conducta;
- No existen restricciones ambientales que imposibiliten la realización de tal conducta;
- La persona tiene las habilidades necesarias para ejecutar la conducta;
- La persona cree que las ventajas (beneficios, resultados positivos anticipados) resultantes de la ejecución de tal conducta son mayores que las desventajas (costo, resultados negativos anticipados);
- La persona percibe más presión social (normativa) para ejecutar la conducta que para no ejecutarla;
- La persona percibe que la ejecución de la conducta es más consistente que inconsistente con su auto-imagen;
- La reacción emocional de la persona hacia la ejecución de la conducta es más positiva que negativa; y
- La persona percibe que tiene la capacidad para ejecutar la conducta bajo diversas condiciones.”

La TAR sostiene que cualquier variable externa al modelo propuesto (características demográficas, situacionales o de personalidad) puede influir sobre la intención y también, indirectamente, sobre la conducta real, sólo si influye sobre el componente actitudinal y/o sobre el componente normativo y/o sobre sus pesajes respectivos. Es decir, que la relación entre una variable externa y la intención de llevar a cabo una conducta específica está mediada por uno o por los dos factores que determinan la intención (actitud o norma subjetiva).^{71,73}

La TAR representa una importante aportación al estudio del comportamiento humano, ya que ofrece un modelo completo de investigación que toma en cuenta factores que en otras teorías se consideran de manera aislada. Se toman en cuenta factores individuales como grupales, siendo ésta, una de las principales ventajas técnicas. Otra ventaja consiste en abordar el contexto donde tienen lugar estos factores con la suficiente flexibilidad para permitir distinguirlos y medir su ocurrencia.⁷²

3.3.2 Teoría Aprendizaje Social (Bandura)

La Teoría Aprendizaje Social (TAS) empezó a tomar forma a principios de los años 60, cuando Albert Bandura escribió un artículo sobre el aprendizaje social de los niños sugiriendo que los niños aprenden por imitación de los demás. Esto contrastaba con las teorías del aprendizaje predominantes en el momento, basadas en los principios clásicos de estímulo seguido por recompensas para reforzar el aprendizaje.^{74,75}

En lo que respecta a las teorías utilizadas en el campo de la comunicación en salud se destaca la TAS de Bandura, la cual incorpora el refuerzo. Esta teoría, supone un punto de encuentro entre el conductismo y el cognitivismo. Aquí se aprende por observación de los otros, es otra persona la que realiza una acción y luego experimenta sus consecuencias. Bandura da importancia al pensamiento en la medida que considera que el individuo responde a una situación conforme el significado que le otorgue el mismo y esto es cierto tanto si está implicado en la acción como si no.⁷⁴

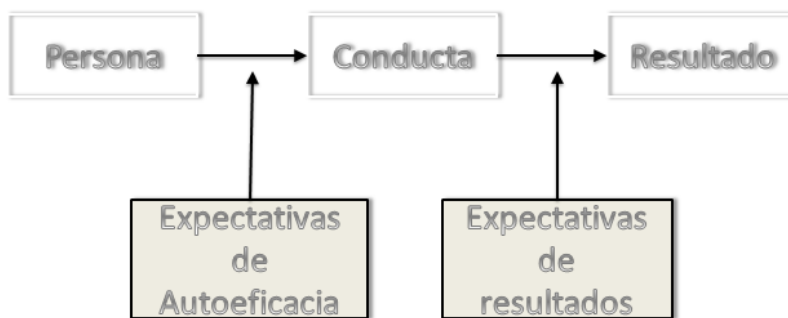
En la TAS de Bandura los seres humanos adquieren destrezas y conductas de modo operante e instrumental, y que entre la observación y la imitación intervienen factores cognitivos que ayudan al sujeto a decidir si lo observado se imita o no. Bandura formuló un número de conceptos que son importantes para la comprensión de enfoques individuales con relación a la adopción de conductas de enriquecimiento de la salud.⁷⁶

Entre los conceptos formulado por Bandura como importantes para la promoción de conductas saludables están:

78,79

- capacidad de conducta, asegurar que las intervenciones de salud provean a los individuos el conocimiento y las habilidades para ejecutar una conducta específica, tal como usar un condón o seleccionar comidas bajas en grasa
- expectativa, asegurar que las intervenciones de salud enfatizan los beneficios y resultados positivos de la conducta enriquecedora de la salud
- aprendizaje por observación, asegurar que las intervenciones de salud incluyan modelos creíbles de conducta saludable y que contengan beneficios positivos
- autoeficacia, asegurar que las intervenciones de salud aumenten la confianza del individuo en su habilidad para realizar la conducta especificada
- determinismo recíproco, recordar que los comportamientos son el resultado de interacciones entre la persona y su entorno, y asegurar que las intervenciones incorporan acciones relacionados con el entorno.

El valor que concede Bandura a las expectativas es la clave para entender la perspectiva cognitiva de su teoría. Bandura distingue entre expectativas de autoeficacia y de resultados. El concepto de Bandura de determinismo recíproco describe las influencias mutuas entre la persona, el ambiente y la conducta. La autoeficacia se refiere a la creencia de que uno puede realizar una conducta particular. La TAS deja en claro la importancia de desarrollar programas de comunicación en salud que incorporar estrategias promoviendo estilos de vida saludable del individual y del entorno.⁷⁷



Esquema 3. Teoría del Aprendizaje Social. Bandura (1978)

4. Planteamiento del problema

La LME es una práctica fundamental en el crecimiento y desarrollo normal del niño, la cual conlleva a múltiples ventajas tanto en el binomio madre – hijo como para los costos sociales y económicos. Diversas instituciones y organizaciones a nivel mundial la recomiendan ya que reconocen su importancia, pues en niños menores de un año favorece la disminución de la morbi-mortalidad por IRAS y EDAS, previene la obesidad y sobrepeso infantil en menores de cinco años.

Se estima que la magnitud del problema en Latinoamérica es de más de 500,000 muertes anualmente en niños menores de cinco años como consecuencia de IRAS y EDAS estimando en catorce veces mayor en aquellos niños que no son alimentados al seno materno. En el caso de México la tasa de mortalidad infantil en menores de un año por mil nacidos vivos fue de 13.2 a nivel nacional y 12.1 en el estado de Morelos para 2012 y 17.5 en 2010 en el caso de Cuernavaca.^{78,79}

En México, a pesar de que el Programa Nacional de Lactancia Materna ya tiene más de 20 años de ser implementado no ha repercutido en favor de la práctica de la LME/LM, incluidas diversas campañas y materiales que dicho de paso son escasas y al parecer no adecuadas para la PO, además de carecer de evaluaciones que señalen un impacto en la población sobre la práctica de la lactancia materna. Por lo cual existe una necesidad de profundizar y ampliar la búsqueda de elementos para reforzar la información que se les brinda a las madres primigestas con la expectativa de acrecentar las prácticas de LME durante los primeros seis meses de vida del infante considerando que la tendencia de la promoción en salud incluye la comunicación social entonces se puede pensar en explorar:

¿Cuáles son los elementos relevantes de abordar que deben de estar presentes en una estrategia de comunicación para que las mujeres primigestas realicen LME los primeros seis meses de vida?

15. Justificación

La práctica adecuada de la lactancia materna exclusiva es un tema relevante en la salud pública, pues constituye un factor positivo en la salud de infantes y de madres. Su promoción representa una acción eficaz para prevenir la mortalidad en la niñez, el cual es uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la Organización Mundial de la Salud.¹⁵

La promoción de la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida, favorece la reducción de la morbimortalidad por enfermedades infecciosas en la población infantil (IRAS y EDAS). También se ha observado que la prolongación de la LM hasta los dos años de vida del bebé previene la obesidad y sobrepeso infantil en menores de cinco años, actuando como un elemento protector de los riesgos en etapas posteriores, disminuyendo el riesgo de padecer enfermedades crónicas y degenerativas en años posteriores de la vida y los altos costos de atención asociados que implican.^{31-33, 35}

En el caso de las madres diversos estudios reportan que la práctica de la LME se relaciona con menor incidencia de cáncer de mama y ovario, menor tiempo en la recuperación del peso durante el posparto, retardo en la ovulación lo que propicia un método de anticoncepción natural además de que fortalece la relación afectiva entre el binomio madre-hijo así como ventajas económicas las cuales repercuten a nivel familiar y de la sociedad.^{31,35,80}

Las estrategias de comunicación basadas en el MS tienen como fin el crear un cambio social mediante el cambio de actitud de las personas, las estructuras exteriores, modificar o eliminar comportamientos relacionados con alimentación y salud. Por más de una década el Center for Disease Control ha utilizado las campañas de comunicación para los fines antes descritos.⁸¹

Es importante diseñar estrategias para la comunicación en salud, con el compromiso de que las comunidades se impliquen no sólo en la participación de éstas sino en todo el proceso de diagnóstico, planificación y ejecución de los programas, también resulta conveniente su cooperación en el fortalecimiento de las organizaciones sociales que finalmente permita que la población se constituya como un interlocutor válido y con poder suficiente para convertirse en parte activa de las intervenciones.

En el presente estudio se hará una IF como parte de la metodología del MS en el Hospital General Dr. José G. Parres del municipio de Cuernavaca, Morelos con la participación de mujeres primigestas entre 20 a 35 años de edad entre el tercer trimestre de gestación y los seis meses posteriores al parto para el diseño de una estrategia de comunicación para la promoción de la LME. La finalidad de la IF es contar con un material con el cual la PO se sienta más identificada y se adapte a sus necesidades de información para promocionar y apoyar la lactancia con madres morelenses. El aporte que se desprenderá de este trabajo también podrá servir como apoyo a educadores, estudiantes y profesionales de la salud.

6. Objetivos (general y específicos)

Objetivo general

Diseñar una estrategia de comunicación basada en el mercadeo social para la promoción de la Lactancia Materna Exclusiva los primeros seis meses de vida con la participación de mujeres primigestas de 20 a 35 años usuarias del Hospital General Dr. José G. Parres localizado en el municipio de Cuernavaca, Morelos entre el tercer trimestre de gestación y el primer semestre postparto.

Objetivos específicos

Distinguir los conocimientos acerca de LME/LM entre la PO y los Prestadores de Salud (PS)

Identificar las barreras percibidas en la PO y los PS por las cuales las mujeres primigestas no llevan a cabo la LME durante los primeros seis meses de vida del infante.

Identificar las ventanas de oportunidad percibidas en la PO y los PS para que las mujeres primigestas logren una LME durante los primeros seis meses de vida del infante.

Definir los elementos que deben de aparecer en la estrategia de comunicación referida por las mujeres primigestas de 20 a 35 años para que logren una LME durante los primeros seis meses de vida del infante.

Se realizó un estudio transversal, exploratorio descriptivo con abordaje cualitativo. El estudio se enfocó en identificar y analizar las barreras y los facilitadores que las mujeres primigestas tienen para llevar a cabo la práctica de la lactancia materna exclusiva. La población de estudio se estableció bajo los siguientes criterios de inclusión: mujeres de 20 a 35 años de edad, primigestas, que estuvieran entre el segundo trimestre de embarazo y el primer semestre postparto, que asistieran al Hospital General Dr. José G. Parres de la ciudad de Cuernavaca, Morelos y que estuvieran de acuerdo en participar en el estudio. La investigación se desarrolló durante los meses de mayo a julio de 2013. El trabajo de campo inicio con el contacto de las autoridades del Hospital, así como la autorización de los participantes (carta de consentimiento informado) para participar en la investigación, lo cual implicaba aceptar la entrevista y permitir la difusión de los resultados con fines científicos exclusivamente.

En la primera etapa se realizó un trabajo de acercamiento en el Hospital General Dr. José G. Parres con el personal de salud del Hospital. Posterior a ello se comenzó con el método de observación el cual se desarrolló con base en una guía específicamente diseñada para el estudio (ver anexo A) que permitió identificar las condiciones físicas del lugar donde se presta atención a las mujeres del grupo blanco, los materiales de promoción de LME/LM, la recepción de las usuarias desde que ingresan al Hospital hasta que son atendidas y las actividades que se desarrollan en su estancia dentro del Hospital.

Posterior a ello se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas al PS del Hospital General Dr. José G. Parres que están en contacto directo con la PO sobre la información que reciben por parte de ellos y en el Hospital; así como las prácticas de la LME/LM que perciben se realiza entre la población de estudio. Tales entrevistas se hicieron a cinco actores que se identificaron mediante el primer acercamiento al Hospital y en otros casos por el método de bola de nieve, en el cual un informante menciona a un posible entrevistado(a). La finalidad de estas entrevistas fue el identificar aquellos temas que por experiencia propia consideren son los más comunes entre las embarazadas y mujeres en etapa postparto sobre la práctica de la LM, además de explorar desde su experiencia como profesionales de la salud, las principales inquietudes y problemas que tienen las mujeres usuarias de este hospital para poder practicar la lactancia materna y reflexionar sobre el tipo de información o apoyo que sería adecuado incluir en una estrategia de comunicación.

Posteriormente se realizaron 16 entrevistas a mujeres, 8 embarazadas y 8 mujeres postparto, quienes cumplían con los criterios de inclusión definidos previamente y que acudieron al Hospital Dr. José G. Parres del municipio de Cuernavaca Morelos. Las entrevistas semiestructuradas fueron utilizadas como técnica principal de recolección de datos, tanto con las mujeres participantes como con el PS.

Todas las entrevistas fueron audigrabadas previo consentimiento y transcritas; posteriormente fueron vaciadas en matrices comparativas para poder hacer el análisis de la información y de esta manera poder identificar el/los medio(s), canales, mensajes para el diseño del material de la promoción de la LME por seis meses.

En la guía de entrevista que se les realizó a la PO se exploraron creencias, experiencias, actitudes y pensamientos para identificar con mayor profundidad la percepción general sobre la lactancia materna así como las barreras y oportunidades. Al final de la entrevista se pidió que mencionaran una/unas propuestas para una estrategia de comunicación sobre LME/LM.

La construcción de los instrumentos se basó en el método del MS el cual incluye a su vez componentes de Teorías del comportamiento, promoción a la salud y comunicación social. Las teorías del comportamiento que se utilizaron fueron la Teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen y la Teoría Aprendizaje Social de Bandura.

Antes de la entrevista a todas las mujeres se les aplicó un cuestionario para conocer el perfil socioeconómico; las prácticas de LME/LM en su familia y entorno; conocimientos sobre LME/LM; percepción sobre LME/LM; planes de lactar; apoyo de los servicios de salud para poder llevar a cabo la LME/LM; y lo referente a el tema de comunicación de la lactancia materna en los servicios de salud.

La triangulación de la información se logró utilizando dos técnicas diferentes: observación y entrevistas semiestructuradas. Esta última técnica se utilizó con dos actores diferentes: PS y PO.

El análisis de los datos cualitativos se apoyó en el análisis de contenido, dando paso a la lectura y relectura de cada entrevista, codificando de acuerdo a la guía inicial y vaciando fragmentos de texto en las matrices que fueron especialmente diseñadas para el análisis. Seguidamente, fueron codificadas y separadas en unidades de significados colectivos, por frases y palabras representativas, los cuales dieron lugar a los pre-temas, de donde finalmente emergieron las diferentes categorías o temas principales del estudio.

8. Análisis de factibilidad

Para lograr el desarrollo del estudio y proponer una estrategia de comunicación era necesario valorar todos los aspectos que pudieran favorecer o limitar su implementación, por tal razón se desarrolló un análisis de factibilidad con base en los componentes del Método de Hanlon.

PERTINENCIA: El estudio es pertinente ya que el propio Hospital incluye a la lactancia materna como parte de sus programas prioritarios debido a los diversos beneficios que conlleva tanto para el infante como para la madre, además de estar respaldada por las recomendaciones que establece la OMS y la UNICEF quienes elaboraron la Estrategia Global para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño en 2002, la cual establece objetivos basados en un enfoque de derechos humanos haciendo un llamado a el desarrollo de políticas nacionales integrales sobre alimentación del lactante y del niño pequeño.^{5, 11}

Finalmente, dado que el Hospital está certificado como Hospital Amigo del Niño y de la Madre es conveniente contar con evidencia objetiva para contar con un diagnóstico actualizado y hacer recomendaciones y mejoras concretas con base en dicha evidencia.

FACTIBILIDAD ECONOMICA. El estudio es factible debido a los bajos costos del diseño que pueden ser asumidos por la salubrista en formación y además, si se logra implementar la campaña, los costos son reducidos (el hospital cuenta con recursos humanos que pueden desarrollar los materiales) y como se ha documentado en otros estudios 9,10 lograr un incremento en las tasas de LM (modalidad y duración) disminuye costos de salud pues se reducen las enfermedades en los infantes, lo que ahorra costos en horas de consultas y medicamentos que pudieran ser destinados para esta población. Por otra parte se ha documentado que se ahorra el dinero que implica preparar biberones (fórmulas lácteas, biberones, gasto de energía, agua, jabón), que se disminuye la contaminación ambiental y que las madres faltan menos al trabajo dado que disminuyen las ausencias laborales al disminuir el número de infantes enfermos (llevar a consulta y cuidados en casa).

ACEPTABILIDAD. El estudio fue aceptado por el PS del Hospital (inicialmente, con algún temor de sentirse evaluado) y fue aceptado también por la PO ya que es una práctica que si bien ha disminuido, sigue siendo aceptada socialmente por los beneficios que conlleva la realización de la práctica de la lactancia materna. En un inicio el PS se mostró algo renuente ya que tendría que destinar un tiempo específico de sus actividades cotidianas para participar en las entrevistas. Es por ello que se incluyó en el estudio una propuesta de material, que además de informar sobre el tema de la lactancia materna exclusiva, servirá de alguna manera para sensibilizar al personal de salud para que promuevan esta práctica entre las usuarias esta práctica.

DISPONIBILIDAD DE RECURSOS. Este es uno de los retos a los que se enfrentará la implementación de dicha estrategia ya que los servicios de salud en repetidas ocasiones se encuentran con limitación de recursos financieros. Sin embargo, la disponibilidad de recursos humanos podría ser más factible porque se encuentran ya en áreas específicas y es justo ese personal de salud el que nos interesa que tenga la información pertinente ya que son las personas que se encuentran en contacto directo con la audiencia a la que va dirigida esta estrategia.

LEGALIDAD. El acceso a un nivel adecuado de protección social es un derecho fundamental de todos los individuos reconocido por las normas Internacionales del trabajo y por las Naciones Unidas. Además, es considerado un instrumento para la promoción del bienestar humano y el consenso social, que favorece la paz social y es indispensable para lograrla, y por lo tanto para mejorar el crecimiento y el comportamiento de la economía.⁴⁶

El derecho a la salud está plasmado en el Artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.²⁴ La Ley General de Salud reglamenta el derecho a la protección de la salud. El Artículo 31 habla de la atención Materno Infantil y el Artículo 61 señala que dicha atención es prioritaria. El Artículo 64 a su vez dice que el sistema de salud establecerá el fomento a la Lactancia Materna. Sobre la atención del recién nacido, la Norma Técnica N. 37 regula los artículos anteriores y por acuerdo No. 95 de la Secretaría de Salud, el 28 de Mayo de 1991, crea el Comité Nacional de Lactancia Materna. La Ley Federal del Trabajo, en el Artículo 170 menciona en el apartado II que disfrutaran de un descanso de seis semanas anteriores y seis posteriores al parto; IV dice que en el periodo de lactancia tendrán dos reposos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos, en lugar adecuado e higiénico que designe la empresa.⁴⁷ Por último, el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria publicado en 2010 menciona dentro de sus 10 objetivos prioritarios “Promover y proteger la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, y favorecer una alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses de edad”.⁴⁸

9. Consideraciones éticas

Se siguieron las normas de ética en investigación reguladas por la Declaración de Helsinki, y El Comité de Ética del Instituto Nacional de Salud Pública aprobó estos formatos y el proyecto en su conjunto el 13 de marzo de 2013 con Folio Identificador Vo88.

La información obtenida de la población entrevistada fue confidencial y se garantizó su uso para los fines requeridos en este estudio, que son estrictamente académicos. Se leyó a los participantes consentimientos informados

orales y se entregó a los participantes una tarjeta con los datos básicos del estudio y responsables de la investigación/información.

La participación en el estudio no implicó riesgo alguno para los participantes. La participación en este estudio fue voluntaria y se les informó que podían negarse a participar o de retirarse del mismo en cualquier momento sin que su decisión de participar o no afectara de los servicios que les brindaban en el Hospital. (VER ANEXO F)

10. Resultados

Características físicas y promoción de la lactancia en el Hospital

La información que se recabó por medio de la observación estuvo enfocada a identificar y describir tanto las actividades de promoción a la LM que se realizan en el hospital, como los materiales utilizados y los espacios destinados. El ejercicio se desarrolló en las instalaciones del Hospital General Dr. José G. Parres del 22 mayo al 6 de junio del año en curso y se realizó entre las 7:00 y las 14:00 horas en días hábiles pues es el horario en el que se presta atención a las usuarias de consulta y cuando se llevan a cabo las actividades relacionadas con la promoción de la lactancia. Se observaron aspectos físicos del hospital, los materiales de promoción sobre LM, la recepción que se les da a las usuarias, en particular a las del grupo blanco, las actividades que se desarrollan en el área de espera, así como la consejería que reciben en el hospital.

En primera instancia se observó que las mujeres de la PO asisten al área de consulta externa de las especialidades de perinatología, ginecología y pediatría. El área de perinatología comparte la sala de espera con el área de tamiz auditivo y las dos últimas comparten la sala de espera junto con otras cuatro especialidades (nutrición, cirugía general, urología y clínica colposcopia). El grupo de población de este estudio también es atendida en el área de hospitalización de ginecología y obstetricia el cual se encuentra ubicado en el tercer piso del nosocomio y comparte el servicio de enfermería con el área de pediatría. En esta área, la PO es atendida por complicaciones durante el embarazo tales como preclampsia, amenaza de aborto, miomatosis uterina, taquicardia fetal, antecedentes patológicos, entre otras; además de ser atendidas después del evento de parto (vaginal o quirúrgico).

Entre las características físicas de las áreas antes mencionadas se observó, en general, que el estado de los servicios de las instalaciones son higiénicos predominantemente en el área de hospitalización ya que se tiene un mayor control en la afluencia de personas que ingresan a esta área tanto de personal del hospital como de familiares de las pacientes, a diferencia de los servicios de consulta externa en perinatología, ginecología y pediatría en donde constantemente concurren pacientes, familiares, personal del hospital e incluso vendedores ambulantes esto último observado en la sala de espera de la consulta externa del área de perinatología.

Con relación a la recepción de las usuarias desde el momento en que ingresan al Hospital hasta que se encuentran con el proveedor de salud, se identificaron los siguientes aspectos: las usuarias ingresan al Hospital en donde el primer contacto es con el personal de seguridad que pide que se identifiquen con su carnet o alguna identificación para poder acceder, posteriormente, si es la primera vez que se atienden en el Hospital, acuden al área de informes en el cual

la recepcionista indica cuales son los procedimientos que tiene que seguir o de lo contrario pasan directamente a la recepción del área a donde vayan a la consulta o a la hospitalización. En el área de consulta las atiende la enfermera de cada servicio para recibir su carnet y les piden que tomen asiento mientras les corresponda su turno para ser atendidas. La sala de espera de la consulta externa del área de pediatría y ginecología cuenta con 24 asientos los cuales no están completos y es compartida con las demás especialidades antes mencionadas.

La privacidad que el grupo de mujeres embarazadas y gestantes primigestas tiene en su atención depende del área en el que son atendidas. En la consulta externa, los consultorios se encuentran a una distancia la cual no permite escuchar ni ver lo que a la usuaria se le está revisando o diciendo, en cambio en la hospitalización las habitaciones en donde están alojadas son compartidas (tres en cada habitación) y lo único que las divide son unas cortinas, las cuales no siempre están recorridas por lo que cada vez que pasa el personal de salud o bien los familiares se encuentran expuestas a que se vea o se escuchen las indicaciones que se les están proporcionando.

