



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA**  
**UNIDAD XOCHIMILCO**

---

**DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD**

**LAS REPRESENTACIONES DE LA LACTANCIA  
MATERNA DURANTE LOS PRIMEROS 6 MESES  
DE VIDA.**

**PARA OBTENER EL GRADO**

**MAESTRÍA EN REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA**

**PRESENTA**

**LIC. EN ENF. EVELYN FLORES ZIMBRON**

**DIRECTOR: M.R.N. ROSA IVONE MARTÍNEZ VÁZQUEZ**

**ASESOR: DR. GERARDO ALBERTO ALVARADO RUÍZ**

**ASESOR: DRA. MA. CARMEN SANCHEZ PEREZ**

**MEXICO, D.F**

**AGOSTO 2009**

**A la Dra. Patricia Muñoz Ledo**

Que me permitió se parte de esta experiencia enriquecedora, con la que termino muy satisfecha, ya que ella dentro de su haber no solo fue parte de una plantilla de Profesores si no que llego a ser hasta una consejera, apoyando mi formación como un reto a superar.

**DRA. MA. Carmen Sánchez Pérez, Dr. Gerardo Alvarado Ruíz**

Gracias por permitirme se parte de este gran proyecto de vida ya que con su capacidad de entrega, me brindo las bases necesarias para desarrollarme como un ser humano de calidad, con todas las cualidades necesarias de un profesional en esta área, esto me permitirá seguir alimentando mi espíritu que en un futuro espero jamás habrá de saciarse.

**M.R.N. Ivonne Martínez Vazquez.**

Infinita gratitud por tu entrega incondicional en la culminación de este proyecto, el que me permitió conocerte como persona y ser humano, del cual puedo expresar calidez, ímpetu, humildad, con un genial conocimiento y compromiso, pero ante todo amistad ya que me permitiste conocerte fuera del área de trabajo y eso es algo que no puedo agradecer.

## **A mis padres y hermanos.**

Aunque en muchas ocasiones posiblemente los desquicie por tener tantas cosas que hacer, y no poder participar en el ámbito familiar, por los desvelos que les ocasione, por el compromiso que ambos adquirieron conmigo al notificarme el ímpetu hacia la culminación de este sueño. Además de quererme apoyarme y respetarme en cada una de mis decisiones.

## **A mi hijo Doonovan Alejandro**

El motor que día con día me hizo levantarme de buen humor, la fórmula para eliminar mi cansancio, el regazo que disipo mi ira e impotencia, la calidez que me esperaba en casa después de un día arduo, comprensión por haberle robado un poco de su tiempo para lograr este sueño, por darme la fuerza para vivir y tratar de convertirme en un mejor ser humano para servir como de guía en su futura vida. Te amo.

## **Al personal que participa dentro del Laboratorio de seguimiento del Neurodesarrollo:**

Ale, Mary, Catalina, Hugo, Karla, Pedro, Esperanza, Rolando, Miriam, Mónica, Ismene, Bety, Oly, Santa, Citlai, por su don de servicio y apoyo siempre dispuestos a apoyar mis necesidades de conocimiento, por su disposición y comprensión gracias.

## **A Gaby Sillero:**

Gracias por brindarme tu amistad, por siempre estar dispuesta a apoyarme en lo que necesitara, por tu capacidad para solidarizarte conmigo, por tener las palabras necesarias para darme aliento y simplemente por permitirme ser parte de tu vida.

## INDICE

INTRODUCCIÓN	1
REPRESENTACIONES SOCIALES	4
ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURA DE LAS REPRESENTACIONES	6
OBJETIVACIÓN	6
ANCLAJE	7
ESTUDIOS SOBRE REPRESENTACIONES SOCIALES EN SALUD.	8
SABER CIENTÍFICO SOBRE LA LACTANCIA MATERNA	12
SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA Y OTRAS FORMULAS	15
SABER PSICOLÓGICO	21
INFLUENCIA DE LA LACTANCIA MATERNA SOBRE EL DESARROLLO PSICOMOTOR Y MENTAL DEL NIÑO	23
PRÁCTICAS SOCIALES SOBRE LACTANCIA MATERNA	25
METODOLOGÍA	31
RESULTADOS	33
CONCLUSIONES	40
BIBLIOGRAFÍA	43

# **LAS REPRESENTACIONES DE LACTANCIA MATERNA DURANTE LOS PRIMEROS 6 MESES DE VIDA.**

## **INTRODUCCION**

La llegada al mundo de un nuevo ser además de un hecho biológico, es sobre todo un acontecimiento cargado de significado cultural. Cada sociedad proporciona las representaciones que lo ordenan, dan sentido y le confieren el carácter social que sintetiza los saberes de la comunidad a que pertenece. La alimentación involucra poner en juego costumbres, experiencias de vida, creencias sobre el valor benéfico del alimento, las prohibiciones y tabúes sobre el consumo de ciertos alimentos y prácticas sobre su cuidado.

El estudio de las representaciones es esencial para la elaboración de las representaciones que tienen las madres y su grupo familiar sobre la alimentación. Las cuales van a guiar sus acciones de cuidado.

En el grupo social se van adquiriendo conocimientos que se integran a las prácticas de cuidado, en donde las nuevas informaciones a las que se enfrentan las madres ya sea a través de medios de comunicación no se toman tal cual, la información adquirida se integra a un marco asimilable y comprensible, en coherencia con su funcionamiento cognitivo y los valores de la persona y su comunidad.

El papel del estudio de las representaciones sociales es la puesta en perspectiva de las posiciones en función del análisis de los contextos de la acción y el punto de vista de los actores sociales, esto permite conocer las maneras en que los sujetos ven, piensan, sienten e interpretan el mundo y desempeñan un papel indiscutible en la orientación y reorientación de las prácticas.

Esto es muy importante cuando nos referimos a las prácticas alimentarias en los primeros meses de vida, ya que las recomendaciones dadas por los organismos internacionales y el saber científico, no parecen ser apropiadas por los actores sociales, dado que el tiempo de lactancia exclusiva propuesto por un periodo de 6 meses no se lleva a cabo ya que las familias prefieren introducir alimentos complementarios desde el principio, ya sea agua, fórmula láctea u otros, dando diferentes razones para ello que los profesionales de la salud desacreditan clasificándolas como mitos o saberes tradicionales inadecuados, sin tomar en cuenta la producción de conocimiento y significado que los actores sociales elaboran en la interacción social y solo se podrá inducir a un cambio a través de modos de