El hospital no cuenta con un espacio físico específico donde se brinde consejería sobre lactancia materna, esta se realiza en el caso de la consulta externa en la sala de espera la cual, como ya se mencionó con anterioridad, se comparte con otras especialidades y en el caso de ginecología con población distinta a la del grupo de interés. En el área de hospitalización la consejería se realiza en las habitaciones donde están atendidas también mujeres tratadas con diferentes afecciones ginecológicas. Las consejerías que el hospital brinda a las usuarias del grupo blanco las ofrecen en la consulta externa enfermeras de cada una de las áreas y en el caso de la hospitalización las enfermeras a cargo, la trabajadora social, la nutrióloga y estudiantes de la carrera técnica de enfermería que realizan sus prácticas o el servicio social en el hospital, aunque cabe recalcar que en el tiempo que se realizó en trabajo de campo únicamente se observó la consejería por parte de la trabajadora social encargada de esta área.

La consejería sobre LM que proporciona la Trabajadora Social de esta área se enfoca en los beneficios para la madre y el bebé entre los que se encuentran la protección para el infante para evitar enfermedades y para la madre menos posibilidades de padecer cáncer cérvico uterino y cáncer de mama y principalmente las técnicas para preparar los senos y el pezón para amamantar. Durante la consejería no se utiliza algún material de apoyo, así que la explicación sobre los masajes que las mujeres deberían de hacer para la preparación de los senos se realiza sobre el propio cuerpo de quien ofrece la plática. Esta explicación tuvo una duración de aproximadamente diez minutos. Esta plática la realiza la trabajadora Social en dos diferentes horarios (9:00 y 13:00). En ocasiones las pacientes escuchan más de una vez la consejería en el caso de encontrarse hospitalizadas junto con otras pacientes que no la han recibido.

La sala de espera del área de consulta externa de ginecología y pediatría cuenta con una pantalla de televisión la cual se encuentra apagada y por comentarios del propio personal de salud se identificó que sólo funcionó en una ocasión.

En lo correspondiente a la promoción de LM se identificaron diversos tipos de materiales. Los que se encuentran colocados en alguna de las paredes del hospital que en total suman tres, un cartel de aproximadamente unos 60 cm de largo colocado en el consultorio de Nutrición elaborado por la Secretaría de Salud y el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia en el cual el tipo de información que incluye es sobre los beneficios de la LM para el infante y la madre así como una fotografía de un infante lactando, similar a la del tipo de población del grupo blanco, que abarca aproximadamente la mitad del cartel.

Un segundo material se encuentra ubicado entre el segundo y tercer piso que conduce al área de hospitalización de pediatría y ginecología esta es una manta de aproximadamente un metro de largo; el contenido de esta manta es sobre algunos de los beneficios de la LM para el infante y muestra un dibujo a color de una madre lactando a un bebé. El material fue elaborado por estudiantes del bachillerato tecnológico.

El tercer material se encuentra colocado en la pared más amplia del área de hospitalización del piso de ginecología el cual de manera gráfica representa las características que debe de tener un Hospital Amigo del Niño y la Madre en una manta de aproximadamente un metro de largo y dos metros de ancho, agrupándolo en tres columnas las cuales son “una lactancia exitosa”, “acciones de atención medica” y “de promoción”. La columna que representa “una lactancia exitosa” incluye las recomendaciones de la OMS, esto es, los Diez pasos hacia una feliz lactancia exitosa.

Las imágenes representan en su mayoría a mujeres y bebés con características físicas similares a las de la PO.

Además de la plática, se observó que durante la hospitalización se les entregan trípticos con información de LM a las mujeres embarazadas y puérperas, éstos son tres diferentes diseños los cuales son fotocopiados en blanco y negro. Uno de ellos con el título de “Cómo amamantar correctamente” elaborado por los Servicios de Salud de Morelos y el programa Arranque Parejo en la Vida; en su portada se distingue el dibujo de una silueta de una mujer lactando a un bebé y trata temas como los beneficios de lactar al bebé, el inicio de la LM, la duración optima de la LM, la capacidad de toda mujer para llevarla a cabo, algunos consejos prácticos de cómo llevar a cabo una adecuada técnica de lactancia, recomendaciones para que la madre se mantenga saludable en el periodo de lactancia, cómo extraer y almacenar la leche en caso de que la madre trabaje o tenga que salir, las medidas de higiene que debe de mantener, cómo identificar si el bebé está comiendo bien y la recomendación de que en caso de tener alguna duda o molestia acudir al Centro de Salud más cercano. En su mayoría la información está por escrito y es ilustrada en algunos casos por dibujos sencillos.

El segundo folleto es titulado “Lactancia Materna. Un privilegio de salud y bienestar para ti y tu bebé...” y en su portada aparece una pareja sonriente con un hombre observando a una mujer la cual se encuentra amamantando a un bebé. El tríptico contiene información escrita y grafica sobre las ventajas de la alimentación al seno materno, los beneficios de la leche materna para el bebé y la mamá y la recomendación de acudir a la clínica o al hospital donde existe personal que puede ayudarla a aclarar dudas respecto a la LM. Por ser un material fotocopiado no se distingue la autoría del tríptico.

El tercer folleto trata el tema de “Malformaciones del pezón. Un problema que puede impedir una lactancia materna”, la información que contiene es escrita y gráfica (fotografías principalmente), sobre la importancia de tener unos pezones adecuados para mantener una lactancia exitosa y evitar complicaciones durante el periodo de amamantamiento, el tipo de pezones que puede tener, las técnicas para la corrección de pezones y finalmente de forma breve los beneficios de la LM en el bebé y la madre. Este material fue elaborado por las estudiantes de la licenciatura en enfermería de la Escuela de Enfermería de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos y asesoradas por la Jefa del Servicio de Ginecología del Hospital y la Supervisora de la práctica.

El Servicio de Enfermería cuenta también con dos rotafolios que se utilizan como apoyo en la consejería de la LM ambos tienen un tamaño aproximado a 40 cm de largo por 50 de ancho en forma de libreta con espiral. Uno fue donado por una alumna de la licenciatura en enfermería, aparece su nombre pero no la institución de procedencia. La información se encuentran por escrito e ilustrada a color y los temas que trata son el inicio de la LM, duración de la LM, qué es el

calostro y sus beneficios, los aspectos que se deben de considerar para una adecuada preparación de la LM la preparación del pezón durante el embarazo, las ventajas de lactar para la mamá y el bebé la técnica correcta para amamantar en siete pasos ilustrados la aclaración de mitos con un lenguaje sencillo y recomendaciones generales para una lactancia exitosa. Cabe señalar que varias de las fotografías que aparecen en este material muestran a madres con características físicas considerablemente diferentes a las de la mayoría de la PO. Un segundo rotafolio proviene de la Escuela de Enfermería de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos en el año de 2010 que lleva por título “Regalo para toda la vida”, en este caso las fotografías que se muestran se acercan más a las características físicas a las de la población de interés. La información está por escrito e ilustrada, se incluye la anatomía de la mama, las ventajas de la LM tanto para la madre como para el bebé, mitos y creencias sobre la LM, la importancia de la nutrición de la madre durante la LM, algunas de las técnicas sobre LM (sentada, acostada y semisentada), extracción manual de la leche materna (las imágenes no son muy claras), algunas prácticas que se deben de evitar, cómo conservar la leche materna y cuidado de los senos. El material se encontraba deteriorado.

Conocimientos y promoción de la lactancia entre el personal de salud

Se realizaron cinco entrevistas semiestructuradas al personal de salud (PS) que trabaja en el Hospital General Dr. José G Parrés que están en contacto directo con la PO. Se entrevistó a un médico especialista, personal de enfermería y a personal de Trabajo Social.

A continuación se presenta en el cuadro I las características del personal de salud entrevistado.

CUADRO I. CARACTERÍSTICAS DEL PERSONAL DE SALUD ENTREVISTADO					
Nombre	Edad	Formación académica	Lugar y año donde realizó sus estudios	Puesto que desempeña en el hospital	Tiempo que lleva laborando en el hospital
Alberto	65 años	Ginecólogo Perinatología	Hospital de Gineco Obstetricia, Dr. Luis Castelazo Ayala (IMSS) 1978 Diplomado Perinatología 1988	Ginecólogo	“Desde 1994”, (19 años)
Norma	50 años	Enfermera general	UAEM 1982	Enfermera operativa	19 años
Diana	50 años	Lic. Enfermería	UAEM 1984	Enfermera especialista en pediatría	16 años trabajando en el área de pediatría del Hospital
Magda	-	Enf. Gral. IPN Cursos de Admo. Diplomado de ginecología y maternidad, 2012 Cada año cursos de actualización en la Hospital General en la Cd. de México	No quiso decir el año en que cursó sus estudios, pero menciona que cada año está en actualización.	Jefe de servicio	19 años

Luz	61 años	-	-	Trabajo Social en el área de ginecología	14 años de trabajar en el HG Parres y 4 años en el área de ginecología
-----	---------	---	---	--	--

El PS entrevistado lleva laborando en el Hospital entre 14 años y 19 años lo cual permitió en alguno de los casos conocer los cambios percibidos que ha tenido el hospital desde su apertura, la certificación del Hospital como HANyM y las actividades de promoción de la LME que se realizan actualmente en el Hospital.

Entre las principales funciones que realizan es la atención directa con la PO ya sea en la consulta o en la hospitalización, atención al paciente, temas de promoción a la salud incluido el tema de LM/LME, la organización del servicio, administración, enseñanza, el estudio socioeconómico cuando ingresan las pacientes y la consejería de LME/LM.

El tiempo que los prestadores de los servicios de salud dedican para la promoción de la LM/LME en el turno de trabajo no está determinado con exactitud, pero todos reportan dedicar un tiempo a la promoción de la lactancia diariamente como parte de sus actividades dependiendo del puesto que desempeñan. En el caso del médico especialista en cada una de las consultas, el personal de enfermería en las pláticas que dan en la sala de espera y durante toda la jornada de trabajo y el personal de Trabajo Social dos veces al día en una plática de aproximadamente 10 minutos por habitación (10 habitaciones con 3 camas cada una).

Con relación a si tenían conocimiento de la certificación de la institución como HANyM así como el tiempo en el que le fue otorgado todos contestaron saber de la certificación pero no desde cuándo, y quienes proporcionaron alguna información lo hicieron incorrectamente. Sobre si durante el tiempo que el programa se ha implementado habían percibido que la implementación de las acciones recomendadas se llevaban a cabo de forma adecuada y si se veían mejoras o cambios favorables los prestadores dijeron que sí se realizaban de forma adecuada y que las mejoras se observaban desde el mayor y mejor equipamiento del instrumental, más personal y mayor capacitación de los recursos humanos, la sensibilización de parte del personal del Hospital en el tema de LM así como mayor apego en el tema de LM en las madres usuarias, la disminución de enfermedades y la mejora de la salud en los niños.

Se realizaron preguntas para identificar los conocimientos que tienen los prestadores de los servicios de salud en materia de LM y LME. Al pedirles una definición de la LM y la LME en general se refirieron al acto de alimentar al infante con leche proveniente de la madre integrando en esta definición algunas propiedades nutricionales y como una práctica “natural” y “biológica”. Se les pidió precisar entre las diferencias entre la LM y la LME, solo la enfermera del área de consulta externa de Ginecología pudo definir las diferencias, la enfermera de consulta externa de Pediatría la menciono como *“la que el servicio de salud le recomienda a las mujeres”* (Diana, 50) mientras que los demás entrevistados mencionaron no saber la diferencia o decir que *“no hay diferencia de una LM y LME, solo hay una lactancia”* Magda.

Acerca de los beneficios de la práctica de la lactancia que identificaban identificaron la protección de enfermedades para el bebé, nutriente y agentes inmunológicos en la leche materna, además de evitar exponerlo a contaminantes debido al inadecuado manejo higiénico personal y de los biberones. Sobre cuándo se debe de comenzar con la lactancia todos coincidieron que el primer día es el indicado y con respecto a la duración contestaron que por seis meses, por un año y otros desconocían el tiempo recomendado. En relación con la edad de la introducción de otros líquidos además de la leche materna y alimentos sólidos en la dieta del infante comentaron que es conveniente hacerlo

después de los seis meses de edad, a partir del año de edad y hubo quien manifestó que lo referente a la alimentación del bebé es un tema que concierne al área de Pediatría.

Entre las preguntas que se realizaron sobre los conocimientos de LM y LME se exploró su opinión sobre dar Sucedáneos de Leche Materna (SLM) a niños menores de seis meses, las ventajas y desventajas de su consumo y si en el Hospital se les da SLM y, en caso de ser así, quién se las proporciona. Sus posturas fueron casi en su totalidad que no es recomendable dar SLM, que los beneficios de la leche materna superan a los de los SLM incluidos el valor nutritivo, el que se enfermen menos los infantes y los lazos afectivos que se generan al llevar a cabo dicha práctica. Cabe mencionar que la opinión de uno de los informantes sobre dar SLM a los niños antes de los 6 meses fue que *“no es tan mala como dicen, toda una generación tomó leche de fórmula, mis hijos tomaron leche de fórmula y no pasa nada”* PS1, señaló. Todos los entrevistados coincidieron que en el Hospital no se les proporciona SLM pero sí comentaron que hay **personal de salud del Hospital** que la solicita y se muestran renuentes a la práctica de la LM con el argumento de que *“aun así todavía hay compañeras o familiares que exigen la fórmula complementaria, sobre todo cuando la mamá no tiene buena técnica de proporcionar el seno materno.”* (Norma, 50 años).

Sobre los principales problemas que identifican los prestadores de los servicios de salud de este Hospital para que las usuarias lleven a cabo la LM/LME refieren como principal obstáculo la incorporación a sus trabajos y la deformación de los senos. También se hace mención de los problemas de salud de la madre como el uso de medicamentos contraindicados durante la lactancia, problemas de pezón (mastitis), o bien las mujeres que consideran que sus hijos crecen bien con SLM por las experiencias previas que han tenido con alguno y/o algunos de sus demás hijos.

Ante estos problemas para que las madres lleven a cabo la práctica de la LME y LM se les pidió que externaran posibles recomendaciones; destacó el dar información a través de pláticas explicándoles ampliamente sobre los beneficios de la LME y LM, así como los posibles riesgos que conlleva el alimentar al bebé con SLM y que en caso de tener que reincorporarse al trabajo enseñarles extraer la leche materna. Una de las informantes mencionó que se debe de hacer trabajo en equipo, señalando que se deben de dar *“pláticas en el control prenatal (Centro de Salud) para que cuando lleguen a la hospitalización tengan información y continuar aclarando dudas...trabajo en equipo, que en el control prenatal vean el tipo de pezón, que les digan la importancia de lactar”* (Magda). Por su parte otra de las informantes externó la necesidad de que exista una mejor capacitación al personal de salud para poder brindar información más adecuada a las madres.

Sobre cómo se adquirieron los conocimientos compartidos durante la entrevista las respuestas fueron diversas. Uno de los varones comentó que fue Jefe de Ginecología en la época que el Hospital se certificó como HANyM por lo cual tuvo que *“empaparse de todo eso (temas sobre LM) para la certificación del Hospital”* (Alberto, 65 años), pero comentó que la información que tuvo fue de forma general en el año de 1994 y que no ha recibido un curso adicional. Una de las informantes dijo que no había tenido ningún curso y que lo que ella sabe es por la formación que recibió en su carrera profesional; además, comentó que sí llevará un curso ella lo tendría que costear pues la institución no se los apoya con esos gastos.

Dos informantes mujeres del área de Ginecología mencionaron que sí han tenido cursos sobre LM aparte de la experiencia que han tenido por su trabajo, *“actualmente no he tenido oportunidad de estudiar cursos, pero sí nos han dado cursos en el hospital sobre LM, sobre su importancia, sobre las técnicas para amamantar y en parte yo estuve*

trabajando mucho tiempo en ginecología con mujeres puérperas y ahí es en donde se aprende” (Norma, 50 años). Por su parte otra informante comentó que ha llevado cursos pero no son específicamente de lactancia materna como ella misma lo dice *“exactamente de LM no, fue un curso de labio leporino y en ese mismo curso fue una doctora que trato el tema de la LM para los niños con labio leporino”* E05 además de su experiencia personal sobre lactancia, *“yo les digo a mi experiencia que yo tuve a lo de mis hijos, como los amamante yo a mis hijos”* (Luz, 61 años).

Sobre el tipo de información que dan los prestadores de servicios de salud a las madres ya en el Hospital, se identificó que los temas principales son: sobre los beneficios para el bebé y para ellas; también se les pregunta si tienen la intención de lactar, se les revisa si sus pezones tienen la forma adecuada para que el bebé lacte, se observa la técnica para lactar a sus bebé cuando ellas están lactando en el área de Hospitalización y se les corrige si es necesario, se les habla sobre los riesgos que puede ocasionar no darles alimentación del seno materno tanto para ellas como para el bebé y del estimular los pechos en caso de que se congestionen y esto les ocasione molestias.

En cuanto al materia de apoyo para reforzar la información en la consejería sobre lactancia no todo el personal tiene acceso a él, cabe destacar que este material fue elaborado por las estudiantes de enfermería que están en la institución asesoradas por las enfermeras del Hospital. También comentaron que cuentan con algunos videos y que incluso se los enseñan a las madres pero los equipos audiovisuales del Hospital no se encuentran funcionando y en el periodo de Observación que se hizo durante el estudio no se presencié que esto pasara.

La percepción que tienen los informantes acerca del interés de las usuarias sobre el tema de lactancia coincide en que depende de varios factores como el estado de salud de la madre y/o de su estado de ánimo ya que eso es lo que determina el interés que ellas prestan a la información que están recibiendo, ya que en la mayoría de los casos las usuarias muestran apatía en el tema pero rescata una de las entrevistadas *“pero sí he notado que algunas mamás sí le toman interés a la plática y si hemos logrado que pues aprendan un poquito las mamás para que empiecen a lactar a sus bebés”* *“algunas mamás que son su primer bebé algunas no todas se interesan y me hacen preguntas cómo pueden hacerle, qué si tienen algún problema pueden venir”* *“...en ocasiones veo más interesados a los hombres (su pareja) que a las mismas mamás, por lo regular parejas jóvenes...porque los señores más grandes no se interesan, como que son más machistas”* (Luz, 61 años). En cambio Norma (50 años) comenta que para llamar su atención las incentivan obsequiándoles algo, como ácido fólico y trípticos.

El momento en el que se les proporciona la información de lactancia depende de las circunstancias en las que la usuaria haya acudido a los servicios de salud del Hospital. En general todos los entrevistados mencionaron que les dan información sobre el tema. El Ginecólogo lo hace en el momento de la consulta a mujeres embarazadas, las enfermeras en la sala de espera a embarazadas y mujeres postparto el día que van a su consulta mensual, ya sea para revisión en el embarazo o a la consulta pediátrica; la Jefa de Servicio y la Trabajadora Social lo hacen en el momento en que están hospitalizadas las pacientes con alguna complicación durante el embarazo o bien después del trabajo de parto.

Las principales causas por las cuales el personal de salud considera que las madres dejan de dar o no dan LME/LM a sus hijos es por el trabajo; porque ellas consideran que se les deforman sus pechos; si llegan a tener alguna complicación de salud y tengan que tomar medicamento contraindicado para poder lactar a su bebé; o algún problema de pezones que les impida lactar.

La información que el personal de salud brinda al grupo de PO es principalmente después del parto ya que como lo mencionan *“más bien después del embarazo porque ellas casi vienen cuando ya están a punto de tener al bebe y pues ya después en la consulta de pediatría vienen...eso se les debe de dar antes en el Centro de Salud”* (Diana, 50 años). Preguntándole al personal de salud sobre la duración, cada cuándo y en donde se les da la información sobre LM comentaron algunos informantes que no siempre se les puede dar y si la realizan, es en la sala de espera, debido a la saturación del trabajo diario expresado por los entrevistados en los trabajadores de la consulta externa; otras de las informantes comentaron que lo hacen a diario durante la jornada de trabajo en las habitaciones donde están hospitalizadas.

La información que se les brinda a las pacientes no tiene alguna clase de evaluación, solamente llevan un registro de las pláticas que se les da por medio de una lista en donde las madres firman que recibieron las pláticas. Dicha información se les da a las mujeres embarazadas y postparto que acuden al Hospital y se les da por igual sin distinción de edad, número de hijos o problemas de salud en particular.

En lo referente al medio de comunicación que consideran los PS como el más conveniente para que la PO reciba información sobre lactancia destacaron que fuese a través de consejería a las madres, talleres, rotafolios, trípticos, videos y en los medios de comunicación masivos. Esto debido a que creen que sería un medio más conveniente pues como comenta la entrevistada *“los medios masivos de comunicación serían buenos porque ahí los está viendo la gente y presta más atención que aquí con lo que uno les da”* (Diana, 50 años). En cuanto al tipo de información que consideran sería más conveniente que sus pacientes reciban sobre LM mencionaron que habría que hablar de los beneficios que conlleva dicha práctica y de las técnicas adecuadas de amamantamiento.

Se les preguntó a los entrevistados sobre la percepción que tienen de las redes sociales como apoyo para una estrategia de comunicación para la promoción de la LME/LM, pero como no consideran que las madres tengan acceso a una computadora con internet, descartaron la posibilidad de que se les transmita la información por este medio.

Finalmente, se les pidió que sugirieran los elementos que deberían ser parte de la propuesta de comunicación destacando el tener personal de apoyo dedicado a la parte de promoción de salud, material como CD's con videos que las madres puedan llevarse a casa para verlos con más tranquilidad, material de apoyo para los trabajadores de salud el cual sea más ilustrativo para poder llevar de mejor forma la consejería, cursos para ellos sobre temas de LME/LME y de esta manera poder dar una información más certera.

Perfil socioeconómico de las mujeres entrevistadas

Se realizaron 16 entrevistas a mujeres con los criterios de inclusión antes mencionados para explorar su percepción general sobre la lactancia materna, así como las situaciones que facilitan y/o dificultan la LM y las propuestas para una estrategia de comunicación adecuada. Ocho fueron mujeres embarazadas y ocho mujeres en postparto que acudieron a consulta o se encontraban hospitalizadas en el Hospital Dr. José G. Parres del municipio de Cuernavaca, Morelos.

Previamente a la entrevista se les aplicó un cuestionario para conocer el perfil socioeconómico, las prácticas de LME/LM en su familia y entorno; conocimientos sobre LME/LM, percepción sobre LME/LM, planes de lactancia, apoyo de

los servicios de salud para poder llevar a cabo la LME/LM y lo referente a el tema de comunicación de la lactancia materna en los servicios de salud.

La edad promedio de las participantes fue de 26 años y osciló entre los 20 y 33 años. En el caso de las embarazadas el promedio de edad fue de 25 años y el de las mujeres postparto fue de 25 años. El lugar de nacimiento de las participantes fue 13 de 16 en el estado de Morelos el resto fue de los estados de Chiapas, Guerrero, Michoacán y Distrito Federal. Reportaron tener un ingreso entre 1 y 3 salarios mínimos.

Todas ellas saben leer y escribir; con un nivel de estudios entre la primaria hasta la licenciatura. La mayoría de ellas dijeron vivir con su pareja en unión libre o casadas y una de ellas menciona ser madre soltera. En su totalidad se dedican a las labores del hogar. Ellas refirieron vivir solo con su pareja, otras con familiares de ella o de su pareja. El lugar donde viven es propio, rentado o prestado.

A continuación en el cuadro I se puede observar el perfil socioeconómico de las entrevistadas.

CUADRO I. PERFIL SOCIOECONOMICO DE LA POBLACIÓN OBJETIVO							
	Nombre	Embarazada/Postparto	Edad	Escolaridad	Estado civil	Vive con:	El lugar donde vive es:
1	Ana	Embarazada	28	Bachillerato	Unión libre	Familiares cercanos	Propio
2	Berenice	Embarazada	24	Licenciatura	Unión libre	Pareja	Propio
3	Carmen	Embarazada	23	3° Primaria	Unión libre	Pareja	Prestado
4	Danna	Embarazada	32	Secundaria	Casada	Pareja	Prestado
5	Emilia	Embarazada	33	Licenciatura	Casada	Pareja	Propio
6	Frida	Embarazada	29	Bachillerato	Casada	Familiares cercanos	Prestado
7	Gabriela	Embarazada	27	Bachillerato	Unión libre	Pareja	Propio
8	Hilda	Embarazada	25	Secundaria	Unión libre	Pareja	Prestado
9	Irene	Postparto	23	Bachillerato	Unión libre	Pareja	Propio
10	Joana	Postparto	23	Primaria	Unión libre	Pareja	Rentado
11	Katia	Postparto	20	Secundaria	Unión libre	Pareja	Rentado
12	Lidia	Postparto	30	Secundaria	Casada	Familiares pareja	Propio
13	Minerva	Postparto	24	Licenciatura	Casada	Pareja	Rentado
14	Nidia	Postparto	23	Secundaria	Casada	Pareja	Rentado
15	Olga	Postparto	20	Secundaria	Unión libre	Familiares	Propio
16	Pilar	Postparto	26	Secundaria	Unión libre	Pareja	Rentado

Conocimientos y prácticas de lactancia materna entre las mujeres entrevistadas

Se les preguntó a todas las participantes sobre las prácticas de lactancia materna que se acostumbran en su familia de origen y entre mujeres con las cuales interactúan y que comparten características similares (pares) con la finalidad de conocer si la práctica de la LME/LM está normalizada entre sus círculos cercanos. Los temas abordados incluyeron si fueron lactadas, el tipo de lactancia entre su familia y sus pares. También se exploró la duración de la lactancia, tanto en su experiencia personal, como la duración aproximada que dura la lactancia entre sus pares.

En primer lugar todas las participantes manifestaron que en su familia de origen se acostumbra la lactancia y también las 16 participantes dijeron haber sido lactadas, mencionaron haber sido lactadas de forma exclusiva, otras

recibieron LM y algunas de ellas desconocían el tipo de lactancia que recibieron. En cuanto a la duración de su lactancia indistintamente si había sido LME o LM el promedio que se registro fue de 18.5 meses en un rango de 6 a 36 meses. Entre la costumbre que tenían sus pares de lactar a sus hijas o hijos la mayoría de ellas dijeron que sí lo hacían de manera exclusiva (LME) o LM. El promedio de la duración sin distinción del tipo de lactancia que ofrecían fue de 15 meses entre un rango de 6 a 24 meses.

En el cuestionario se les pidió a todas las entrevistadas que calificaran en una escala del 1 al 10, donde los valores más bajos se acercaban a lo falso y los más altos a o cierto, sobre los conocimientos, percepción y planes sobre la lactancia. Con las siguientes calificaciones:

Cuadro II. Promedio de calificaciones que tuvieron las mujeres entrevistadas en relación a ciertos conocimientos sobre LM	
Enunciado	Promedio
1. La LM tiene los nutrientes necesarios para mi bebé.	9.9
2. El calostro del pecho materno es el mejor alimento para el recién nacido.	9.9
3. La leche materna tiene factores inmunológicos que protegen al bebé contra diversas enfermedades y es la única leche que los contiene.	9.3
4. Se debe de dar únicamente leche materna los 6 primeros meses de vida del bebé.	9.1
5. Se debe de dar LM con otros alimentos hasta los dos años de vida del bebé.	6.8
6. La leche materna la puedo refrigerar y dársela en biberón si no puedo estar todo el tiempo con mi bebé.	5.9
7. El amamantar a mi bebé me protege de enfermedades como cáncer de mama, ovarios, como anticoncepción natural y me ayuda a bajar de peso	8.1

Respecto a quienes serían los familiares que la apoyarían para practicar la lactancia materna las participantes mencionaron *como principal apoyo a su mamá y/o a su suegra*, seguido de su pareja, hermanos, ambos padres y toda la familia.

Posterior a la aplicación del cuestionario se realizó una entrevista semiestructurada a cada una de las participantes, esto con el fin de conocer a más profundidad los temas de interés. En primera instancia se preguntó sobre los conocimientos generales, definición y duración de la lactancia.

Todas las entrevistadas dieron una definición muy cercana a la que sugiere la OMS sobre lo que es la lactancia materna: *la leche que se le da al infante por medio del pecho materno*. Se les preguntó si conocían la diferencia entre la LME y la LM y de las 16 entrevistadas solo una de las embarazadas mencionó *“pues me imagino que la exclusiva es puro pecho y la otra la LM no sé pero me imagino que es combinar la leche materna con fórmula”*. Acerca de la utilidad de alimentar al infante con leche materna la mayoría de ellas destacó los beneficios para el bebé como el que es importante para que no se enferme, crezca sano y fuerte, tenga mayores defensas y que le da mayor seguridad al niño/niña.

Referente al inicio de la lactancia la mayoría de ellas mencionó que en cuanto nace el bebé hay que comenzar a darle pecho, solo una de las entrevistadas desconocía el inicio de la lactancia.

En cuanto a la duración de la LME del tiempo que consideraban debía de ser lactado su bebé de forma exclusiva dijeron que debía ser durante seis meses contestación que fue más predominante entre las mujeres que ya habían tenido a su bebé, y otras consideraron que hasta el año de edad o que desconocía el tiempo recomendado. La aceptación que tienen sobre la duración de la LME, fue en la mayoría de los casos positivas, considerando adecuado el tiempo recomendado, seis meses, pero de ser posible podrían prolongar el tiempo estipulado, como alguna de las entrevistadas refiere *“mira yo creo que hay que darles hasta los seis meses, pero como es buena la leche, pues si le das más tiempo lo proteges más con tu leche”* (Lidia, 30 años). Algunas entrevistadas comentaron que era adecuado los seis meses pero que se podría complementar la alimentación del infante con otros sólidos y SLM después de este tiempo. Algunas entrevistadas consideraron que 6 meses era mucho tiempo para lactar al bebé o bien que después de este tiempo el bebé podría volverse *“dependiente de la madre”*.

Se preguntó también sobre los saberes, valores y creencias sobre LME/LM y se indagó más acerca de la costumbre de lactar entre su familia cercana y sus pares. Todas ellas refieren haber sido lactadas, incluso en algunos de los casos a edades en las que empataban con la llegada de un hermano. Uno de los casos en particular comentó que su lactancia fue por poco tiempo, ya que su mamá se incorporó al trabajo lo que le impidió continuar con su lactancia. En el caso de los pares mencionan en su mayoría que sí alimentan a sus hijos/hijas con leche de seno materno, pero que en varias ocasiones la combinan con leche de fórmula.

Opinión sobre las barreras y oportunidades de la lactancia materna entre las mujeres entrevistadas

Se preguntó a las entrevistadas sobre las principales razones para alimentar al bebé con leche materna y lo que más destacaron fueron los beneficios para la salud del infante. Al indagar a mayor profundidad sobre estos beneficios percibidos mencionaron que el alimentar al bebé con leche del seno materno ayuda a que se enfermen menos, pues el calostro es como *“vitaminas”* y hace que crezcan más sanos y fuertes; además destacaron que es más práctico porque no tienen que estar calentando la leche y lavando mamilas, que es más económico porque no hay que comprar SLM y que permite un mayor acercamiento afectivo con el bebé (*apego*). Los beneficios para la madre no fueron resaltados en todos los casos, sólo lo hicieron las mujeres que ya habían dado a luz a su bebé. Destacaron como beneficios para ellas: la protección contra el cáncer de mama y cérvico – uterino, además de ayudarlas a que bajen de peso.

Se cuestionó a las participantes si percibían alguna desventaja en la práctica de la LM/LME a lo que mencionaron en su mayoría que no identificaban alguna desventaja. Aunque se identificó que algunas sí señalaron desventajas tales como el dolor en el momento de lactar, la deformación de los pechos y la percepción de que el infante se vuelve más dependiente de la madre si se le da por mucho tiempo.

Con respecto a la intención de lactar a sus bebés exclusivamente durante 6 meses las entrevistadas dijeron que si estaba dentro de sus planes, sólo una de ellas no lo tenía contemplado en su embarazo. A partir de esta pregunta algunas destacaron que la intención la tienen *pero que depende de las circunstancias que se fuesen presentando* tales como: poca producción de leche, incorporarse al trabajo remunerado o alguna indicación médica de dejar de lactar a sus bebés. También algunas entrevistadas destacaron que posiblemente combinarían la lactancia materna con algún tipo de fórmula

láctea. Como parte de llevar a cabo los planes de una LME/LM se les preguntó si contaban con el apoyo de sus parejas, cuál era la opinión de su pareja con respecto a llevar esta práctica y si estaban de acuerdo. Las entrevistadas con pareja (15 participantes) respondieron que contaban con el apoyo de su pareja, que no era un tema del que hablaran específicamente, pero ellas asumían que las apoyarían, a excepción de una participante la cual comentó que si lo había hablado con su pareja y ambos consideraban que era la mejor alimentación para su futuro bebé.

Retomando el apoyo que ellas consideran necesario para llevar a cabo la práctica de la LME/LM manifestaron como principal apoyo el de su pareja (compartir tareas en el hogar, contar con el apoyo económico) y el apoyo de la madre o la suegra en los cuidados postparto, para así tener la oportunidad de atender al bebé.

En el tema de las barreras que impedirían o impiden llevar a cabo una lactancia exitosa los motivos principales que mencionaron fueron: el que tienen que incorporarse al trabajo remunerado, la deformación de los senos al lactar y la insuficiente producción de leche para el bebé. Algunas entrevistadas consideraron que otros de los motivos son la desinformación que tienen las madres sobre los beneficios de llevar a cabo la práctica de la lactancia, los mitos y creencias en torno a dicha práctica, los dolores que se producen al alimentar al bebé o porque simplemente no tienen el deseo de hacerlo. Acerca de los motivos por los que ellas dejarían de lactar a su bebé por seis meses exclusivamente mencionaron que sería por cuestiones de enfermedad, es decir, fueran hospitalizadas o tuvieran que tomar algún medicamento que perjudicara la salud del infante, que no tuvieran suficiente producción de leche, le “cayera mal la leche” (leche materna), dolor al lactar o tuvieran que trabajar fuera de casa.

En cuanto al tema de barreras a las madres postparto se les hicieron preguntas adicionales debido a que ya habían tenido la oportunidad de haber lactado a sus bebés. Se les interrogó sobre los principales problemas a los que se habían enfrentado respecto a su lactancia, a lo cual algunas de ellas contestaron la insuficiente producción de leche y el dolor en sus pechos al momento de lactar. Se incluyó una pregunta referente a las experiencias favorables de alimentar a su bebé con leche materna contestando de forma similar que lo favorable era percibir que sus bebés estaban en buen estado de salud.

En el tema correspondiente a la autoeficacia todas las participantes mencionaron sentirse capaces de lactar a sus bebés, aunque una de ellas, cuyo bebé que ya había nacido, mencionó que se sentía capaz pero que le dolían sus senos al momento de lactar.

Promoción y comunicación de la lactancia materna en las mujeres entrevistadas

En cuanto al tema de comunicación de la lactancia materna en los servicios de salud se les preguntó sobre cómo les gustaría que les llegara la información sobre lactancia, considerando las pláticas, por folletos y/o trípticos, a través de videos y las redes sociales (Facebook) y en talleres y mensajes de texto.

Acerca de quién les gustaría que les diera información sobre lactancia la mayoría de ellas dijo que fuera el médico, la enfermera, la trabajadora social o una promotora de salud.

Sobre el tipo del contenido del mensaje que les gustaría recibir en un medio de comunicación sobre lactancia mencionaron principalmente los beneficios de la lactancia y las técnicas de amamantamiento, duración de la lactancia y *como llevarla a cabo en caso de trabajar*

La información que les han proporcionado en los servicios de salud varía dependiendo de la condición en la que estén (embarazo o postparto). Si la participante estaba embarazada generalmente las respuestas eran dirigidas al tener poca información, saberla por algún cartel que vieron pegado en el Centro de Salud, en alguna de las consultas prenatales, o por información del médico privado. En el caso de las mujeres que ya habían tenido a su bebé las respuestas iban más enfocadas a los trípticos que les proporcionaban en el Hospital o bien las pláticas que les dieron durante su estancia en el Hospital. Aunque cabe recalcar que aun así hubo algunas entrevistadas que después del parto no se les había proporcionado información alguna sobre lactancia materna.

Finalmente, con relación a una estrategia de comunicación adecuada para promocionar la LM se les preguntó a las entrevistadas sobre la información que conocían sobre LME/LM identificando canales, contenido y el lugar donde recibieron dicha información, después se exploró quién les gustaría que tocara el tema de LME/LM así como el canal y el contenido que les gustaría que les llegara dicha información. También se incluyó una pregunta sobre su opinión acerca de que esta información les llegara a través de las redes sociales como apoyo para una estrategia de comunicación para la promoción de la LME. Como cierre de la entrevista se les pidió que dieran sugerencias para una estrategia de comunicación.

La información que recibieron sobre LME/LM fue predominantemente a través de carteles, folletos/trípticos y pláticas. Algunas más dijeron que por medio de consejería en la consulta privada o por parte de conversaciones entre sus familiares y/o pares. Respecto al o los mensajes que recordaron en el momento de la entrevista sobre el tema fueron principalmente las técnicas de amamantamiento (imágenes), preparación del pezón (imágenes) y beneficios de la lactancia materna (información escrita). El lugar donde recibieron dicha información fue en el Centro de Salud de su comunidad, en el Hospital, en algunos casos en la consulta privada y en las conversaciones con sus familiares y/o pares.

A las entrevistadas les gustaría que la información que se les proporcionara fuera otorgada principalmente por el médico, y que si es otro personal de salud que fuese una enfermera o la trabajadora social respaldados de un médico.

El canal por el cual les gustaría recibir la información fue principalmente las pláticas, seguidos los folletos/trípticos y los videos. Externaron su interés por que fueran **canales combinados para reforzar la información**, además cabe señalar que quienes tuvieron mayor interés en que se dieran las pláticas fueron las madres que ya habían tenido a su bebé. Otros canales que mencionaron fueron las redes sociales y los mensajes de texto.

El interés principal de las participantes es **conocer sobre las técnicas adecuadas de amamantamiento y los beneficios que conlleva el lactar**, aunque fue repetitivo el hecho de que se les diera *información integral*, es decir, hablar de esos temas pero además de la duración de la lactancia y qué hacer en caso de que ellas tuvieran que trabajar o que tuvieran problemas en los pezones, argumentando que por ser primerizas ellas no saben nada sobre la crianza de los hijos y que en algunas ocasiones *pudieran ser juzgadas por el personal de salud por no saber qué hacer* pues como una entrevistada lo menciona *“luego son un poco groseros los doctores y te dicen – ¿eres mujer y no sabes cómo hacer esto?”* (Minerva, 24 años) .

En relación con recibir información por medio de las redes sociales todas las entrevistadas lo relacionaron con la red social Facebook, hubo algunas interesadas en recibir información por este canal, algunas otras coincidieron con este punto de vista aunque mencionaron que ellas o no contaban con una cuenta o con acceso a una computadora con internet por lo que les sería complicado tener información a través de este medio de comunicación.

Por último las participantes externaron sus sugerencias para una estrategia de comunicación: lo más destacado, y casi de forma homogénea, comentaron que les gustaría ver imágenes en la información que les proporcionaran, que estas fueran fotografías de mujeres que se asemejaran a ellas y que mostrarán las técnicas de amamantamiento. Estas imágenes con dicha información les gustaría que se las hicieran llegar a través de videos, folletos/trípticos o carteles. También les agradaría que les dieran pláticas o talleres en donde pudieran darles información más puntual de los beneficios de la lactancia materna, de qué hacer en caso de presentar una complicación para lactar ya sea porque no tienen suficiente leche, dolor en los senos o porque tienen que salir de casa para trabajar, esta información también les gustaría que se incluyera en material impreso tal como folletos/trípticos o carteles.

11. Propuesta de Comunicación: ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA DIRIGIDO A USUARIAS PRIMERIZAS GESTANTES Y POSTPARTO DEL HOSPITAL GENERAL DR. JOSÉ G. PARRES

I. DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO DE LAS AUDIENCIAS PRIMARIA Y SECUNDARIA

Al tomar en cuenta los resultado de la investigación previa que se realizó con 16 mujeres primigestas entre 20 y 35 años de edad que asisten al Hospital General Dr. José G. Parres, entrevistas al personal de salud y las características físicas y la promoción que se hace en el Hospital sobre el tema de lactancia materna se prosiguió a proponer una estrategia de comunicación basada en el MS para la promoción de la LME durante seis meses. Se expone ahora la propuesta de la estrategia presentando el diseño y la posible implementación de la misma

Según Kloter y Lee⁵⁸ es preciso definir a la población que va a recibir los mensajes de comunicación y se tiene que segmentar a la población, es por ello que se definirá a la audiencia primaria como aquellas mujeres en edad reproductiva entre 20 y 35 años primigestas, con un nivel de escolaridad predominantemente básico (primaria o secundaria), de un nivel socioeconómico bajo, amas de casa o pertenecientes al trabajo de casa, solteras o casadas que asisten al Hospital General Dr. José G. Parres de los Servicios de Salud de Morelos para su control prenatal, parto y a las consultas de seguimiento postparto y para la audiencia secundaria se tiene contemplado a aquellas mujeres en edad reproductiva y en condición de tener un embarazo; mujeres que ya han tenido hijos pero no practicaron la lactancia materna exclusiva durante seis meses; acompañantes de las usuarias que representen un apoyo en algún momento durante la práctica de la lactancia materna exclusiva y al personal de salud de la propia institución

Con la finalidad de que cuando se presente como evento el nacimiento de una niña o niño, ya sea por primera vez o no, la audiencia secundaria tengan un previo conocimiento de la importancia de alimentarlos con leche materna exclusiva los primeros seis meses de vida, es decir, una normalización de dicha práctica.

II. TEORÍAS DEL COMPORTAMIENTO

La presente estrategia se basará en las teorías del comportamiento ya que es esencial para identificar y comprender las prácticas de alimentación infantil que realiza la madre y el contexto en que se desenvuelve para poder proponer una estrategia de modificación de prácticas si es que están desfavoreciendo la práctica de la lactancia materna exclusiva con la finalidad de mejorar las condiciones de salud tanto del bebé como de la madre. Desde un modo más integral, los comportamientos tienen dos características fundamentales: pueden ser influenciables en múltiples niveles (factores intrapersonales o individuales, interpersonales, institucionales u organizativos, comunitarios y de políticas públicas), y son de causalidad recíproca con su ambiente.⁶⁸

- Intrapersonales/Individuales. Son aquellas características de la madre que influyen en el comportamiento hacia la práctica de la LME (como los conocimientos, las actitudes, las creencias, los rasgos de personalidad.)
- Interpersonales. Es la interacción que mantiene la madre entre sus grupos primarios como son la familia como la pareja, la madre, la suegra y demás parientes cercanos, las amigas embarazadas o con hijos pequeños, las iguales; los cuales le proporcionan identidad social, apoyo y definición de roles.

- Institucionales. Esta mediada por normas, reglamentos, políticas en estructuras formales, que pueden limitar o fomentar los comportamientos recomendados como es el caso de los servicios de salud en donde se promueve o se obstaculiza la práctica de la LME.
- Comunitarios. Las redes y normas sociales que existen como algo formal o informal entre individuos, grupos y organizaciones que impactan en los comportamientos de la madre hacia la lactancia.
- Política Pública. Son aquellas políticas locales, estatales, federales y leyes que reglamentan o respaldan acciones para la práctica de la LME.⁷¹

Estas teorías nos apoyan a identificar el grado de preparación o disposición psicológica de la madre para llevar a cabo la práctica de la LME como una acción benéfica para su salud y la salud del bebé. En esta dimensión podemos ubicar a las mujeres las cuales tengan la intención o bien estén dispuestas a alimentar a su hijo con leche materna exclusiva por seis meses y consideren que dicha práctica podría prevenir daños futuros a la salud de sus hijos. En este caso, podemos ubicar el momento en el que la mujer considera que practicar la LME durante los seis primeros años de vida contrae beneficios al niño, tanto nutricionales y lo que esto implica, así como el reforzamiento de lazos afectivos entre el binomio madre – hijo.

Un incremento en la percepción de los beneficios produce una motivación y un fortalecimiento de la conducta de protección. Además se hace una estimación de los costos/beneficios de llevar a cabo la conducta, de manera que las embarazadas utilizaran una serie de claves o señales bien externas o internas que les ayudaran a determinar la decisión de llevar a cabo la práctica de la conducta la cual sería amamantar a sus hijos. En conjunto, si hay una disposición alta para emitir la conducta y las barreras consideradas son bajas, es probable que realice la conducta preventiva o de salud, al contrario, se omitirá la acción.

III. ENTORNOS Y CANALES: FUNDAMENTOS DE LAS RAZONES DE SELECCIÓN.

Se considera que los entornos propicios para llevar a cabo la presente estrategia podrían ser el lugar donde se realizará la estrategia de comunicación será el Hospital General Dr. José G. Parres, en las áreas de consulta externa de gineco-obstetricia, pediatría y perinatología; así como las áreas de hospitalización de gineco – obstetricia y pediatría.

En cuanto a los canales de comunicación que se consideran para esta estrategia de comunicación son los carteles ya que manejan información clara, precisa y sencilla los cuales pueden estar situados en lugares estratégicos como los entornos antes mencionados; trípticos/folletos, los cuales se obsequiarían en las consultas mensuales de la PO y cuando se encuentren en el área de hospitalización de gineco – obstetricia y pediatría; consejería (pláticas) que se les dará a la población blanco en las consultas mensuales (especialistas de cada área), en el área de espera (enfermeras de pediatría y ginecología) y cuando se encuentren en el área de hospitalización de gineco – obstetricia y pediatría (enfermeras/os y Trabajadora Social del piso) ; talleres impartidos semanalmente a la población blanco en un área específica (Médico especialista/Enfermera/Trabajadora Social); videos con información sobre LME que se obsequiarían a las madres preferentemente en el último trimestre de embarazo en sus consultas de control prenatal; y una página de Facebook con contenido sobre LME los primeros seis meses de vida el cual podría estar administrado en diferentes turnos por el personal de salud de consulta externa y Trabajo Social.

IV. DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN Y MENSAJES PRIMARIOS Y SECUNDARIOS POR TIPO DE AUDIENCIA

En base a la descripción mencionada con anterioridad en la presente estrategia se tiene contemplado tres etapas las cuales serán en una primera etapa la fase de sensibilización, en la segunda etapa entrega de los mensajes y finalmente una tercera etapa de reforzamiento de mensajes.

PRIMERA ETAPA. FASE DE SENSIBILIZACIÓN

La primera etapa constituye la fase de sensibilización en la cual se construye una frase eje de los mensajes tanto primarios y secundarios para todas las audiencias, estos mensajes podrían ser como los siguientes:

“6 meses por su salud”

En el caso de los carteles los tipos de mensajes según el tipo de audiencia serían los siguientes:

Audiencia primaria

Mensajes primarios

“6 meses por su salud...Sí a la lactancia materna”

“6 meses por su salud...los beneficios de verlo bien”

“6 meses por su salud...previniendo enfermedades”

“6 meses por su salud...aunque esté trabajando se puede”

Mensajes secundarios

“6 meses por su salud...cuesta menos, ayuda más”

“6 meses por su salud...fomentando sonrisas”

“6 meses por su salud...vamos por un buen agarre”

Audiencia secundaria

Mensajes primarios

“6 meses por su salud...para irlo tomando en cuenta”

“6 meses por su salud...esta vez podría ser mejor”

Mensajes secundarios

“6 meses por su salud...cuídalo desde ahora”

“6 meses por su salud...creando vínculos afectivos”

Se tiene contemplado entregar un Manual y un CD a los prestadores de salud como parte de la capacitación del personal de salud para que tengan información adecuada, actual y certera para poder brindar oportunamente la consejería sobre LME a las usuarias del Hospital. Los temas que contendrá el Manual será sobre el concepto y la duración de la LME, los riesgos de no lactar, las ventajas de lactar al bebé, las técnicas de amamantamiento, los problemas más comunes durante la lactancia y como poder evitarlos, la incorporación de la madre al trabajo fuera de casa y cómo apoyarla para que siga lactando y algunos consejos para poder llevar a cabo una lactancia materna exitosa. El CD contendrá información sobre cómo formar los pezones antes del nacimiento del bebé y de las técnicas de amamantamiento. En la entrega de estos materiales se les mencionará la importancia de su compromiso por revisar el material que se les está entregando y de la importancia en que ellos tengan una adecuada información sobre el tema.

La consejería (pláticas) que se les daría a la PO en las consultas mensuales (especialistas de ginecología, perinatología y pediatría), en el área de espera (enfermeras de pediatría y ginecología) y cuando se encuentren en el área de hospitalización de gineco – obstetricia y pediatría (enfermeras/os y Trabajadora Social del piso). El personal de salud hablará brevemente, abordando preferentemente un tema en las últimas cuatro consultas mensuales sobre estos principales temas: concepto y duración de LME, riesgos de no lactar, ventajas de la LME, técnicas de amamantamiento, LME y la reincorporación al trabajo fuera de casa, principales problemas de la lactancia (como evitarlos) y consejos para

poder llevar a cabo una lactancia materna exitosa. Además en esta parte de la estrategia de comunicación se podría hacer mayor énfasis en la revisión de pezones antes del parto para evitar complicaciones de agarre cuando el bebé ya haya nacido. En el caso del área de Hospitalización es importante que se refuerce esta información en la consejería que se les da durante su estancia en el Hospital.

Los trípticos/folletos contendrían información muy puntual acerca del concepto de LME, la duración de la misma, los riesgos de no lactar y las ventajas de alimentar al bebé al seno materno de forma exclusiva por seis meses. Este material será predominantemente con fotos que contengan imágenes con características parecidas a la de PO y con un lenguaje corto y sencillo. Esto nos permitirá que la audiencia tenga una introducción de los mensajes que posteriormente se darán en los demás canales de esta estrategia. Además en los trípticos /folletos se pondrá la dirección de acceso a la página de Facebook.

SEGUNDA ETAPA. ENTREGA DE MENSAJES

Se tiene contemplado talleres semanales dirigidos a la PO en un área específica por parte del Médico especialista/Enfermera/Trabajadora Social. Idealmente se pretende que cada una de las usuarias asista a las cuatro diferentes sesiones de los cuales se componen los talleres. La PO y la audiencia secundaria será invitada a dichos talleres preferentemente por parte de los Médicos Especialistas y las enfermeras de las áreas de consulta externa a donde acude la PO. Se deberá de contar con material de apoyo como presentaciones en Power Point y algunos materiales didácticos para que las personas participantes se sientan atraídas a regresar a cada una de las sesiones y reafirmar la información que se les mostró.

Los talleres serian divididos en cuatro sesiones, en la primer sesión se hablará del concepto, duración de LME, riesgos de no lactar y ventajas de la LME; la segunda sesión se hablará de las técnicas de amamantamiento en el cual se pasarán videos que muestren las adecuadas técnicas de lactancia, posteriormente se harán representaciones de las técnicas de amamantamiento utilizando en medida de lo posible a sus propios hijos, de no ser posible entonces se utilizará a un muñeco para la simulación de las posiciones además de otros materiales de apoyo para la mejor comprensión de las personas que asistan al taller; en la tercer sesión se tocará el tema de los principales problemas de la lactancia y como evitarlos; y finalmente en la cuarta sesión se hablará de la LME y la reincorporación de la mamá al trabajo fuera de casa y algunos consejos para poder llevar a cabo una lactancia materna exitosa. Preferentemente se realizaran las cuatro sesiones cíclicamente durante doce meses los cuales se llevarán a cabo semanalmente.

Una posible introducción en estos talleres sería la siguiente:

Bienvenidas/os a esta serie de cuatro talleres los cuales se realizarán todos los (día de la semana) en el horario de (horario que se impartirá el taller) por parte de (nombres del personal de salud que llevara a cabo los talleres).

En estos talleres compartiremos con ustedes un tema de gran interés para las niñas, los niños y sus familias. Trataremos una de las prácticas clave para la salud de los niños de acuerdo con las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud. El tema será la lactancia materna exclusiva

Sobre este punto la práctica clave recomienda de manera clara los siguientes puntos:

- *Ofrecerle a su bebé únicamente leche materna durante los primeros seis meses de vida*

• *La leche materna es un alimento completo; satisface todas las necesidades nutricionales del niño en los primeros seis meses de vida.*

• *No se le debe de dar agua, té, otras leches, jugos, otras bebidas, ni probadas de otros alimentos durante este tiempo.*

(En este punto se invita a participar a los oyentes con sus preguntas y comentarios. Esta invitación se reitera varias veces en el transcurso de los talleres)

Se afirma que el acto más noble después de crear una vida es cuidarla, y sin lugar a dudas alimentar a ese nuevo ser con la leche de la propia madre es la mejor manera de conseguir este propósito.

Aunque para la mayoría de Uds. es claro que el mejor alimento para sus bebés es la leche del seno materno, existen muchas dudas, contradicciones y falsas creencias sobre este importante tema. Agreguemos a lo anterior la propaganda abierta o enmascarada orientada a buscar que las madres utilicen la leche de fórmula, otras leches o suplementos nutricionales desde los primeros meses de vida.

Sobre estas y muchas otras inquietudes tratarán estos talleres.

Tema a tratar:

- SESIÓN 1. Concepto de LME y ventajas de la LME;
- SESIÓN 2. Técnicas de amamantamiento;
- SESIÓN 3. LME y la reincorporación al trabajo fuera de casa; y
- SESIÓN 4. Principales problemas de la lactancia (como evitarlos).

Les agradecemos su participación y las/os esperamos en el próximo taller dentro de ocho días.

El anterior es un posible guión para los talleres. La duración estimada sería de una hora aproximadamente. Se trataría de talleres en los cuales la PO participe interviniendo con sus preguntas, comentarios o testimonios, en el cuál el guión podrá ser modificado ante dichas intervenciones. Como ya se anotó, el guión debe ser flexible, dinámico y adaptable a las circunstancias. Lo indispensable es que los asuntos incluidos en las conclusiones se traten de todas maneras, pues encierran los mensajes esenciales de la práctica de la lactancia materna exclusiva que fueron parte de los hallazgos en la investigación formativa.

TERCERA ETAPA. REFORZAMIENTO DE MENSAJES

Se propone entregar videos con información sobre LME que se obsequiarían en un CD a las madres preferentemente en el egreso hospitalario con la finalidad de que se lleven un material de apoyo que las pueda asistir en caso de tener alguna duda en el hogar. El contenido del CD incluiría videos de las técnicas de amamantamiento, las complicaciones de la lactancia y como evitarlos y algunos consejos para poder llevar a cabo una lactancia materna exitosa.

Se sugiere realizar una página de Facebook con contenido sobre LME los primeros seis meses de vida el cual podría estar administrado en diferentes turnos por el personal de salud de consulta externa y Trabajo Social. Los contenidos que se manejaran en esta página serán sobre temas de lactancia materna, haciendo énfasis en las técnicas de amamantamiento, las complicaciones de la lactancia y como evitarlos y algunos consejos para poder llevar a cabo una lactancia materna exitosa. Así como será un espacio en el cual las madres que ingresen a dicha página podrán compartir

preguntas, comentarios o testimonios sobre el tema sin tener que desplazarse al Centro de Salud o al Hospital dado el caso que la situación no lo amerite.

V. MONITOREO

Con el propósito de identificar si la estrategia se está llevando a cabo conforme a lo contemplado se propone realizar un monitoreo además serviría para saber si los mensajes están siendo claros, y si el mensaje principal está llegando a la PO, esto se haría a través de cuestionarios aplicados a embarazadas y puérperas en cada una de las etapas, para posibles modificaciones en el diseño, contenido e incluso replanteamiento de la estrategia de comunicación. Los resultados en las diferentes etapas se hará a través de la metodología de PRECEDE – PROCEDE el cual nos permite identificar el cambio de comportamiento de la población a la cual se interviene.

VI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

El cronograma de actividades que se sugiere para esta estrategia de comunicación es la siguiente:

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES													
Actividades a realizar	Periodo de la estrategia de comunicación												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Primera etapa. Sensibilización													
Colocación de carteles	X												
Capacitación del personal de salud	X												
Consejería a la población blanco	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Entrega de trípticos/folletos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoreo I			X			X			X				
Segunda etapa. Entrega de mensajes													
Talleres sobre LME a la audiencia		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoreo II				X			X			X			
Tercera etapa. Reforzamiento de los mensajes													
Entrega de CD con videos a la audiencia		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Página de Facebook		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoreo III					X			X			X		

Las actividades a realizar seria la implementación de la estrategia de comunicación por medio de los diferentes canales para su difusión en tres etapas (sensibilización, entrega de mensajes y reforzamiento de los mensajes) las cuales tendrán un monitoreo entre 3 y 4 meses en cada una de las etapas para identificar las posibles barreras o limitantes que conlleven a que no se esté cumpliendo con el propósito de la estrategia de comunicación propuesta.

Los materiales posibles que se utilizarían se pueden consultar en los anexos G y H.

12. Discusión

La discusión que a continuación se presenta girará sobre tres ejes: la percepción de la PO sobre la lactancia, la opinión de los PS sobre el tema y la estrategia de comunicación que actualmente se utiliza en el Hospital lo cual corresponde al diseño inicial del estudio.

La información que se recabó por medio de la guía observacional y las entrevistas, tanto a prestadores de salud, como a las madres gestantes y postparto en el Hospital General Dr. José G. Parres permitió identificar algunos de los factores de riesgo asociados al abandono de la lactancia y contextualizar el ambiente en el que se desenvuelven durante su estancia en el Hospital. También se identificaron algunas de las experiencias, opiniones y saberes acerca del tema de estudio de parte del grupo blanco y los prestadores de salud para que de esta manera se realizara la propuesta de una estrategia de comunicación enfocada a las características, necesidades e inquietudes de la población de estudio.

Perfil socioeconómico de las mujeres entrevistadas

El análisis del perfil socioeconómico del grupo blanco permitió hacer algunas comparaciones con las barreras u oportunidades para poder llevar a cabo la LME/LM reportadas en otros estudios. Aguilar (2007) en una revisión de estudios sobre LME encontró que, si bien, las características personales de las mujeres que dificultan la LME, son múltiples, destaca el caso de una mayor escolaridad, una edad menor a 20 años y la incorporación de la mujer en el campo laboral.⁸⁶

Por lo anterior es importante recordar que la edad de las participantes de este estudio osciló entre los 20 y 33 años y que sus ingresos familiares van entre 1 y 3 salarios mínimos. Todas ellas saben leer y escribir; su nivel educativo va entre la primaria y la licenciatura. La mayoría de ellas dijeron vivir con su pareja y una de ellas mencionó ser madre soltera. Todas ellas tienen como ocupación las labores del hogar. El lugar donde viven es propio, rentado o prestado. Esta información nos permite vislumbrar algunos factores que pueden afectar la LME de forma positiva (edad mayor de 20 años en la mayoría y el no tener empleo fuera de casa) o negativa (alta escolaridad en poco más de la mitad de los casos). Por su parte, Rius (2011) en su estudio sobre los *Factores asociados al inicio y al abandono precoz de la lactancia materna* concluye que existen factores de riesgo (personales, sociales, familiares, sanitarios y del propio recién nacido) que inducen a la madre a optar por una lactancia artificial en detrimento de la lactancia materna; o que favorecen el abandono precoz del amamantamiento en aquellas madres que inicialmente optaron por él tales como: el hecho de que la madre trabaje, que en su familia de origen no acostumbre lactar, el escaso conocimiento sobre la lactancia materna, entre otros..⁴⁷ En las entrevistas con la PO se reportaron algunos de estos factores de riesgo como el considerar que los pechos se deforman si se lacta (factor social y personal), la incorporación al trabajo fuera de casa (factor social y personal), enfermedad de la madre (factor personal), uso de medicamentos en la madre (factor sanitario) e “insuficiente” producción de leche (factor social y personal).

Sobre las prácticas de lactancia materna que se acostumbran en su familia de origen y entre sus pares, ***todas las participantes manifestaron que en su familia de origen se acostumbra la lactancia y que ellas fueron lactadas***, de forma exclusiva, lactancia materna o desconocían el tipo de lactancia que recibieron. La duración de esta lactancia fue en un rango de 6 a 36 meses indistintamente del tipo de lactancia que recibieron. Acerca de la práctica de la lactancia entre sus

pares dijeron que sí es una práctica común y que la duración de esta oscila en un rango de 6 a 24 meses. El hecho de que todas fueran lactadas por sus madres y que la LM es una práctica reconocida entre sus pares coincide con lo reportado por Treviño-Siller (2004) en su estudio sobre los factores que afectan la decisión y práctica de la lactancia materna entre mujeres de clase media alta en México en el cual concluye que aún en estratos socioeconómicos y culturales diferentes.⁸⁷ Este dato es importante porque se puede afirmar que al menos la LM sigue siendo reconocida como una práctica valiosa que reporta ventajas y entonces enfocar los esfuerzos en cómo desarrollar estrategias para lograr una mayor duración y para fomentar la práctica de la LME.

Sobre los conocimientos, percepciones y planes sobre la lactancia se identificó que varios de los conceptos principales sobre LME y LM los tienen presentes, pero con respecto a la duración de la LM y el poder extraerse la leche es una idea que no las convence pues creen que estas prácticas pudiesen ser nocivas para la alimentación del bebé. Algo similar sucede con la dependencia del infante con la madre si prolonga la lactancia o que dar SLM es más práctico. Diversos organismos internacionales como la OMS y la UNICEF han identificado esta clase de pensamientos como los “mitos y rumores” más comunes mencionados como razones para no dar de lactar. Treviño-Siller (2004) en el mismo estudio mencionado anteriormente menciona en sus hallazgos que entre estos mitos se cree que si se lacta por tiempo prolongado el bebé se vuelve dependiente de la madre, la necesidad de otro tipo de alimentos porque ya está creciendo y después no va a querer otra leche (artificial)⁸⁷

Con respecto a la intención de lactar a sus bebés exclusivamente durante 6 meses las entrevistadas dijeron que sí estaba dentro de sus planes, aunque una de ellas no lo tenía contemplado en su embarazo. A partir de esta pregunta algunas destacaron que la intención la tienen pero que depende de las circunstancias que se fuesen presentando tales como poca producción de leche, incorporarse al trabajo remunerado o alguna indicación médica de dejar de lactar a sus bebés. También algunas entrevistadas destacaron que posiblemente combinarían la lactancia materna con algún tipo de fórmula láctea.

Como parte de llevar a cabo los planes de una LME/LM se les preguntó si contaban con el apoyo de sus parejas, cuál era la opinión de su pareja con respecto a llevar esta práctica y si estaban de acuerdo. Todas las entrevistadas con pareja respondieron que contaban con el apoyo de su pareja, **que no era un tema del que hablaran específicamente pero ellas asumían que las apoyarían**, a excepción de una participante la cual comentó que si lo había hablado con su pareja y ambos consideraban que era la mejor alimentación para su futuro bebé. Este hallazgo coincide con lo reportado por Belintxon-Martin y colaboradores (2011), y también con lo reportado por Treviño-Siller (2004) quienes señalan que para las madres el apoyo de sus allegados es imprescindible, especialmente el apoyo del padre puesto que los padres juegan un papel fundamental a la hora de decidir la alimentación del recién nacido. La instauración de la LM es más fácil cuando las mujeres creen que sus parejas tienen una actitud positiva hacia la LM. Las madres quieren escuchar comentarios por parte de su pareja centrados en un apoyo emocional, reforzando la idea de que la LM es lo mejor y dándoles apoyo durante el proceso. Incluir a los padres, trabajando las actitudes de los padres y haciéndoles partícipes del proceso podría hacer que la instauración y el mantenimiento de la LM mejorarán.^{84,89}

La autoeficacia que externaron las participantes fue el sentirse capaces de lactar a sus bebés, aunque una de las entrevistadas quien ya había dado a luz mencionó que sí se sentía capaz, pero le dolían sus senos al momento de lactar a su bebé. La autoeficacia se refiere a la confianza de una persona de su propia capacidad percibida para realizar una

determinada conducta como lo mencionará Bandura en 1977. La Dra. Cindy-Lee Dennis, de la Universidad de Toronto, basándose en los postulados del psicólogo Bandura, planteó la teoría de la autoeficacia veinte años después, ella hace referencia de la autoeficacia en la lactancia el cual es específicamente la capacidad de auto-percepción de la madre a amamantar a su bebé. Años después cuatro estudios utilizaron la autoeficacia y la lactancia como temas ejes de sus estudios, en los cuales observaron una fuerte asociación positiva entre la auto-eficacia y la duración de lactancia materna exclusiva (Blyth et al., 2002, Blyth et al., 2004, Kronborg y Vaeth de 2004, Scott et al., 2006 y Semenik et al., 2008). La tasa de abandono temprano de madres con baja auto-eficacia fue hasta dos veces más alta que la tasa de abandono de las madres con alta autoeficacia.⁹⁰⁻⁹⁶

Los estudios destacan la importancia de las primeras semanas después del parto para el desarrollo de la autoeficacia y encontrando que experimentar dificultades en la lactancia temprana se asocia negativamente con la duración de la lactancia materna exclusiva. Sin embargo, las mujeres con alta autoeficacia prenatal tenían más probabilidades de "superar" estas dificultades iniciales y persistir así con la lactancia materna exclusiva.⁹¹⁻⁹⁶

Y a pesar de que casi todas manifestaron sentirse capaces de llevar a cabo la práctica de la lactancia materna es conveniente entrenar en una técnica correcta de amamantamiento y en los problemas y soluciones comunes mientras que están en el hospital para que en caso de presentarse situaciones como la reportada por la madre que sentía dolor en los pechos se sepa que hacer. Así que habría que garantizar que se supervise la técnica de lm mientras dan pecho en el hospital.

Conocimientos y promoción de la lactancia entre el personal de salud y las madres entrevistadas

Sobre los prestadores de salud, los entrevistados llevan laborando en el Hospital entre 14 años y 19 años lo cual permitió en alguno de los casos conocer los cambios percibidos que ha tenido el hospital desde su apertura, la certificación del Hospital como HANyM y las actividades promoción de la LME/LM que se realizan en el Hospital, lo cual es una oportunidad para aprovechar su experiencia entre la PO al que va dirigida la estrategia de comunicación. Es importante que el personal se actualice con respecto al el tema, pero además que la información que manejen sea la misma para evitar que cada personal del equipo de salud dé la información de manera inadecuada y que confundan a las madres en vez de resolverles dudas. Como menciona Belintxon-Martin (2011), las madres confían en los profesionales de la salud y en los consejos ofrecidos por ellos; in embargo, si varios profesionales proporcionan consejos contradictorios, se crean dudas y se aumenta la incertidumbre que les hace sentirse inseguras y afecta su capacidad para instaurar y mantener la LM. Los estudios muestran la necesidad de las madres de recibir información clara y no contradictoria.⁸⁹

Así, si bien los entrevistados tenían conocimiento de la certificación de la institución como HANyM, se identificó que no conocen con precisión los objetivos que implica ser un Hospital con dicho instintivo. Pareciera que solo se cubre a groso modo los lineamientos que implica dicha certificación pues los entrevistados reportaron no tener una capacitación sobre lactancia materna, un elemento fundamental de un HANyM. De acuerdo con los criterios globales de la OMS/UNICEF, el segundo paso para considerar a un Hospital Amigo del Niño y la Madre consiste en "capacitar a todo el personal de salud en las habilidades necesarias para implementar esta política, y la misma que deberá ser al menos de 18 horas de duración con un mínimo de tres horas de práctica clínica supervisada".⁹⁷

En 2000, Hernández realizó una revisión sobre la capacitación al personal de salud sobre lactancia y encontró que a partir de la década de los ochenta, diversos autores han resaltado la importancia de la capacitación en lactancia materna para el personal de salud. Potter y colaboradores en 1984, evaluaron los conocimientos y opiniones del personal de salud (médicos, enfermeras y parteras) del área rural de México y, aunque la mayoría de los entrevistados reconoció que la lactancia materna era el mejor alimento para el niño, también externó conocimientos y opiniones contrarias a la promoción de una lactancia prolongada, situación similar a lo notificado por otros profesionales de la salud de países no industrializados, médicos generales y familiares, pediatras y obstetras de países industrializados.¹⁰⁰

Los hallazgos que se desprendieron en las entrevistas con el personal de salud que están en contacto directo con el grupo blanco fue en primer lugar la escasa homogenización sobre conocimientos acerca de la LME/LM o en alguno de los casos nula, la delegación de responsabilidades para tratar este tipo de temas, la falta de organización en equipo para promocionar el tema, tanto dentro del Hospital como entre los Centros de Salud de donde canalizan a las usuarias; ya que si bien es importante que en el Hospital se trate este tema, es indispensable que desde la atención primaria se comience a hablar sobre el tema y reforzarlos en el segundo nivel de atención.

La formación de los profesionales como muestran diferentes autores es deficiente. En un estudio realizado en España en el 2003, se comprobó que los conocimientos de los residentes de pediatría en este tema también eran insuficientes. Los programas de educación maternal y el apoyo profesional postnatal se han mostrado eficaces para mejorar el inicio y el mantenimiento de la lactancia y por tanto se establece una recomendación con el máximo nivel de evidencia.⁹⁹

Promoción y comunicación de la lactancia materna en las mujeres entrevistadas

En lo correspondiente a la promoción de LM se identificó el uso de diversos tipos de materiales en el Hospital. Los carteles/mantas que se encuentran colocados en alguna de las paredes del hospital que en total suman tres. Dichos materiales si bien incluyen mensajes sobre los beneficios de la LM para el infante y la madre, duración e imágenes ilustrativas, no se encuentran a la vista de la PO ya que uno de ellos se encuentra en el consultorio de nutrición en donde las madres por lo regular no entran a ese consultorio, otro rumbo al área de hospitalización de ginecología y pediatría en donde la PO no transita ya que cuando suben o bajan a piso lo hacen por el ascensor y finalmente el que está colocado en el pasillo de hospitalización de ginecología en donde las mamás sólo transitan cuando ingresan y cuando egresan de esta. Cabe mencionar que de estos tres carteles solo el que se encuentra en el consultorio de nutrición fue elaborado por la SSA y los demás son materiales que las estudiantes de enfermería realizan lo que nos hace notar un escaso material de apoyo en comunicación por parte de los servicios de salud.

El área de espera es el lugar en donde reciben la consejería sobre temas de salud, entre ellos el de lactancia materna lugar en el cual comparten el área de consulta externa con otras especialidades, lo cual se podría mencionar que resulta una barrera el proporcionar dicha información en un espacio con estas características. Si bien, la alimentación al infante es considerada como una práctica natural el hecho de que ese acto implique mencionar, mostrar por medio de gráficos (fotos o dibujos) o tocar el seno de una mujer podría resultar incómodo para las usuarias por “exponerlas” de esa manera. Por otra parte la atención que pudieran prestarle, sobre un tema de tal importancia como lo es la primera

alimentación que recibe el infante los primeros meses de vida, se ve opacada por el tránsito constante de usuarios, ruidos externo los cuales son distractores que no permiten la atención adecuada para dicho tema.

La PO que es atendida en el área de hospitalización de ginecología y obstetricia reciben consejería sobre lactancia materna en circunstancias poco óptimas ya que en algunas ocasiones pueden mostrar interés a la información que se les está dando, pero sus diferentes dolencias y/o preocupaciones hacen que su situación emocional no favorezca la recepción de los mensajes que se les mencionan y menos si se les habla de forma teórica; ya que como lo menciona Torres (2005) “las emociones que se pueden experimentar en el periodo postparto abarcan toda gama posible de las mismas...las cuales van a estar condicionadas en buena medida por diversos factores, tanto biológicos como psicológicos y sociales, tales como: personalidad previa, historia afectiva, presencia o ausencia de apoyos familiares y sociales, complicaciones médicas en el embarazo, tipo de parto, complicaciones obstétricas, factores socioeconómicos, etc.”¹⁰⁰ Aunque es indiscutible la importancia de abordar este tema durante su estancia en la hospitalización es preferible que la información que se les dé sea de forma más práctica como la manera de colocarse al bebé, aprovechar para reforzar información sobre las dudas y/o complicaciones que tengan y puedan ser aplicadas de forma más inmediata.

Por otro lado, se identificó que durante la hospitalización de las mujeres embarazadas y puérperas se les entregan trípticos con información de LM; estos son tres diferentes diseños los cuales son fotocopiados en blanco y negro y de igual manera la mayoría de ellos son elaborados por las estudiantes de enfermería, pero la reproducción por fotocopias constante hace que el material se vea borroso y de mala calidad lo cual aparte de no mostrar la información completa, es poco llamativo en su contenido. El Servicio de Enfermería cuenta también con dos rotafolios que se utilizan como apoyo en la consejería de la LM, ambos fueron donados por la Escuela de Enfermería de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos en el año de 2010, si bien este material es más llamativo que los anteriores se encuentra deteriorado y no lo usan constantemente para la consejería sobre el tema.

La consejería por parte de algunos entrevistados es un poco más ilustrativa. Esto debido a que hacen demostraciones de cómo pueden preparar sus pechos, pero es importante que el personal a cargo esté más capacitado, pues incluso algunos prestadores de salud consideran que les falta conocer más acerca del tema, una de las ventajas de esta apertura en el tema es que se muestran receptivos a capacitarse para poder brindar un mejor servicio. Una adecuada formación de los profesionales de la salud consigue eliminar algunas de las barreras para la lactancia y se ha mostrado útil para aumentar las tasas de amamantamiento. Así mismo, investigaciones recientes señalan mejoras importantes en los conocimientos, actitudes y habilidades en este campo logradas mediante la incorporación de estos temas al currículum profesional, y mediante la asistencia al curso de 20 horas diseñado por la OMS.⁸²

Opinión sobre las barreras y oportunidades de la lactancia materna entre las mujeres entrevistadas

Entre las barreras para llevar a cabo una ***lactancia exitosa*** se identificaron: *la incorporación al trabajo remunerado, la deformación de los senos al lactar y la insuficiente producción de leche para el bebé* (situación reportada en varios estudios como una condición en contextos urbanos, lo cual sugiere un elemento cultural). Algunas usuarias entrevistadas consideraron que otros de los motivos son *la desinformación que tienen las madres sobre los beneficios de llevar a cabo la práctica de la lactancia, los mitos y creencias en torno a dicha práctica, los dolores que se producen al alimentar al bebé* o porque simplemente no tienen el deseo de hacerlo. Otros motivos serían presentar una situación de

enfermedad, es decir, fueran hospitalizadas o tuvieran que tomar algún medicamento que perjudicara la salud del infante, que le “cayera mal la leche” (leche materna) y/o dolor al lactar. Cabe mencionar que todas estas situaciones han sido reportadas en diversos estudios y reconocidas por la propia OMS como barreras importantes para la práctica de la LM.

Con respecto al mismo punto los principales problemas que identifican los prestadores de los servicios de salud para que las usuarias lleven a cabo la LM/LME refieren como principal *obstáculo la incorporación a sus trabajos y la deformación de los senos*. También se hace mención de los *problemas de salud de la madre* como el uso de medicamentos contraindicados durante la lactancia, problemas de pezón (mastitis), o bien las mujeres que consideran que crecen bien sus hijos con SLM por las experiencias previas que han tenido con alguno y/o algunos de sus demás hijos esta información al ser comparada con la opinión de las madres es similar por lo que como refieren diversos estudios, estas siguen siendo unas de las principales barreras para poder llevar a cabo una lactancia materna exitosa. Acerca de la opinión sobre los SLM entre los entrevistados hubo alguien que mencionó que no es tan malo como se considera lo cual es inquietante pues este tipo de opiniones pueden afectar la clase de consejos que se les da a las madres sobre lactancia.

Los factores que se han asociado al abandono de la lactancia son diversos y difieren de acuerdo con las características de la madre tales como el nivel socioeconómico, edad, lugar de residencia, región geográfica, aspectos culturales, ocupación laboral (jornada laboral), desconocimiento de los beneficios de la lactancia materna, falta de capacitación y sensibilización del personal de salud acerca del valor de la lactancia materna, falta de coordinación de los programas e intervenciones del ámbito público y privado, políticas públicas como falta de legislación en materia de protección y promoción de la lactancia materna exclusiva; así como la publicidad de sucedáneos de leche materna.⁸³⁻⁸⁵

La información que la PO recibe por parte de los servicios de salud **varía dependiendo de si estaba embarazada o ya había tenido a su bebé**. Las embarazadas reportaron la escasa información que se les da, este es un rezago de información a las que se enfrenta pues es en este momento en el que se debe aprovechar para poder tener acercamientos para la sensibilización sobre el tema y la revisión de pezones para evitar futuras complicaciones en el momento de comenzar la lactancia. Después del parto se les menciona un poco más sobre el tema de lactancia, aunque este es en la mayoría de los casos pobre en contenido. Esta situación también es preocupante ya que es en este momento cuando la información puede ser reforzada y no dada, en algunas ocasiones, por primera vez. Este tema es relevante ya que además estamos tratando de un HANyM el cual adquiere compromisos para su certificación siendo entre ellos el apoyo, protección y fomento a la LME y LM: pareciera que la iniciativa que se adquirió para la certificación no está siendo evaluada constantemente para verificar que se cumpla con lo estipulado.

Promoción y comunicación de la lactancia materna en las mujeres entrevistadas

En lo referente al medio de comunicación que consideran como el más conveniente para que las mujeres de la PO reciban información sobre lactancia, tanto prestadores de salud como las madres entrevistadas destacaron que fuese a través de consejería, talleres, rotafolios, trípticos, videos y en los medios de comunicación masivos pues creen que sería un medio más conveniente. En cuanto al contenido de los mensajes que consideran los prestadores de salud sería más conveniente mencionaron el tratar los beneficios que conlleva dicha práctica y de las técnicas adecuadas de amamantamiento. El grupo blanco adicionó el también hablar de la duración de la lactancia y qué hacer en caso de reincorporarse al trabajo remunerado.

Sobre una estrategia de comunicación a las entrevistadas les gustaría que la información que se les proporcionara fuera el médico, o en su defecto, una enfermera o la trabajadora social respaldados por un médico. Cabe mencionar que, contrariamente a los deseos y expectativas de las usuarias, los médicos en general ni tienen tiempo, ni conocimiento actualizado, ni interés en ofrecer esta consejería. La explicación a lo anterior pudiera ser por la tradición persistente en tratar que las explicaciones relacionadas con la salud – enfermedad encajen en un modelo médico predominante, biologicista y masculino, en el cual se sigue considerando a la figura médica como el portador del conocimiento absoluto. Ya que como lo menciona Cruz Rojo del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Sevilla, *el modelo biomédico dominante en la actualidad es insuficiente para abordar de forma completa las causas, y las intervenciones, de los problemas de salud-enfermedad de las poblaciones.*⁸⁶

El interés principal de las participantes es conocer sobre las técnicas adecuadas de amamantamiento y los beneficios que conlleva el lactar, aunque fue repetitivo el hecho de que se les diera información que abarcara beneficios, duración, técnicas de amamantamiento y que hacer en caso de trabajar fuera de casa.

Es interesante contrastar las necesidades percibidas por el personal de salud y la PO, pues si bien convergen en algunos puntos, se diferencian en otros, como en el hecho de que la PO menciona necesidades de información que en ocasiones no llegan a comentar por pena o por ser juzgadas pues entre las experiencias entre las entrevistadas se menciona que algunos PS llegan a decirles que ellas deberían de saber qué hacer porque son mujeres, argumento el cual definitivamente no es aceptable y obstaculiza la comunicación entre médico – paciente.

Finalmente en lo concerniente a las redes sociales como apoyo para una estrategia de comunicación para la promoción de la LME/LM la Universidad Panamericana en México destaca en su portal institucional que las redes sociales se han convertido en una necesidad; en el mundo el 97% de la población global tiene conocimiento de Facebook, 81% de Youtube y el 76% de Twitter, actualmente de las principales redes para el intercambio de información. Tan sólo en México existen más de 40 millones de usuarios de Internet, quienes dedican alrededor de 3 horas al día a las redes sociales. Existen diversas redes relacionadas al tema de salud, entre las que destacan: Patient like me, red pacientes y estudiabetes.org, que tienen como principal objetivo localizar pacientes de todo el mundo que padezcan la misma enfermedad, así como médicos especializados en el tema con los que puedan compartir experiencias, así como información de utilidad en beneficio de su salud.⁸⁷ Es por ello que no resulta poco factible el considerar el uso de las redes sociales como una herramienta en el manejo de información en salud. Más aún cuando se identificó que varias de las usuarias cuentan con acceso y consideraron que podría ser una opción. Llama la atención que en las entrevistas al PS se consideró que el uso de las redes para transmitir mensajes sobre lactancia era una buena idea, pero no era del todo conveniente por la falta de acceso de las usuarias a una computadora con internet, pero como lo menciona la Universidad Panamericana quizá la falta de uso por parte de las autoridades de salud de las redes sociales, se deba al temor del mal uso de la información expuesta en las redes sociales o la falta de profesionalismo.⁸⁷ Las redes sociales más que un enemigo deben ser un aliado en la prevención de riesgos y en la educación para la salud de la población.

13. Conclusiones

Las bajas tasas de amamantamiento y su interrupción precoz por causas innecesarias o por falta de apoyo suponen exponer a madre e hijo a riesgos innecesarios para su salud inmediata y futura y acarrea perjuicios evitables a la sociedad y al medio ambiente. **En México, Morelos y Cuernavaca, las tasas de amamantamiento bajas y su duración media están muy por debajo de lo recomendable.** En el Hospital se identificaron como principales barreras para el inicio y la continuación del amamantamiento: la información prenatal inadecuada, las políticas y prácticas subóptimas en los servicios de salud, la falta de seguimiento y de apoyo competente por parte de los prestadores de los servicios de salud, los problemas al lactar y el regreso temprano al trabajo de la madre lactante.

Las características personales de las mujeres que afectan la LME, son múltiples como la escolaridad, la edad, la falta de conocimientos sobre el tema, el haber presentado complicaciones relacionados con las mamas como mastitis, grietas o pezones invertidos, miedo de que se afecte su figura y la forma de los pechos, falta de deseo de lactar, problemas de salud de la madre como presión arterial alta, diabetes. Algunos factores sociales que influyen en la decisión de lactar, como la promoción por los medios de comunicación de la alimentación artificial basada en la utilización del biberón y leches industrializadas o la poca aceptación de que una mujer lacte en la vía pública en zonas urbanas.

La lactancia no debe ser un procedimiento complicado y difícil, y tampoco debe ser algo obligatorio para la madre, si bien es recomendable ofrecer una consejería actualizada enfocada hacia los beneficios para la madre y para el infante (derecho a la lactancia) La lactancia debe ser una decisión informada para la madre y algo agradable para ambos, madre e hijo, y puede llegar a serlo si se dan las circunstancias correctas de información, elección, seguridad, apoyo y aliento. En todas las sociedades algunas mujeres tienen problemas con la lactancia, pero la mayoría de esos problemas se pueden solucionar o disminuir si se cuenta con apoyo social y/o médico. Es importante que las madres **tengan un fácil acceso a una buena asesoría y apoyo.**

El tiempo que dedican para la promoción de la LME/LM los prestadores de los servicios de salud no corresponde a una planeación estratégica de actividades, aunque , todos reportaron dedicar diariamente como parte de sus actividades la promoción de la lactancia dependiendo del puesto que desempeñan. Una de las mayores desventajas que comentaron es **la saturación de los servicios** pues son diversas las actividades que deben llevar acabo diariamente y la alta demanda de este hospital en ocasiones los imposibilita a poder prestar atención adecuada al tema de la LME/LM y no solo este, sino a otros temas de promoción de la salud.

El descontento que llegan a sentir sobre esta situación hace que ellos se sientan desmotivados para poder desempeñar de manera adecuada las actividades que cada uno de ellos tiene asignada y más aún cuando llegan a hacerlo no tienen tanto la información oportuna ni el material de apoyo necesario para poder llevarlo de manera adecuada. **Es importante considerar mejores condiciones de trabajo a los prestadores de servicio para que ellos también tengan la oportunidad de llevar a cabo de manera óptima sus labores diarias.**

La falta de consejería en el periodo prenatal y posnatal por los profesionales de la salud reduce las posibilidades de que las madres lleven a cabo una lactancia materna exclusiva por seis meses, pues han perdido el interés por la lactancia y la manera de ayudar a llevarla a cabo, además si la mujer recibe información contradictoria de diferentes profesionales de la salud su decisión de lactar se verá afectada. **El papel de los prestadores de las clínicas de salud resulta**

decisivo, ya que la información adecuada que ellos puedan brindar a las madres aumenta las tasas de LME, al informar desde el primer contacto a todas las embarazadas sobre el tema. El apoyo a la LM debe de continuarse posterior al nacimiento del bebé, pues es frecuente que en esta etapa la madre tenga dudas y se sienta incapacitada para continuar lactando, porque en los primeros días suelen aparecer problemas relacionados con las mamas o los bebés.

La promoción de la lactancia materna por parte de los profesionales sanitarios implicados en las diferentes áreas de atención a la mujer y la infancia (Medicina Familiar, Ginecología y Obstetricia y Enfermería, Pediatría) es un elemento fundamental de ayuda a la lactancia materna y a la implantación de estrategias de eficacia reconocida internacionalmente como los 10 pasos de la OMS/UNICEF. Mejorar esta situación supone mejorar la formación de pre y postgrado, incluir indicadores de calidad e incentivar y apoyar al personal sanitario que trabaja por ello. La promoción y apoyo a la lactancia materna en el ámbito de las instituciones de salud es muy difícil sin el compromiso de los profesionales. Y estos deben disponer de una formación adecuada y actualizada periódicamente en base a la evidencia científica.

Es fundamental que el equipo de salud que tiene contacto directo con la población blanco promueva la LME como el alimento ideal para sus hijas e hijos, informándoles sobre los múltiples beneficios y las alternativas para aquellas mujeres que trabajan, de esta manera tratarán de continuarla a pesar de las dificultades que pudieran presentar; pero para poder lograr esto ellos mismos deben contar con los conocimientos necesarios y estar convencidos de la LME, situación que no se observó en todos los casos.

Las prácticas tradicionales de lactancia *no coinciden con las demandas de las sociedades modernas donde las mujeres tienen que estar ausentes de sus hogares y de sus niños durante períodos prolongados*, por lo general para trabajar. En los últimos años las mujeres en edad fértil se ha incorporado al mercado laboral, considerándose como un factor en contra para poder llevar a cabo una lactancia exitosa ya que al mantenerse alejadas de sus bebés por tiempos prolongados y carecer de facilidades laborales que les permitan compaginar la lactancia con el empleo.

Aunque la legislación laboral en algunos países establece descansos para la lactancia por parte de sus trabajadoras, la distancia del hogar y los problemas de transporte hacen poco práctico que las madres aprovechen estos descansos. ***Se requieren leyes laborales y condiciones de trabajo que reconozcan las necesidades especiales de las madres lactantes en la fuerza laboral.***

La falta de información de los riesgos que conlleva al consumo de los SLM, implican costos directos e indirectos al Estado. Es un asunto prioritario promover la LME para disminuir problemas futuros que afecten la salud de la población mexicana, como es el caso de la obesidad infantil. El Código Internacional para Sucedáneos de la Leche Materna establece la regulación absoluta de los SLM y abarca consideraciones tales como la prohibición de distribución de muestras a madres, familiares o trabajadores de la salud, así como cualquier tipo de publicidad dirigida al público en general, en especial a las madres y los bebés. En el etiquetado se debe de especificar la superioridad de la lactancia materna de forma clara y precisa siendo enfáticos de los riesgos posibles del consumo de SLM.

En el año de 2010 se firmó el Acuerdo Nacional por la salud Alimentaria ANSA en el cual el objetivo 6 menciona “promover y proteger la lactancia materna exclusiva...” en donde la Secretaría de Salud manifestó su compromiso para promover ampliamente tal objetivo, pero por falta de recursos no se ha podido llevar a cabo.

Conocer las experiencias de las madres primigestas en la etapa de instauración de la lactancia, permitirá a los profesionales diseñar intervenciones específicas adaptadas a ellas. Los profesionales deberían tener en cuenta las

expectativas de cada madre y cómo hace frente al nuevo rol, la necesidad de proporcionar apoyo práctico y emocional con unanimidad de criterios y la importancia del apoyo del padre. Es conveniente que se involucre a la familia, motivando a la pareja a participar activamente en los cuidados desde el embarazo, preparación del parto y una vez que haya nacido el bebé colabore con la madre en los cuidados, ya que se incrementa la duración de la LME si la actitud del padre es más cercana.

Sólo con información correcta y adecuada al grupo blanco se podrá propiciar que las madres, padres y el entorno del infante participen activamente con el cuidado de su salud para así obtener mejores resultados.

14. Recomendaciones

A continuación se proponen algunas recomendaciones:

- ❖ Como en cualquier problema de salud y de acuerdo a las nuevas tendencias de incluir en la solución a la población involucrada, se deben diseñar e implementar estrategias de comunicación para la promoción de la lactancia materna exclusiva partiendo de las percepciones y necesidades de las propias madres, con esto se puede contribuir a fortalecer a las mujeres, ayudar a las madres y a sus niños en relación con el derecho a la lactancia que incluye:
 - Protección y apoyo a la lactancia mediante actividades, formales e informales, que ayuden a las mujeres a tener confianza en su capacidad para amamantar, lo que es importante para las mujeres con deseos de amamantar pero que tienen temores o dudas al respecto, o para las que enfrentan condiciones que hacen que la lactancia parezca difícil
 - Promoción de la lactancia por medio de actividades diseñadas especialmente para motivar a las mujeres a amamantar a sus niños, cuando no se sientan inclinadas a hacerlo, o si no lo han hecho con sus bebés anteriores (pero respetando su decisión final)
- ❖ Contar con el apoyo de un equipo profesional que se encargue del diseño de los materiales de la estrategia de comunicación para la promoción de la lactancia materna exclusiva
- ❖ Capacitar y trabajar junto con el personal de salud en la necesidad de basar la asistencia y consejería a las madres y lactantes en evidencias científicas
- ❖ Lograr que los prestadores de los servicios de salud apliquen a su trabajo diario habilidades de comunicación
- ❖ Saber utilizar diferentes métodos formativos para transmitir conocimientos, así como para sensibilizar y cambiar actitudes
- ❖ Respetar el derecho de la decisión informada de las mujeres respecto a la lactancia
- ❖ Planificar y desarrollar cursos de lactancia materna para capacitar al personal de salud, sobre todo a aquellas y aquellos que estén en contacto directo con la población blanco
- ❖ Negociar capacitaciones periódicas al personal de salud que este en contacto directo con el grupo de población blanco
- ❖ Brindar apoyo continuo a la madre que amamanta tras el alta, por lo que su extensión a los servicios comunitarios resulta imprescindible para conseguir los objetivos propuestos
- ❖ Promover una “Semana de la lactancia materna” en el Hospital que incluya lactancia activa y dinámicas que fomenten la importancia de la LME/LMDesarrollar un estudio complementario similar al presente en Centros de Salud de donde provengan usuarias del Hospital con la finalidad de identificar qué es lo que pasa con la promoción de la lactancia en ese ámbito.
- ❖ Explorar la posibilidad de que estudiantes de licenciatura de las carreras de nutrición, enfermería y trabajo social de la entidad apoyen las técnicas de lactancia como parte de su servicio social para optimizar recursos.

- ❖ Una política por escrito sobre lactancia y la capacitación del personal de salud representan las bases para la construcción del proceso de cambio personal e institucional en la atención de una mujer que desea amamantar.

15. Limitaciones del estudio

Algunas de las desventajas que se presentaron durante la realización del presente estudio fueron:

- El tiempo, los recursos humanos y los recursos económicos para realizar cada una de las etapas.
- La demora de los procesos administrativos para que permitieran las autoridades el poder realizar el estudio en el Hospital, En la planeación inicial de la IF se tenían contemplados grupos focales con la PO, los cuales no pudieron ser llevado a cabo por la demora en el permiso para poder ingresar al Hospital.
- Lograr consenso entre participantes de diversas disciplinas y áreas.
- No tener acceso a materiales recientes de promoción de la LME que hayan realizado instancias gubernamentales a nivel nacional, en Morelos o Cuernavaca que nos permitiera contrastar el contenido con los resultados que se desprendieron del estudio.
- La poca información disponible de material de comunicación sobre LME/LM en el país para poder de igual manera contrastar lo que ya se ha hecho en el país.
- No haber podido mostrar imágenes y textos a las mujeres participantes del estudio para que nos reforzaran la clase de contenido que les gustaría recibir en la presente estrategia.
- No poder implementar la estrategia de comunicación y no haber podido medir resultados

Cabe recalcar que la presente propuesta se realizó en base a lo que el personal de salud y la población objetivo comentaron durante el estudio, además de que diversos resultados coinciden con estudios que se han hecho previamente (como se puede observar el apartado de discusión).

16. Bibliografía

1. Hernández MT, Aguayo J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia Materna de la AEP. An Pediatr (Barc). 2005;63(4):340-56.
2. Pérez-Escamilla R, Lutter Ch, Segall AM, Rivera A, Treviño-Siller S, Sanghvi T. Exclusive breast-feeding duration is associated with attitudinal, socioeconomic and biocultural determinants in three Latin American countries. J Nutr 1995;125:2972-2984.
3. Amador M, Silva L, Valdés-Lazo F. Tendencias de la lactancia materna en Cuba y las Américas. Bol Oficina Sanit Panam 1994;116:204-211.
4. Vandale-Toney S, Reyes-Vázquez H, Montañó-Uscanga A, López-Marroquín E, Vega-CastíUo NE. Programa de promoción de la lactancia materna en el Hospital General de México: un estudio evaluativo. Salud Pública Mex 1992;34:25-35.
5. Winikoff B, Castle M. The influence of maternal employment on infant feeding. En: Beverly Winikoff, Castle MA, Hight-Laukaran V, Ed. Feeding ARTÍCULO ORIGINAL 284 salud púb de méx 2003; 45(4).
6. Iván Ríos Hernández. Comunicación En Salud: Conceptos Y Modelos Teoricos. Perspectivas De La Comunicación. 2011 1(4). Universidad De La Frontera Temuco. Chile
7. Salud Reproductiva. Información Básica de las Entidades Federativas. Septiembre de 2012. En: http://coespomor.gob.mx/investigacion_poblacion/salud/salud_reproductiva_morelos.pdf
8. Secretaría de Salud. Servicios de Salud de Morelos. Anuario Estadístico 2011 en: http://www.ssm.gob.mx/portal/page/sist_info_salud/anuarios/2011/A1_Presentacion,%20demografia,%20cobertura_2011_final.pdf
9. Servicios de Salud de Morelos. Manual de organización específico Hospital General de Cuernavaca "Dr. José G. Parres". 2008 En: <http://www.ssm.gob.mx/portal/page/trans/OCA/MOMP/Hospital%20Cuernavaca%20MO.pdf>
10. Instituto Mexicano del Seguro Social. Encuesta Nacional de Cobertura del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2012.
11. Objetivo del Desarrollo del Milenio 4: reducir la mortalidad infantil. 2011. En : http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/child_mortality/es/index.html [Consultado 10 de julio 2012]
12. Kelleher DK, Duggan C. Breast milk and breastfeeding in the 1990s. Curr Opin Pediatr. 1999; 1: 275-80.
13. Pérez, R. Estrategias De Comunicación Para El Cambio Social. Fisec-Estrategias. 2006. 2 (3) 3-18.
14. OPS/OMS. Manual de comunicación social para programas de salud. Programa de Promoción de la salud (HPA). 1992.
15. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. El amamantamiento, base para un futuro saludable. New York, UNICEF: División de Comunicaciones; 1999: 1-16.
16. Bhutta ZA, Darmstadt GL, Hasan BS, Haws RA. Community- based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: A review of the evidence. Pediatrics. 2005; 115: 576-8.
17. Dietz, W. H. Breastfeeding may help prevent childhood overweight. JAMA, 2001; 285:2506-2507.
18. Harder T, Bergmann R, Kallischnigg G, Plagemann A. Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis. Am J Epidemiol 2005;162:397-403.
19. Nelson WE. Nutrición y su trastorno. En: Tratado de pediatría. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1989;t1:139-70 (Edición Revolucionaria).
20. Tuleda-Coloma JM. Estimulación del feto, del recién nacido y del niño hasta los tres años de edad. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1996;29
21. Nelson WE, Vaughan VC, Mckay RI. Alimentación durante la primera infancia. En: Tratado de pediatría. La Habana: Editorial Científico Técnica, 1998;t1:165-76.
22. Organización Mundial de la Salud (OMS). Indicators for Assessing Breast-feeding Practices. Ginebra: OMS, 1991. Documento electrónico accesible en http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_CDD_SER_91.14.pdf
23. WHO Nutrition. Global data bank on breastfeeding. Ginebra: WHO, 2003
24. Goldman AS, Goldblum RM. Defense agents in milk. A defense agents in human milk. En: Jensen RG. Handbook of milk composition. San Diego Academic Press, 1995:727-738.
25. Wagner CL. Human milk and lactation. En: Emedicine.com/ped/topic2594.htm [Consultado 10 julio 2012]
26. Cruz M, Molina AJ, Bargañó JM. Lactancia natural. En: Cruz M, Crespo M, Brines J, Jiménez R. Compendio de Pediatría. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 664.

27. Díaz-Arguelles V, Ramírez-Corría M. Lactancia materna: evaluación nutricional en el recién nacido. *Rev Cubana Pediatr* 2005; 77(2). En http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312005000200005 [Consultado: 10 de julio 2012]
28. Muñiz VIJ, Martínez ME, Ramírez AAL, Díaz MMC, Bazavilvazo RN, Hernández OR. Ablactación: criterios que usan el personal de salud y las pacientes para su inicio. *Nutr Clin*. 2003; 6: 345-53.
29. Delgado BA, Arroyo CLM, Díaz GMA, Quezada SCA. 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; 63:32-39
30. Huffman S, Zehner E, Victoria C. Can improvements in breast-feeding practices reduce neonatal mortality in developing countries? *Midwifery*. 2001; 17: 80-92.
31. Wagner CL. Human milk and lactation. [Emedicine.com/ ped/topic2594.htm](http://emedicine.com/ped/topic2594.htm)
32. AAP Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 1997; 100: 1035-9.
33. Ministerio de Salud de Chile. Manual de Lactancia Materna. Contenidos Técnicos para Profesionales de la Salud. Chile, 2010. 1-236
34. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. La iniciativa hospital amigo del niño. Parte VII. Revaluación de hospitales amigos del niño: guía para desarrollar el proceso a nivel nacional. Nueva York (NY): FBHI Team Nutrition Section, 1998.
35. Latham M. Capítulo 7 Lactancia Materna. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Nutrición humana en el mundo en desarrollo. Colección FAO: Alimentación y nutrición N° 29. Roma; 2002 p. 67 – 87.
36. Li R, Fein SB, Chen J, et al. Why mothers stop breastfeeding: Mothers' self-reported reasons for stopping during the first year. *Pediatrics* 2008;122:S69-76.
37. Rius Peris JM. Factores asociados al inicio y al abandono precoz de la lactancia materna [tesis doctoral]. Departament de Farmacologia. Universitat de València. 2011.
38. González C. Dieta y suplementos para la madre lactante. En: Manual de lactancia materna. De la teoría a la práctica. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Editorial Médica Panamericana, S.A. 2008;87-91
39. Kohlhuber M, Rebhan B, Schwegler U, et al. Breastfeeding rates and duration in Germany: a Bavarian cohort study. *B J Nutr* 2008;99:1127-32.
40. Bhutta ZA, Darmstadt GL, Hasan BS, Haws RA. Community- based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: A review of the evidence. *Pediatrics*. 2005; 115: 576-8.
41. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.
42. Rivera-Dommarco, J., Shamah, T., Villalpando, S., González de Cossio, T., Hernández, B. y Sepúlveda, J. Encuesta Nacional de Nutrición 1999. Estado Nutricio en Niños y Mujeres en México. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2001. ISBN 968-6502-54-8. 320.
43. Olaiz, G., Rivera-Dommarco, J., Shamah, T., Rojas, R., Villalpando, S., Hernández, M y Sepúlveda, J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
44. 20th World Breastfeeding Week Understanding the Past- Planning the Future Celebrating 10 years of WHO/UNICEF's Global Strategy for Infant and Young Child Feeding 2012. En : <http://worldbreastfeedingweek.org> [Consultado 10 julio 2012]
45. Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna 2012. En: http://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24805.html
46. Organización Panamericana de la Salud. Esquemas de protección social para la población materna, neonatal e infantil: lecciones aprendidas de la Región de América Latina Washington, D.C.: OPS, 2008
47. Ley Federal del Trabajo. En: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/125.pdf>
48. Secretaría de Salud. Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria: Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. México. 2010. En: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/programas/acuerdo_nacional.html
49. Mc Alister AL. Cambio de conducta de la población: Un enfoque con base teórica. En: promoción de la salud: una antología. Publicación Científica # 557. Organización Panamericana de la Salud, 1996: p. 246.
50. Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Santa Fe de Bogotá, Colombia, noviembre, 1992. En: Promoción de la Salud: una antología. Publicación Científica # 557. Organización Panamericana de la Salud, 1996: p. 373.
51. Carta del Caribe para la Promoción de la Salud. Primera conferencia de promoción de la salud del Caribe, Puerto España, Trinidad y Tobago, junio de 1993. En: Promoción de la salud: una antología. Publicación Científica # 557. Organización Panamericana de la Salud, 1996:p. 378

52. Czeresnia D. y Machado de F. C. Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias. Ed. Lugar editorial, S.A. Buenos Aires, Argentina. Capítulo I, pp 19-46. 2003
53. Labonte R. Estrategias para la promoción de salud en la Comunidad. Promoción de la Salud: una antología. Organización Panamericana de la Salud; 1996:p.153. Publicación Científica # 557.
54. Organización Mundial de la Salud. Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud. Carta de Ottawa para la promoción de salud. Canadá 17-21, noviembre de 1986.
55. Barcaz Hechavarría E. Estrategia de comunicación social para la atención primaria de salud en la provincia Las Tunas. Rev Cubana Educ Med Super 2002;16(1):19-36
56. Lee N. Up and Out of Poverty: The Social Marketing Solution. Wharton School Publishing, U.S. 2009.
57. Siegel, M., M.D., and Doner, L. Marketing Public Health: Strategies to Promote Social Change. Aspen Publishers, Inc. 1998.
58. Kotler P y Lee N. Social Marketing: Influencing Behaviors for Good. SAGE, Third edition. U.S. 2008.
59. Hornik RC. Public Health Communication: Evidence for Behavior Change. Mahwah, NJ: Erlbaum. 2002.
60. FAO. The Community's Toolbox. FAO: Rome, Italy. 1990
61. FAO Farmer-First Approaches to Communication. FAO: Rome, Italy. 1995.
62. Anyaebgunam, C, Mefalopulos, P and Moetsabi, T. Participatory Rural Communication. Appraisal: Starting with the People, SADC Centre of Communication for Development and FAO Regional Project. 1998
63. Andreasen, A.R. (1995). Marketing Social Change: Changing Behavior to Promote Health, Social Development, and the Environment. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
64. Davidson, P. y Davidson, S. (eds.) (1980). Behavioral Medicine: Changing Health Lifestyles. Brunner Mazel, Nueva York.
65. Bandura, A. (1977). Social Learning Theory. Prentice Hall, Englewood Cliffs, Nueva Jersey.
66. Bandura, A. (1986). Social Foundations of Thought and Action. Prentice Hall, Englewood Cliffs, Nueva Jersey.
67. Glanz, K. y Rimer, B.K. Teorías de un Vistazo: Guía para la Práctica de la Promoción de la Salud, en el documento Reproducción de Documentos Serie #19, Modelos y Teorías de Comunicación en Salud: Promoción de la Salud (1996) División de Promoción y Protección de la Salud, OPS: Washington, DC.
68. Donohew, L.; Sypher, H.E. y Bukoski, W.J. (1991). Persuasive Communication and Drug Abuse Prevention. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, Nueva Jersey.
69. Maibach, E. y Parrott, R.L. (eds.) (1995). Designing Health Messages: Approaches from Communication Theory and Public Health Practice. Sage, Thousand Oaks, California.
70. Fishbein, M. y Ajzen, I. (1981). "Acceptance, Yielding and Impact: Cognitive Processes in Persuasion". En Petty, R.E.; Ostrom, T.M. y Brock, T.C. (eds.). Message Effects in Communication Science. Sage Publications, Newbury Park, California.
71. Montaña DE, y Kasprzyk D. The theory of reasoned action and theory of planned behavior. Health Behavior and Health education. Glanz K, Rimer BK, and Lewis FM. (Eds) 2002. Jossey-Bass. 67- 98.
72. Fishbein, M. y Ajzen, I. Belief, Attitude, Intention and Behavior. Addison-Wesley, Reading, Massachusetts. 1975
73. Fishbein, M. "Developing Effective Behavior Change Interventions". En Backer, T.E.; David, S.L. y Soucy, G. (eds.) Reviewing the Behavioral Science Knowledge Base for Technology Transfer. National Institute on Drug Abuse Research Monograph 155. Rockville, Maryland. 1995
74. Bandura, A. y Adams, N. "Analysis of Self-Efficacy Theory to Behavioral Change". Cognitive Therapy and Research I. 1977. 287-310.
75. Bandura, A. "The Self System in Reciprocal Determinism." American Psychologist. 1978. 33:344-358.
76. Bandura, A. y Walters, R.H. Social Learning and Personality Development. Holt, Rinehard and Winston, Austin, Texas. 1963.
77. Baranowski T, Perry CL, y Parcel GS. How individuals, environments, and health behavior interact: Social cognitive theory. Health Behavior and Health education. Glanz K, Rimer BK, and Lewis FM. (Eds) 2002. Jossey-Bass. Pp 165-184.
78. <http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=mdemo55&s=est&c=23602>
79. http://www.ssm.gob.mx/pdf/mortalidad/mort_10.pdf
80. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Relación costo beneficio de las intervenciones de promoción sobre lactancia materna vs. laboratorios de fórmulas lácteas. Panamá, 2006. Publicado en Panamá, 2009. 1-113
81. Centers for Disease Control and Prevention. Health Communication Basics. 2011. Disponible en: <http://www.cdc.gov/healthcommunication/HealthBasics/WhatIsHC.html> [Consultado 1 octubre 2012]
82. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin M, Ho J, Hakimi M. Educación prenatal en lactancia materna para aumentar su duración. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 11.

83. Ortega JA, Pastor E, Martínez I, et al. Proyecto Malama en la región de Murcia (España): medio ambiente y lactancia materna. *An Esp Pediatr* 2008;68:447-53.
84. Huang YY, Lee JT, Huang CM, et al. Factors related to maternal perception of milk supply while in the hospital. *J Nurs Res.* 2009 ;17:179-88.
85. O'Connor NR, Tanabe KO, Siadat MS, et al. Pacifiers and breastfeeding. A systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2009;163:378-82.
86. Palafox MI, Fernandez MO. Monografía: Lactancia materna exclusiva. *Rev Fac Med UNAM.* 50(4). 2007. 174
87. Treviño-Siller, S. De leche y de pechos: una aproximación cualitativa a los factores que afectan la decisión y práctica de la lactancia materna entre mujeres de clase media alta en México, Tesis de Doctorado, UNAM, México. 2004
88. Cruz Rojo C. Modelos causales: biomédico y social. Universidad de Sevilla. <http://personal.us.es/cruzrojo/MODELOS-SALUD.pdf>
89. Lomov BF. Procesos psíquicos y comunicación. En: Problemas metodológicos de psicología social, 1980:p. 151-164.
90. En: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_1_02/ems02102.htm
91. Belintxon-Martin, M.; Zaragüeta, M. C.; Adrian, M. C. y Lopez-Dicastillo, O.. El comienzo de la lactancia: experiencias de madres primerizas. *Anales Sis San Navarra* [online]. 2011, vol.34, n.3, pp. 409-418. ISSN 1137-6627. <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272011000300007>.
92. Bandura, A. (1977). Autoeficacia: hacia una teoría unificadora de cambio de comportamiento. *Psychological Review*, 84 (2) (1977), pp 191-215.
93. Dennis, CL. Fundamentos teóricos de la confianza de la lactancia materna: un marco de auto-eficacia. *Journal of Human Lactation*, 15 (3) (1999), pp 195-201.
94. R. Blyth, D. Creedy, CL Dennis, W. Moyle, J. Pratt, S. De Vries. Efecto de la confianza en la duración de la lactancia materna: una aplicación de la lactancia materna teoría de la auto-eficacia. *Nacimiento*, 29 (4) (2002), pp 278-284.
95. R. Blyth, D. Creedy, CL Dennis et al. Duración de la lactancia en una población australiana: la influencia de los factores modificables prenatales. *Journal of Human Lactation*, 20 (1) (2004), pp 30-38.
96. H. Kronborg, M. Vaeth. La influencia de los factores psicosociales en la duración de la lactancia materna. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32 (3) (2004), pp 210-216.
97. J. Scott, C. Binns, W. Oddy, K. Graham. Los predictores de duración de la lactancia: evidencia de un estudio de cohortes. *Pediatrics*, 117 (4) (2006), pp E646-655.
98. S. Semenik, C. Loiselle, L. Gottlieb. Los predictores de la duración de breastfeeding exclusiva entre madres primerizas. *Investigación en Enfermería y Salud*, 31 (5) (2008), pp 428-441.
99. United Nations International Childrens's Emergency Fund. Criterios globales para la iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Madre. Nueva York (NY): OMS/UNICEF, 1992.
100. Hernández-Garduño AG, De la Rosa-Ruiz L. Capacitación sobre lactancia materna al personal de enfermería del Hospital General de México. *Salud Publica Mex* 2000;42:112-117.
101. Torres Hernández, P. Trastornos afectivos en los ciclos hormonales de la mujer. *Salud Global* Año V. N° 6 2005

A. GUÍA OBSERVACIONAL



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

“Estrategia de comunicación para la promoción de la lactancia materna exclusiva dirigido a usuarias del Hospital General Dr. José G. Parres”

Guía Observacional

OBSERVACIÓN I: ASPECTOS FÍSICOS DEL HOSPITAL

El propósito de esta sección es observar los aspectos físicos del centro de salud.

A. Información General

Nombre del/la observadora: Rocío Alvarado Casas

Nombre Hospital: Hospital General Dr. José G. Parres

Promedio de usuarias atendidas por semana:

Número de personal que trabajan en el servicio:

País y ciudad: Cuernavaca, Morelos

Fecha de observación:

Hora de inicio de la Observación:

Hora de término de la Observación:

B. Características del Hospital General Dr. José G. Parres. Marque con una “X” la característica observada.

	Sí	No
1. ¿Existe un área específica para la consulta?	☐	☐
2. ¿Se puede escuchar a la usuaria desde fuera de la sala de consulta?	☐	☐
3. ¿Se puede ver a la usuaria desde fuera de la sala de consulta?	☐	☐
4. ¿Existe un área específica para la consejería?	☐	☐
5. ¿Se escucha a la usuaria desde fuera del área de consejería?	☐	☐
6. ¿Existe un área específica donde la usuaria puede obtener información general sobre lactancia materna (escrita, verbal o visual)? Especifique _____	☐	☐
7. ¿Es satisfactorio el estado de los servicios higiénicos (limpieza, equipamiento buen funcionamiento)?	☐	☐
8. ¿Existe pantallas de televisión en el área de espera para entrar a consulta en el Hospital?	☐	☐
9. En el caso de ser así ¿se encuentran funcionando?	☐	☐

Comentarios: _____

C. Materiales de promoción de Lactancia Materna (LM). Marque con una “X” la característica observada.

	Sí	No
10. ¿Se ve material de promoción de la LM en las paredes del Hospital?	☐	☐
11. ¿Se proyecta información de LM en la pantalla de televisión del Hospital?	☐	☐
12. ¿Se encuentra información impresa de fácil acceso a información de LM en el Hospital?	☐	☐
13. ¿Qué tipo de información se incluye en los materiales?	☐	☐

Tipo de Información	Sí	No
Definición de LM	☐	☐
Diferencia entre LME y LMM	☐	☐
Duración óptima de la LM	☐	☐
Beneficios de LM para el infante	☐	☐
Beneficios de LM para la madre	☐	☐
Principales problemas	☐	☐
Consejos vs esos problemas	☐	☐
Diferentes posiciones para lactar	☐	☐
Otros _____	☐	☐

14. ¿Qué tipo de imágenes se incluyen en esos materiales?

Tipo de imagen	Si	No
Mujeres tipo población blanco		
Infantes tipo población blanco		
Mujeres diferentes a la PB		
Infantes diferentes a la PB		
Diferentes posiciones para lactar		
Forma correcta de succionar el pezón		
Forma correcta de liberar el pezón		
Peso de niños lactados		
Otros _____		

15. Estime el número de diferentes materiales educativos (p.ej. materiales permanentes en las paredes, volantes que las usuarias pueden llevar) sobre lactancia materna. _____

16. ¿Quién diseñó o aparece como responsable de los materiales? _____

17. Si puede, tome una muestra de cada material

Comentarios: _____

OBSERVACIÓN II: RECEPCIÓN DE CLIENTES

El propósito de esta sección es observar a una usuaria desde el momento en que ingresa al Hospital hasta que se encuentra con el proveedor del servicio.

A. Área de Recepción. Marque con una "X" todas las actividades que se desarrollan en el área de recepción.

	Sí	No
18. ¿Se saluda a la usuaria cuando ingresa en el servicio de salud?		
19. ¿Se le pregunta con cortesía en qué se la puede ayudar?		
20. ¿Se le indica dónde debe ir (a sentarse o a una fila en particular)?		
21. ¿Se le informa sobre cuánto tiempo debe esperar?		
22. ¿Se le invita a tomar asiento?		

Comentarios: _____

B. Área de Espera. Marque con una "X" todas las actividades que se desarrollan en el área de espera.

¿Se desarrolla alguna de las actividades siguientes en el área de espera?	Sí	No
23. Proyección de videos educativos		
24. Pláticas informales sobre promoción a la salud		
25. Provisión de materiales educativos impresos		
26. Programas de televisión (no educativos)		
27. Otros (especifique): _____		
28. ¿Hay asientos suficientes en las áreas de espera? _____		

Comentarios: _____

OBSERVACIÓN III: OBSERVACIÓN DE LA CONSULTA Y LA CONSEJERÍA

El propósito de esta sección es observar como se da la consejería en el Hospital sobre LM y quién la lleva a cabo

A. Profesional encargado de la consulta o sesión de consejería. Marque con una "X" la casilla que describe mejor a la persona encargada de la consulta o de la sesión de consejería.

Enfermera(o)	
Auxiliar de enfermería	
Médico (general)	
Gineco-Obstetra	
Educador(a) / Consejero(a)	

Comentarios: _____

B. Atención General Recibida. Marque con una "X" cómo se comunica el/la profesional de la salud con la usuaria.

	Sí	No
29. El/la profesional de la salud:		
30. Utilizó un lenguaje simple (que la usuaria pudo entender)		
31. Explicó a detalle los beneficios de la LM		
32. Utilizó materiales ilustrativos (dibujos, fotografías, etc.)		
33. Recomendó la LM como forma de alimentar a su bebé de forma exclusiva		
34. Mostró técnicas de amamantamiento		
35. Explicó los riesgos de alimentar al bebé con sucedáneos de leche materna		
36. Preguntó a la usuaria si tenía preguntas/dudas		

Comentarios: _____



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

“Estrategia de comunicación para la promoción de la lactancia materna exclusiva dirigido a usuarias del Hospital General Dr. José G. Parres”

Guía de entrevista para personal de los servicios de salud que atienden a embarazadas y mujeres postparto del Hospital General Dr. José G. Parres

Buen día, el INSP está desarrollando un estudio para la elaboración de una propuesta de comunicación dirigida a mujeres primigestas que asisten a este hospital para fomentar la lactancia materna exclusiva. Para lograrlo se está entrevistando a personal de salud del hospital y después se realizarán sesiones grupales con mujeres usuarias del hospital. Por esta razón estamos solicitando su colaboración para participar en esta entrevista. La información que se obtenga servirá para el diseño de la propuesta de una estrategia de comunicación.

Los datos que nos proporcione serán confidenciales y sólo serán utilizados para los fines de este estudio. Esta entrevista es para fines académicos y en el momento que desee no contestar alguna pregunta o bien retirarse de la entrevista esta en todo la libertad de hacerlo. ¿Podemos comenzar?

I. Datos generales

1. Sexo del entrevistado
2. ¿Qué edad tiene?
3. ¿Cuál es su formación académica?
4. ¿En dónde realizó sus estudios y en qué año?
5. ¿Qué puesto desempeña en este hospital?
6. ¿Cuáles son las funciones principales que realiza en su puesto?
7. ¿Desde hace cuánto tiempo trabaja para este hospital?
8. ¿Anteriormente había trabajado con este grupo de población (embarazadas y mujeres postparto)? ¿Qué era lo que hacía con ese grupo?
9. Actualmente ¿qué porcentaje de su tiempo destina en las actividades de promoción de la lactancia materna?
10. ¿Sabe si este hospital está certificado como Hospital Amigo del Niño y de la Madre? ¿Desde cuándo? ¿En su opinión, considera que se implementan las acciones recomendadas? ¿Qué tipo de mejoras o cambios ha visto Ud. desde la certificación?

II. Conocimientos sobre la lactancia materna

1. ¿Cómo define Ud. la lactancia materna?
2. ¿Y cómo define la lactancia materna exclusiva?
3. ¿Sabe cuál es la diferencia entre LM y LME? ¿Cuál considera que es mejor y por qué?
4. ¿Por qué se recomienda la lactancia materna exclusiva?
5. ¿Cuándo se le debe de comenzar a dar pecho a los niños?
6. ¿Hasta qué edad considera adecuado dar pecho a los niños? ¿Por qué?
7. ¿A qué edad es recomendable comenzar a dar otros líquidos a los niños, además de la leche materna?
8. ¿Qué opina Ud. sobre la leche de fórmula para los niños menores de 6 meses? ¿Qué ventajas o desventajas identifica? ¿Aquí se les otorga alguna muestra de fórmula a las usuarias? En caso de ser así ¿por qué se les da y quién es la persona responsable?
9. ¿A qué edad es recomendable comenzar la ablactación, es decir, alimentos sólidos a los niños, además la leche materna?
10. ¿Cuáles son los principales problemas para lactar a los niños?
11. ¿Cómo se pueden resolver esos problemas?
12. Los conocimientos que tiene sobre lactancia materna ¿Cómo es que lo sabe? ¿Ha tenido algún curso

por parte de la institución para conocer y así poder brindar información de LME/LM?...¿de otra parte?

III. Sobre promoción de la lactancia materna exclusiva

1. ¿Qué tipo de información es la que da usted a las mujeres sobre LME?
2. ¿Tiene algún material de apoyo para reforzar la información que se les da? Cómo trípticos o carteles, etc. ¿Y quién se la dio? ¿Me puede mostrar alguno? ¿Qué opina Ud. sobre estos materiales? ¿Las usuarias de los servicios se muestran interesadas al recibirlos y los revisan o se utilizan?
3. ¿En qué momento se las da, en el embarazo o después del embarazo?
4. ¿Según su experiencia, cuáles son los motivos principales por los que las madres dejan de dar el pecho antes de los 6 meses?
5. ¿Qué tipo de apoyo a la lactancia materna ofrece el hospital de forma habitual a las madres ANTES del parto y quién lo proporciona? ¿Cuánto tiempo duran? ¿Cada cuándo se dan? ¿En dónde se las dan?, la persona que lo da ¿recibió entrenamiento? ¿Se evalúa de alguna manera? ¿Quiénes asisten o quienes reciben esa información?
6. ¿Qué tipo de apoyo a la lactancia materna ofrece el hospital de forma habitual a las madres DESPUÉS del parto y quién lo proporciona? ¿Cuánto tiempo duran? ¿Cada cuándo se dan? ¿En dónde se las dan?, la persona que lo da ¿recibió entrenamiento? ¿Se evalúa de alguna manera? ¿Quiénes asisten o quienes reciben esa información?

IV. Sobre una campaña de promoción de lactancia materna

1. Según su experiencia ¿qué tipo de materiales para madres primigestas cree que serían más convenientes para lograr que más mujeres alimenten a sus bebés sólo con leche materna los seis primeros meses? (folletos, pláticas, videos, etc.)
2. ¿Qué tipo de mensajes para madres primigestas cree que serían más convenientes para lograr que más mujeres alimenten a sus bebés sólo con leche materna durante seis meses?
3. ¿Qué considera Ud. que se les debe informar o aclarar para que las mujeres primigestas puedan lactar a sus hijos?
4. ¿Usted considera que utilizar los actuales medios de comunicación como el Facebook, Twitter o los mensajes de texto por celular (las redes sociales) para enviar mensajes o información sobre las ventajas de la LM así como consejos para facilitarla podría ser una estrategia conveniente en las usuarias del hospital? ¿Por qué?

V. Sugerencias/Cierre de la entrevista

1. ¿Con base en su experiencia podría hacer Ud. alguna sugerencia para el diseño de una estrategia de comunicación para promocionar la lactancia en las mujeres primigestas de este hospital?
2. ¿Qué cosas deberíamos de tomar en cuenta o cuales cosas evitar, etc.?

Agradezco el tiempo brindado en esta entrevista, así como el aporte que esto conlleva para el estudio. Me despido y quisiera solicitarle una nueva cita en caso que sea necesario para complementar alguna información que sea conveniente para reforzar esta entrevista.

¡Gracias por su participación!



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

“Estrategia de comunicación para la promoción de la lactancia materna exclusiva dirigido a usuarias del Hospital General Dr. José G. Parres”

CUESTIONARIO SOBRE FACTORES SOCIOCULTURALES QUE AFECTAN LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA, CREENCIAS Y ACTITUDES

INSTRUCCIONES:

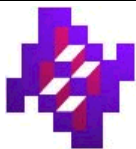
Buen día, el INSP está desarrollando un estudio para la elaboración de una propuesta de comunicación dirigida a mujeres primigestas que asisten a este hospital para fomentar la lactancia materna exclusiva. Por esta razón estamos solicitando su colaboración para participar en el llenado de este cuestionario. La información que se obtenga servirá para el diseño de la propuesta de una estrategia de comunicación.

Los datos que nos proporcione serán confidenciales y sólo serán utilizados para los fines de este estudio. Este cuestionario es para fines académicos y en el momento que desee no contestar alguna pregunta o bien retirarse esta en toda la libertad de hacerlo.

SECCIÓN I. PERFIL SOCIOECONÓMICO			
Ficha de identificación	Respuesta		Código de respuesta
1.1 Edad (años)	_		_
1.2 Lugar de nacimiento	(1) Morelos (2) Distrito Federal (3) Otro Estado _____ (4) Otro país _____ (99) No sabe/No contesta	_	_
1.3 Estado civil	(1) Soltera (2) Casada (3) Vive en unión libre (4) Viuda (5) Separada (6) Divorciada (99) No sabe/No contesta	_	_
1.4 ¿Cuál es aproximadamente su ingreso familiar mensual?	(1) De \$1 943.00 a \$2 913.99 al mes (2) De \$2 914.00 a \$5 827.99 al mes (3) De \$5 828.00 a \$11 656.99 al mes (4) De \$11 657.00 a \$38 855.99 al mes (5) Otro _____ al mes (99) No sabe/No contesta	_	_
1.5 ¿Sabe usted leer y escribir?	(1) Si (2) No (99) No sabe/No contesta	_	_
1.6 ¿Cuál fue el último año o grado que usted aprobó en la escuela?	Años (1) No estudió (2) Primaria..... 1-6 (3) Secundaria..... 1-3 (4) Bachillerato o Carrera técnica..... 1-3 (5) Licenciatura..... 1-5 (7) Posgrado..... 1-2 (8) Otro _____ (99) No sabe/ No contesta	_	_
1.7 ¿A qué se dedica?	(1) Empleada (2) Hogar (3) Trabaja por su cuenta/comerciante. (4) Estudiante. (5) Profesionista (9) Otro _____ (99) No sabe/No contesta.	_	_

1.8 ¿Con quién vive?	(1)Sola (2)Pareja (3)Familiares cercanos (4)Familiares de la pareja (5)Con alguna amistad (6)Otro (99)No sabe/No contesta		
1.9 ¿El lugar donde vive es...?	(1) Propio (2) Rentado (3) Prestado (4) Otro (99)No sabe/No contesta		
SECCIÓN II. PRACTICAS SOBRE LACTANCIA MATERNA			
2.1 ¿En su familia de origen se acostumbra la lactancia materna?	(1)Si (2)No (99)No sabe/No contesta		
2.2 ¿Usted fue lactada?	(1)Si (2)No (pasé a la pregunta 2.5) (99)No sabe/No contesta		
2.3 ¿Qué tipo de lactancia recibió?	(1)Lactancia Materna (2)Lactancia Materna Exclusiva (99)No sabe/No contesta		
2.4 ¿Cuánto tiempo duro su lactancia?	Número de meses _____ (99)No sabe/No contesta		
2.5 ¿Sus amigas cercanas acostumbran lactar a sus bebés?	(1)Si (2)No (pasé a la Sección III) (99)No sabe/No contesta		
2.6 ¿Qué tipo de lactancia dieron sus amigas a sus bebés?	(1)Lactancia Materna (2)Lactancia Materna Exclusiva (99)No sabe/No contesta		
2.7 ¿Cuánto tiempo lactaron sus amigas a sus bebés?	Número de meses _____ (99)No sabe/No contesta		
SECCIÓN III. CONOCIMIENTO SOBRE LACTANCIA MATERNA (LM)			
De las siguientes afirmaciones, califique en una escala del 1 a 10, donde los valores más bajos se acercan a lo falso y los más altos a lo cierto.			
3.1 La LM tiene los nutrientes necesarios para mi bebé.	(99)No sabe/ No contesta		
3.2 El calostro del pecho materno es el mejor alimento para el recién nacido.	(99)No sabe/ No contesta		
3.3 La leche materna tiene factores inmunológicos que protegen al bebé de diversas enfermedades y es la única leche que los contiene.	(99)No sabe/ No contesta		
3.4 Se debe de dar únicamente leche materna los 6 primeros meses de vida del bebé.	(99)No sabe/ No contesta		
3.5 Se debe de dar LM con otros alimentos hasta los dos años de vida del bebé.	(99)No sabe/ No contesta		
3.6 La leche materna la puedo refrigerar y dársela en biberón si no puedo estar todo el tiempo con mi bebé.	(99)No sabe/ No contesta		
3.7 El amamantar a mi bebé me protege de enfermedades como cáncer de mama, ovarios, como anticoncepción natural y me ayuda a bajar de peso	(99)No sabe/ No contesta		
SECCIÓN IV. PERCEPCIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA			
De las siguientes afirmaciones, califique en una escala del 1 a 10, donde los valores más bajos se acercan a lo falso y los más altos a lo cierto.			
4.1 Dar pecho a mi bebé me deforma los pechos.	(99)No sabe/ No contesta		
4.2 Los niños no se nutren bien si solo le doy leche materna.	(99)No sabe/ No contesta		
4.3 Si doy leche materna a mi bebé por más de un año, se vuelve muy dependiente de mí.	(99)No sabe/ No contesta		
4.4 Si amamanto a mi bebé, no puedo hacer otra cosa.	(99)No sabe/ No contesta		
4.7 Dar leche de fórmula es una forma más práctica de alimentar a mi bebé	(99)No sabe/ No contesta		
4.6 La leche de fórmula es más nutritiva que la leche materna.	(99)No sabe/ No contesta		

SECCIÓN V. PLANES SOBRE SU LACTANCIA MATERNA			
De las siguientes afirmaciones, califique en una escala del 1 a 10, donde los valores más bajos se acercan a lo falso y los más altos a lo cierto.			
5.1 Yo quiero lactar a mi bebé en cuanto nazca	(99)No sabe/ No contesta		
5.2 Yo quiero lactar a mi bebé cuando nazca y no darle nada más durante seis meses.	(99)No sabe/ No contesta		
5.3 Yo quiero lactar a mi bebé cuando nazca aunque también le daré leche de fórmula.	(99)No sabe/ No contesta		
5.4 Trabajo y creo que podré lactar a mi bebé	(99)No sabe/ No contesta		
5.5 Creo que es igual darle fórmula láctea o pecho a mi bebé	(99)No sabe/ No contesta		
5.4 Mi pareja me apoya si doy leche materna	(99)No sabe/ No contesta		
5.5 Mis familiares me apoyan si doy leche materna	¿Quién/¿Quiénes? _____ _____ (99)No sabe/ No contesta		
SECCIÓN VI. APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN LOS SERVICIOS DE SALUD			
6.1 Aquí en el Hospital me han dado toda la información que necesito saber para dar el pecho a mi bebé	(1)Cierto (2)Ligeramente cierto (3)Falso (4)Otro _____ (99)No sabe/No contesta		
6.2 La información que me han dado fue a través de...	(1) Carteles (2) Folletos (3) Pláticas (4) Talleres (5) Videos (6) En mis consultas mensuales (8) Otros _____ (99) No sabe/No contesta		
6.3 Me dijeron que si tenía alguna dificultad con amamantar a mi bebé...	(1) Acudiera al Hospital (2) Me dieron algún número para que hablará en caso de dudas (3) Se las dijera en las consultas mensuales al médico que me atiende (4) No me dijeron nada (8) Otros _____ (99) No sabe/No contesta		
SECCIÓN VII. COMUNICACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN LOS SERVICIOS DE SALUD			
7.1 ¿Cómo le gustaría que le llegara la información sobre lactancia materna?	(1)Carteles (2)Folletos (3)Pláticas (4)Talleres (5)Videos (6)Facebook/Twitter (7)Mensajes de texto en celular (8)Otros _____ (99)No sabe/No contesta		
7.2 ¿Quién le gustaría que le diera información sobre lactancia?	(1) Médico (2) Enfermera(o) (3) Promotor(a) de salud (4) Otros _____ (99)No sabe/No contesta		
7.3 ¿Qué tipo de mensajes le gustaría saber en un medio de comunicación?	(1) Beneficios (2) Duración (3) Técnicas de amamantamiento (4) Como llevarla a cabo en el caso de trabajar (5) Otro _____ (99)No sabe/No contesta		



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

“Estrategia de comunicación para la promoción de la lactancia materna exclusiva dirigido a usuarias primerizas gestantes y postparto del Hospital General Dr. José G. Parres”

Guía para entrevista sobre la promoción de la lactancia materna exclusiva en embarazadas primigestas

Buen día, el INSP está desarrollando un estudio para la elaboración de una propuesta de comunicación dirigida a mujeres primigestas que asisten a este hospital para fomentar la lactancia materna exclusiva. Para lograrlo se está entrevistando a mujeres usuarias del hospital. Por esta razón estamos solicitando su colaboración para participar en esta entrevista. La información que se obtenga servirá para el diseño de la propuesta de una estrategia de comunicación.

Los datos que nos proporcione serán confidenciales y sólo serán utilizados para los fines de este estudio. Esta entrevista es para fines académicos y en el momento que desee no contestar alguna pregunta o bien retirarse de la entrevista esta en todo la libertad de hacerlo. ¿Podemos comenzar?

Objetivo: Explorar la percepción que tiene el grupo blanco sobre la lactancia materna, lactancia materna exclusiva, barreras y oportunidades para llevarla a cabo así como los mensajes, canales y contenidos que les gustaría que les llegará dicha información.

I. DATOS GENERALES

NOTA. Estos datos se preguntan en el *Cuestionario sobre factores socioculturales que afectan la práctica de la lactancia materna, creencias y actitudes* que se aplica previamente a la entrevista.

II. PERCEPCIÓN GENERAL SOBRE LA LACTANCIA MATERNA: BARRERAS, OPORTUNIDADES Y PROPUESTAS PARA UNA ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN

CONOCIMIENTOS GENERALES. DEFINICIÓN Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA

1. ¿Qué es la lactancia materna/lactancia materna exclusiva? ¿Cuáles son sus diferencias?
2. ¿Para qué sirve la lactancia materna exclusiva?
3. ¿Cuándo se le debe de comenzar a dar pecho a los niños?
4. ¿Cuánto es el tiempo adecuado para dar pecho a los niños? ¿Hasta qué edad? ¿Por qué?

SABERES DE LA LACTANCIA MATERNA. VALORES Y CREENCIAS SOBRE LME

5. Entre sus familiares y conocidos ¿se acostumbra la lactancia materna? ¿Quién(es) la ha(n) llevado a cabo?
6. ¿Qué es lo que opinan sobre la LM sus familiares, su pareja, sus amigas, etc?
7. ¿Qué es lo que les ha dicho el personal de salud acerca de la lactancia?
8. ¿Qué es lo que ustedes piensan de la lactancia materna?
9. ¿Me podría mencionar algunos beneficios que conozca sobre la lactancia materna exclusiva?
10. ¿Me podría mencionar en que podría perjudicar la lactancia materna exclusiva, ya sea a Ud. o al bebé?

PLANES SOBRE LA LACTANCIA

11. En este momento, ¿Ud. tienen planeado dar pecho a su bebé? ¿Por qué razón?
12. Si es afirmativa la pregunta anterior, ¿cuánto tiempo piensa lactarlo y porqué ese tiempo?
13. Si tienen pareja ¿Qué opina con respecto a sus planes de lactar/no lactar a su bebé?

BARRERAS Y OPORTUNIDADES PARA LACTAR. ACTITUDES EN RELACIÓN A LA LME

14. ¿Cuáles cree que sean los motivos principales por los que las madres dejan de dar el pecho en los primeros días o en las primeras semanas?
15. ¿Cuál(es) creen que sea(n) el/los motivos principal(es) por el/los que Ud. dejarían de dar el pecho

en los primeros días o en las primeras semanas de vida de su bebé?

16. ¿Qué tipo de apoyo considera Ud. que necesitaría para que le fuera más fácil la lactancia?

17. ¿Qué tipo de información necesitarían saber para poder lactar a sus hijos?

AUTOEFICACIA

18. ¿Se considera capaz de lactar a su bebé? ¿Por qué?

19. En caso de no sentirse capaz ¿qué es lo que necesitan saber, tener o en quién apoyarse para sentirse capaz de lactar a su bebé?

SOBRE UNA ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN. MEDIOS, CANALES, CONTENIDO

20. ¿Qué es lo que ha visto en los medios de comunicación como folletos, carteles, manuales, Facebook, Twitter, videos, radio, televisión, espectaculares acerca de la lactancia? Ya sea aquí en el hospital o en otra parte. Especificar en donde lo(s) vio/oyó.

21. ¿Recuerda algún mensaje, frase o contenido sobre lactancia materna? ¿En dónde lo vio/escucho? ¿Podría describirlo? ¿Qué fue lo que más les gusto de ese mensaje? (imagen, frase, medio)

22. ¿Qué tipo de información cree que necesitan tener las madres como Ud. para poder lactar a sus hijos? ¿Qué le serviría saber a Ud.?

23. Si Ud. pudieran decidir la información que se le diera en un “anuncio” para practicar la lactancia materna ¿Qué quisiera que le dijeran en ese anuncio? ¿Quién(es) quisiera que les dijera esa información? Personal de salud, pares, madres/suegras, pareja, otra(o).

24. ¿Quién(es) le gustaría que le diera(n) la información sobre la lactancia materna? (Personal de salud, talleres, folletos, carteles, manuales, videos, Facebook, Twitter, radio, televisión, espectaculares)

25. ¿Cómo le gustaría que llegara esta información? ¿Preferiría imágenes, frases escritas, ambas, videos, grabaciones de voz, otros?

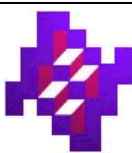
26. ¿Considera que utilizar los actuales medios de comunicación como el Facebook, Twitter (las redes sociales) o los mensajes de texto por celular para enviar mensajes o información sobre las ventajas de la LM así como consejos para facilitarla podría ser una estrategia conveniente para qué de leche al seno materno? ¿Por qué?

III. CIERRE

Si Ud. Tuviera enfrente a la persona encargada de la promoción de la lactancia materna del hospital y que va a escuchar sus propuestas y a tomarlas en cuenta para el diseño de una estrategia de comunicación a favor de la promoción de la lactancia materna, ¿qué propondría en concreto?

Agradezco el tiempo brindado en esta entrevista, así como el aporte que esto conlleva para el estudio.

Me despido no sin antes darle las ¡Gracia por su participación!



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

**“Estrategia de comunicación para la promoción de la lactancia materna
exclusiva dirigido a usuarias primerizas gestantes y postparto del Hospital**

General Dr. José G. Parres”

**Guía para entrevista sobre la promoción de la lactancia materna exclusiva en mujeres postparto
primigestas**

Buen día, el INSP está desarrollando un estudio para la elaboración de una propuesta de comunicación dirigida a mujeres primigestas que asisten a este hospital para fomentar la lactancia materna exclusiva. Para lograrlo se está entrevistando a mujeres usuarias del hospital. Por esta razón estamos solicitando su colaboración para participar en esta entrevista. La información que se obtenga servirá para el diseño de la propuesta de una estrategia de comunicación.

Los datos que nos proporcione serán confidenciales y sólo serán utilizados para los fines de este estudio. Esta entrevista es para fines académicos y en el momento que desee no contestar alguna pregunta o bien retirarse de la entrevista esta en todo la libertad de hacerlo. ¿Podemos comenzar?

Objetivo: Explorar la percepción que tiene el grupo blanco sobre la lactancia materna, lactancia materna exclusiva, barreras y oportunidades para llevarla a cabo así como los mensajes, canales y contenidos que les gustaría que les llegará dicha información.

III. DATOS GENERALES

NOTA. Estos datos se preguntan en el *Cuestionario sobre factores socioculturales que afectan la práctica de la lactancia materna, creencias y actitudes* que se aplica previamente a la entrevista.

I. PERCEPCIÓN GENERAL SOBRE LA LACTANCIA MATERNA: BARRERAS, OPORTUNIDADES Y PROPUESTAS PARA UNA ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN

CONOCIMIENTOS GENERALES. DEFINICIÓN Y DURACIÓN DE LA LACTANCIA

1. ¿Qué es la lactancia materna/lactancia materna exclusiva? ¿Cuáles son sus diferencias?
2. ¿Para qué sirve la lactancia materna exclusiva?
3. ¿Cuándo se le debe de comenzar a dar pecho a los niños?
4. ¿Cuánto es el tiempo adecuado para dar pecho a los niños? ¿Hasta qué edad? ¿Por qué?

SABERES DE LA LACTANCIA MATERNA. VALORES Y CREENCIAS SOBRE LME

5. Entre sus familiares y conocidos ¿se acostumbra la lactancia materna? ¿Quién(es) la ha(n) llevado a cabo?
6. ¿Qué es lo que opinan sobre la LM sus familiares, su pareja, sus amigas, etc?
7. ¿Qué es lo que les ha dicho el personal de salud acerca de la lactancia?
8. ¿Qué es lo que ustedes piensan de la lactancia materna?
9. ¿Me podría mencionar algunos beneficios que conozca sobre la lactancia materna exclusiva?
10. ¿Me podría mencionar en que podría perjudicar la lactancia materna exclusiva, ya sea a Ud. o al bebé?

PLANES SOBRE LA LACTANCIA

11. ¿Usted cuando estaba embarazada pensaba que iba a dar pecho a su bebé? ¿Por qué razón?
12. ¿Cuánto tiempo pensaba lactarlo y porqué ese tiempo?
13. ¿Pensó darle lactancia exclusiva, es decir, sólo pecho? ¿Por cuánto tiempo y por qué?
14. Si tiene pareja ¿Qué opinó con respecto a sus planes?

BARRERAS Y OPORTUNIDADES PARA LACTAR. ACTITUDES EN RELACIÓN A LA LME

15. En la actualidad, ¿da pecho a su bebé? ¿Por qué decidió hacerlo?
16. En caso de no dar pecho ¿cuáles son los motivos por los cuales no dio pecho a su bebé?
17. Si da pecho, ¿ha tenido algún problema? ¿Cómo lo ha resuelto?
18. ¿Qué ha sido lo mejor de su lactancia?
19. ¿Qué ha sido lo más difícil de su lactancia? ¿Cómo lo ha resuelto?
20. ¿Cuál cree que sean los motivos principales por los que las madres dejan de dar el pecho en los primeros días o en las primeras semanas de vida del bebé?
21. ¿Cuál(es) cree que sea(n) el/los motivos principal(es) por el/los que Ud. dejaría de dar el pecho en los primeros días o en las primeras semanas de vida del bebé?

AUTOEFICACIA

22. ¿Ahora que ya tiene a su bebé, se considera capaces de practicar la lactancia materna exclusiva? ¿Por qué?
23. En caso de no sentirse capaz ¿qué es lo que necesita saber, tener o en quién apoyarse para sentirse capaz de lactar a su bebé?

SOBRE UNA ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN. Medios, canales, contenido

24. ¿Qué es lo que ha visto en los medios de comunicación como folletos, carteles, manuales, Facebook, Twitter, videos, radio, televisión, espectaculares acerca de la lactancia? Ya sea aquí en el hospital o en otra parte. Especificar en donde lo(s) vio/oyó.
25. ¿Recuerda algún mensaje, frase o contenido sobre lactancia materna? ¿En dónde lo vio/escucho? ¿Podría describirlo? ¿Qué fue lo que más les gusto de ese mensaje? (imagen, frase, medio)
26. ¿Qué tipo de información cree que necesitan tener las madres como Ud. para poder lactar a sus hijos? ¿Qué le serviría saber a Ud.?
27. Si Ud. pudieran decidir la información que se le diera en un “anuncio” para practicar la lactancia materna ¿Qué quisiera que le dijeran en ese anuncio? ¿Quién(es) quisiera que les dijera esa información? Personal de salud, pares, madres/suegras, pareja, otra(o).
28. ¿Quién(es) le gustaría que le diera(n) la información sobre la lactancia materna? (Personal de salud, talleres, folletos, carteles, manuales, videos, Facebook, Twitter, radio, televisión, espectaculares)
29. ¿Cómo le gustaría que llegara esta información? ¿Preferiría imágenes, frases escritas, ambas, videos, grabaciones de voz, otros?
30. ¿Considera que utilizar los actuales medios de comunicación como el Facebook, Twitter (las redes sociales) o los mensajes de texto por celular para enviar mensajes o información sobre las ventajas de la LM así como consejos para facilitarla podría ser una estrategia conveniente para qué de leche al seno materno? ¿Por qué?

III. CIERRE

Si Ud. Tuviera enfrente a la persona encargada de la promoción de la lactancia materna del hospital y que va a escuchar sus propuestas y a tomarlas en cuenta para el diseño de una estrategia de comunicación a favor de la promoción de la lactancia materna, ¿qué propondría en concreto?

Agradezco el tiempo brindado en esta sesión, así como el aporte que esto conlleva para el estudio. Me despido no sin antes darles las ¡Gracias por su participación!



Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), Cuernavaca, Morelos, México

Título de proyecto: "Estrategia de comunicación para la promoción de la lactancia materna exclusiva dirigido a usuarias del Hospital General Dr. José Parres"

CARTA DE CONSENTIMIENTO ORAL PARA MUJERES USUARIAS DEL HOSPITAL GENERAL DR. JOSÉ PARRES

Estimada Señora:

El motivo de la presente es para hacer de su conocimiento que la Lic. en Nutrición Rocío Alvarado Casas estudiante de la Maestría en Salud Pública con área de concentración en Nutrición del Instituto Nacional de Salud Pública, le invita a través de éste medio a participar en contestar un breve cuestionario como parte del desarrollo del proyecto "Estrategia de comunicación para la promoción de la lactancia materna exclusiva dirigido a usuarias del Hospital General Dr. José Parres" que se estará llevando a cabo durante el mes de marzo del presente año. El objetivo del estudio es el contar con información adecuada para hacer una propuesta del diseño de una estrategia de comunicación de promoción de la lactancia de acuerdo a las necesidades de ustedes, como usuarias de este Hospital.

El objetivo de este cuestionario es recabar información sobre su perfil socioeconómico, identificar las principales inquietudes y problemas más frecuentes que tienen para que lleven a cabo la lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida del niño; así como para la identificación de las estrategias de comunicación de los puntos de mayor interés, el diseño de los temas del material informativo de apoyo para la promoción de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida de la cual se desprenderá el diseño de una estrategia de comunicación.

Una vez que Usted accedan a participar en el estudio, se le aplicará un cuestionario que tendrá una duración de aproximadamente 15 minutos.

Para la realización de esta intervención se cuenta con el apoyo del Hospital General Dr. José G. Parres, los Servicios de Salud del Estado de Morelos y del Instituto Nacional de Salud Pública que tiene su sede en Cuernavaca.

Usted no recibirá ningún beneficio directo por su participación en este estudio. Toda la información que Usted nos proporcione será de carácter confidencial, la información será utilizada únicamente para esta investigación. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentaran de tal manera que Usted no podrá ser identificado.

Su participación en el estudio a través de este la contestación de este cuestionario, no implica ningún riesgo para usted. Usted tiene derecho de no contestar cualquier pregunta que le incomode. Usted no recibirá pago alguno por su participación en el estudio. La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o no participar no afectarán de ninguna manera los servicios que le prestan en el Hospital.

Después de haber recibido esta información, ¿está dispuesta a participar en este estudio de forma voluntaria?

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

¡Muchas gracias por su participación!



Comisión de Ética

Instituto Nacional de Salud Pública

Versión Aprobada: Marzo 13, 2013.

Folio Identificador: Vo88

Copia sellada en archivo



Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), Cuernavaca, Morelos, México

Título de proyecto: "Estrategia de comunicación para la promoción de la lactancia materna exclusiva dirigido a usuarias del Hospital General Dr. José Parres"

**CARTA DE CONSENTIMIENTO ORAL PARA PRESTADORES DE SALUD DEL
HOSPITAL GENERAL DR. JOSÉ PARRES**

Estimado(a) prestador(a) de los servicios de salud

El motivo de la presente es para hacer de su conocimiento que la Lic. en Nutrición Rocío Alvarado Casas estudiante de la Maestría en Salud Pública con área de concentración en Nutrición del Instituto Nacional de Salud Pública, le invita a través de éste medio a participar en una entrevista como parte del desarrollo del proyecto "Estrategia de comunicación para la promoción de la lactancia materna exclusiva dirigido a usuarias del Hospital General Dr. José Parres" que se estará llevando a cabo durante el mes de marzo del presente año. El objetivo del estudio es el contar con información adecuada para hacer una propuesta del diseño de una estrategia de comunicación de promoción de la lactancia de acuerdo a las necesidades de las usuarias de este Hospital.

El objetivo de esta entrevista es explorar, desde su experiencia como profesional de la salud, las principales inquietudes y problemas que tienen las mujeres usuarias de este hospital para poder practicar la lactancia materna y reflexionar sobre el tipo de información o apoyo que sería adecuado incluir en una estrategia de comunicación. El estudio también incluirá grupos de discusión con algunas de las usuarias de este hospital.

Usted fue seleccionado para participar en el estudio junto con otras personas de este hospital debido a su experiencia y actividades de promoción de la lactancia. Si usted acepta participar en el estudio su participación consiste en aceptar esta entrevista que tiene una duración aproximada de una hora, misma que será audio-grabada para ser transcrita junto con las otras para su posterior análisis.

Usted no recibirá ningún beneficio directo por su participación en este estudio. Sin embargo, si usted decide participar, estará colaborando con el Instituto Nacional de Salud Pública para identificar los problemas a los que se enfrentan las embarazadas en el hospital sobre lactancia materna exclusiva y con la propuesta de una estrategia de comunicación enfocada a las necesidades de las mujeres para poder contribuir a mejorar las tasas de lactancia materna en la entidad.

Toda la información que usted nos proporcione será de carácter confidencial, la información será utilizada únicamente para esta investigación. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentaran de tal manera que usted no podrá ser identificado.

Su participación en el estudio a través de esta entrevista, no implica ningún riesgo para Usted. Tiene derecho de no contestar cualquier pregunta que le incomode. Usted no recibirá pago alguno por su participación en el estudio.

La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o no participar no afectarán de ninguna manera sus relaciones con otras personas de su comunidad.

Después de haber recibido esta información, ¿está dispuesto(a) a participar en la entrevista de forma voluntaria?

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

¡Muchas gracias por su participación!



Comisión de Ética
Instituto Nacional de Salud Pública
Versión Aprobada: Marzo 13, 2013.
Folio Identificador: Vo88
Copia sellada en archivo



F. POSIBLES CONTENIDO DE LA ESTRATEGÍA

CONTENIDO PRINCIPAL QUE DEBERÍA SER INCLUIDO EN LA ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA LME POR SEIS MESES EN LA POBLACIÓN BLANCO Y AUDIENCIA SECUNDARÍA.

➤ INTRODUCCIÓN

¿Por qué el niño menor de seis meses debe recibir solo leche materna como único alimento? ¿Si llena todas las necesidades nutricionales del niño en esta edad?

Ya no hay ninguna duda de que la leche materna tiene todos los elementos nutritivos que necesita un niño durante sus primeros seis meses de vida y que por lo tanto no es necesario darle ningún otro alimento, ni siquiera agua. Si se vive en climas cálidos o en las épocas de verano en los que el organismo necesita más líquidos, basta con dar el pecho con más frecuencia. Si se le dan al bebé otros alimentos no sólo no es necesario sino que puede ser inclusive perjudicial, como veremos más adelante.

➤ CONCEPTO

¿Qué significa exactamente lactancia materna exclusiva?

Significa que el niño o la niña reciban única y exclusivamente la leche materna. No debe recibir nada más, ni otras leches, bebidas caseras, jugos, sopas, papillas, ni siquiera agua, como ya se mencionó anteriormente.

➤ DURACIÓN

¿Hasta cuándo se le debe dar leche materna al niño?

Lo ideal es que todo niño reciba la leche materna como alimento único durante sus primeros seis meses de vida. A partir de los seis meses la leche materna debe ser el alimento principal hasta los doce meses (a partir del sexto mes es necesario iniciarle la alimentación con otros alimentos como verduras, frutas, cereales, carnes en forma de papilla). Y se debe continuar después del año y hasta cumplir los veinticuatro meses, es decir, los dos años de edad.

➤ RIESGOS DE NO LACTAR

¿Por qué razón es perjudicial que un niño o niña reciba otros alimentos o bebidas antes de los seis meses aunque se le esté dando leche materna?

Cuando se dan otras leches o bebidas se corre el riesgo de una infección, pues se emplean utensilios que pueden estar sucios o contaminados. Además, el estómago del bebé no se encuentra preparado para recibir otra clase de alimentos y al poner en contacto al niño tempranamente con otras sustancias distintas de la leche humana, hay más riesgo de que presente alergias.

Entre las enfermedades que más afectan a los niños y son causa de hospitalizaciones y muertes están la diarrea, la neumonía y las infecciones graves del recién nacido (sepsis). ¿Existe alguna relación comprobada entre estas enfermedades y la lactancia materna exclusiva?

Los niños que reciben únicamente leche materna durante los primeros seis meses de vida sufren mucho menos de diarrea, de infecciones respiratorias como neumonía, bronquiolitis, infecciones del oído y septicemia, que es una infección muy grave que ataca a todo el cuerpo. Pero estas no son las únicas ventajas ya que la leche materna no solo disminuye la ocurrencia de estas enfermedades sino que, en caso de que el bebé se vea afectado por ellas, le dan de manera menos agresiva y menos duradera.

Esta protección contra las infecciones que más atacan a los infantes solo la brinda la leche materna si se le compara con

las demás leches. El alimento materno le proporciona al bebé estas defensas, lo que no tiene la leche de vaca ni las demás leches comerciales. Por esta razón no es exagerado afirmar que la leche materna es la primera vacuna que debe recibir todo niño.

➤ VENTAJAS DE LACTAR AL BEBÉ

Además de la protección contra las enfermedades más comunes, ¿qué otras ventajas tiene la leche materna para los niños y las niñas?

La lista es muy amplia, pero mencionemos algunas:

- Además de que tiene todos los nutrientes necesarios para los niños de esta edad, estos se digieren más fácilmente, evitando así problemas digestivos
- El niño alimentado al seno materno tiene menos caries y problemas dentales.
- Con la alimentación al pecho se establece una relación entre la madre y el bebé más estrecha y cariñosa, lo que le permite al niño crecer sintiéndose amado y aceptado.
- Con la lactancia materna se disminuye el riesgo de muerte en las primeras semanas de vida, lo que se conoce como muerte súbita o “muerte de cuna”.
- Hay menos riesgo de sufrir otras enfermedades como meningitis, infección urinaria, diabetes, obesidad, asma, leucemia y linfoma.
- El niño alimentado al pecho tiene mejor desarrollo del cerebro y sus funciones (desarrollo cognitivo). Es decir, es un futuro pueden tener un mejor rendimiento escolar.

¿Qué ventajas trae para la mujer el amamantar a su hijo o hija?

También son varias:

- Protege la salud de la madre desde el momento del parto porque el estímulo de la succión ayuda a que la placenta se desprenda y se expulse más rápidamente, evitando así el sangrado abundante que puede poner en peligro su vida
- Disminuye el riesgo de cáncer de seno y cérvico – úterino.
- Aumenta el espacio entre las gestaciones.
- Ayuda a que la madre recupere más rápido el peso que tenía antes de la gestación.
- Disminuye el riesgo de fractura de cadera y de osteoporosis en la menopausia.

¿Desde el punto de vista económico ¿qué ventajas tiene la lactancia materna?

Son varias:

- Disminuye costos de salud pues como ya se ha mencionado el niño se enferma menos, lo que ahorra dinero en consultas y medicamentos.
- Se ahorra el dinero que implica preparar biberones (fórmulas lácteas, biberones, gasto de energía, agua, jabón).
- Disminuye la contaminación ambiental.

➤ TÉCNICAS DE AMAMAMANTAMIENTO



¿Cómo se debe de dar el pecho al bebé? ¿Cuál es la técnica más efectiva para la lactar?

La posición de la mamá y el niño en el momento de la lactancia, así como la forma en que succiona el niño son dos aspectos claves en el éxito de esta práctica.

La madre puede estar sentada o acostada de lado para dar de mamar a su hijo. Lo importante es que esté lo más cómoda posible, a fin de que ese momento sea agradable para ambos. En cualquiera de las dos posiciones, lo importante es que la madre ponga a su niño frente a ella, logrando que la barriga de la mamá y la del niño se toquen. Además de la posición, es importante observar cómo está succionando el niño.

Algunos aspectos para tener en cuenta son:

- Estimular el reflejo de búsqueda acercando el pezón a la comisura labial y cuando el niño abra la boca completamente, acercarlo al pecho, de tal forma que el pezón y la mayor parte de la areola queden dentro de su boca, para evitar lastimar a la madre y facilitar que el niño pueda alimentarse adecuadamente
- Hay un buen agarre cuando el mentón del niño toque el seno de mamá, con la boca bien abierta y con el labio inferior volteado hacia fuera. El buen agarre garantiza la succión adecuada e impide la formación de gases, que por lo general ocasionan molestias a los niños.
- Colocar al bebe en posición de balón de futbol americano con los piecitos para atrás.
- Separar al bebé del pezón, abriendo la boquita con la punta del dedo menique de la madre.
- Identificar que el bebe mame toda la areola y no sólo el pezón para que no lo lastime el pezón de la madre.
- Asegurarse que mame de un seno y del otro.



Posibles videos de las técnicas de amamantamiento que se podrían incluir en esta estrategia de comunicación:

<http://www.youtube.com/watch?v=XMb5bsSAhnc>

<http://www.youtube.com/watch?v=lahbyIGitVU>

<http://www.youtube.com/watch?v=Oz2MXgWTnol>

http://www.youtube.com/watch?v=zp4X_sR6D-s

➤ PROBLEMAS DURANTE LA LACTANCIA Y COMO EVITARLOS



¿Cuáles son los problemas que más frecuentemente presentan las mamás que están alimentando a un niño, cuáles son sus causas y cómo se pueden solucionar estos problemas?

Uno de los problemas más frecuentes, especialmente al comienzo de la lactancia, es la hinchazón o congestión de los pechos, lo que a veces incomoda a la madre. Es lo que muchas madres llaman “la bajada de la leche”.

Ocasionalmente la madre puede sentir hinchazón, enrojecimiento y molestia en un lugar del pecho y palpar una masa dolorosa. Esto se debe a un conducto de salida de leche que se ha obstruido. Si esta obstrucción persiste o existe un foco cercano de infección, se puede producir mastitis, que se manifiesta por calor, dolor y enrojecimiento en la piel a consecuencia de la contaminación. Es necesario aclarar que mastitis implica infección del tejido mamario y no de la leche, por lo tanto esta sigue siendo buena e higiénica para el niño.

La hinchazón de los pechos se evita si en los primeros tres días se pone el niño al pecho con más frecuencia, cada vez que se despierte. Cuando el problema ocurre, se corrige aplicando compresas calientes sobre el pecho, haciendo masajes circulares sobre el mismo y extrayendo manualmente un poco de leche antes de la mamada.

Si la molestia es muy intensa, la madre debe sacarse el alimento del lado afectado con la misma frecuencia que si lo estuviera amamantando. Si a pesar de las anteriores medidas no hay mejoría en veinticuatro horas, la madre debe consultar al médico.

Otro problema es el de pezones adoloridos o con grietas o fisuras, lo cual es una manifestación de una posición o un agarre inadecuados. Esta molestia se evita corrigiendo las fallas en la técnica. Además, es útil la aplicación de la propia leche en el sitio afectado y no aplicar cremas o lociones. También es recomendable que la madre inicie la alimentación con el pecho que duele menos.



¿Es cierto que el uso de biberones (mamilas), chupones y/o entretenedores pueden entorpecer la lactancia materna y afectar la salud del niño?

Es claro que si el niño recibe solo leche materna no hay ninguna necesidad de usar biberones. El empleo de esos utensilios desestimula la lactancia y pone al niño en riesgo de sufrir una infección por lo tanto no son recomendables.

Por otra parte, cada vez se menciona más el problema de la confusión de pezones, que consiste en que si el niño desde los primeros días recibe leche con biberón o se le da un chupón se acostumbra a ellos y le gusta más pues la leche sale más fácilmente a través de un biberón, a tal punto de que cuando se le ofrece el seno materno lo rechaza. Ante esta situación la madre cree que al niño no le gusta su leche o que no tiene suficiente y decide entonces continuar alimentándolo con biberón, con la posibilidad de perderse de esta manera la lactancia materna.



¿Cuál sería la mejor recomendación que se le podría dar a una madre que tenga algún problema con la alimentación de su niño?

Lo primero es la revisión acerca de la técnica de amamantamiento, especialmente si ambos, madre e hijo, tienen una posición adecuada según se explicó. Además, verificar si el niño está haciendo un buen agarre del seno. Si a pesar de esto el problema persiste, la madre debe acudir al Centro de Salud o al médico. Lo peor que se puede hacer en estos casos es suspender la lactancia e iniciar otras leches con biberón.

Al finalizar esta serie de talleres nos quedan claros entonces los siguientes puntos:

- Todo niño, independientemente de las condiciones económicas y culturales de su familia, debería recibir únicamente leche materna durante sus primeros seis meses de vida.
- Darle otros alimentos o bebidas, incluso agua, durante estos meses es un riesgo para su salud.
- Está demostrado que el niño que recibe solo la leche de su madre se enferma menos y tiene menos probabilidades de morir por diarrea, neumonía y otras infecciones.
- La leche materna representa un gran ahorro de dinero para las familias pues no solo no hay que comprar otras leches sino que, al enfermarse menos, se evitan los gastos de consultas y medicamentos.
- La lactancia materna es tan importante para la vida del niño y de la niña que si una madre tiene problemas con la alimentación, esto justifica plenamente una consulta en el Centro de Salud o en el Hospital.



¿Cuáles son las causas definitivas que obligarían a una madre a suspenderle el alimento a su hijo?

Realmente son muy pocas: si la madre es portadora del virus VIH/SIDA, si está recibiendo medicamentos para el

tratamiento de cáncer o para trastornos psiquiátricos graves, si es adicta a alguna droga o al licor no debe darle su alimento. Medicamentos como la mayoría de los antibióticos, analgésicos, laxantes, antigripales no impiden la lactancia materna. En casos de duda se debe consultar al médico.

 **Con el paso de las primeras semanas muchas mujeres ya no sienten sus mamas o pechos congestionados o cargados como al principio y piensan que lo que ocurre es que ya se les está acabando el alimento. ¿Es esto cierto?**

Esto no es cierto en la mayoría de las veces. Lo que ocurre es que la consistencia de la leche va cambiando con el tiempo. Después de las primeras semanas la leche es menos espesa, se ve más clara, pero sigue siendo adecuada y suficiente para el niño y por lo tanto no es necesario agregarle otras leches o bebidas.

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y LA REINCORPORACIÓN AL TRABAJO FUERA DE CASA

 **Es frecuente ver que muchas madres que trabajan empiezan a alimentar a sus hijos con biberón además de la leche materna, porque consideran que como pronto ya van a volver al trabajo el niño no va a aguantar el hambre y lo hacen para que se vaya acostumbrando al biberón. ¿Es esta práctica adecuada?**

No. El regresar al trabajo de ninguna manera es un impedimento para continuar alimentando al bebé con leche materna. Desde los primeros días la madre debe recibir instrucciones sobre cómo extraerse su alimento cuando el niño no se toma todo el disponible y cómo almacenarlo para usarlo cuando ella no esté en casa. Además, cuando inicie su trabajo debe alimentar al niño antes de salir. Durante el día, en su jornada laboral, extraerse la leche con la misma frecuencia con que venía alimentándolo en su casa, guardándolo en un lugar fresco. Cuando regresa al hogar, vuelve a alimentar a su niño directamente y la leche almacenada en su trabajo le será suministrada por el cuidador del niño el día siguiente, usando para ello una pequeña taza o cucharita. De esta manera el niño continúa con lactancia materna exclusiva.

CONSEJOS PARA PODER LLEVAR ACABO UNA LACTANCIA MATERNA EXITOSA

 **¿Qué es lo mejor que una madre puede hacer para que le siga saliendo suficiente leche para alimentar al bebé?**

Prepararse durante el embarazo para brindar una lactancia materna exitosa, usar una buena técnica de amamantamiento, poner al niño al pecho durante la primera media hora después del parto, ofrecer el pecho a libre demanda y consultar oportunamente ante cualquier problema antes de iniciar otras leches.

 **¿Cómo puedo prepararme desde el embarazo para una adecuada lactancia materna?**

Lo ideal es que toda mujer en el embarazo acuda a sus consultas prenatales ya que durante estas el personal de salud (médico(a), enfermera) podrá examinarle los pechos, le explicará la importancia de la lactancia materna exclusiva y lactancia materna, la técnica de amamantamiento, así como los cuidados de su salud y cómo alimentarse bien.

 **A veces se piensa que la leche materna es solo para las familias de escasos recursos, pues no tienen dinero para comprar otras leches. ¿Es esto cierto?**

De ninguna manera. La leche materna es el mejor alimento para todos los niños, independientemente de sus condiciones socioeconómicas, por todas las razones ya expuestas.

 **Se sabe que los primeros días del niño son decisivos respecto a una adecuada alimentación materna. ¿Cuáles son los puntos básicos que una madre debe observar en esta etapa?**

Lo primero es ir preparada al momento del parto: conocer la técnica de amamantamiento y si no la sabe, consultar en el

Centro de Salud o el personal de salud. En segundo lugar, poner al niño al pecho durante la primera media hora después del parto, para lo cual cuenta con el apoyo del personal del servicio de salud. Luego, dar el pecho al niño cada vez que despierte para estimular así la producción de la leche. En caso de sentir dolor o alguna molestia, debe pedir ayuda. Finalmente, es esencial que toda madre antes de salir del Centro de Salud o el Hospital para su hogar esté aplicando una adecuada técnica de amamantamiento y esto lo debe verificar el personal de salud. Además, la madre debe aprovechar la revisión que se le hará al bebé en sus consultas mensuales para decir sobre algún problema que se le haya presentado durante estos lapsos en relación con la alimentación del niño.



¿Cómo saber que mi hijo sí quedó bien alimentado cuando le estoy dando el pecho? ¿Cómo saber si realmente tengo buena cantidad de leche?

El éxito de una buena lactancia está en la técnica de amamantamiento y en ofrecer el pecho a libre demanda, es decir, sin horarios estrictos ni duración limitada a cada pecho. Para saber que el niño sí está recibiendo una cantidad adecuada de leche existen varios indicadores:

- Después de ponerlo al pecho el niño se queda tranquilo, a veces dormido
- Durante el día hay que cambiarle el pañal unas seis a ocho veces
- Cada vez se prolonga más el tiempo entre una alimentación y otra
- Cuando despierta se ve activo, con llanto vigoroso, movilizándolo sus cuatro extremidades
- En las consultas de control se evidencia una buena ganancia en peso y estatura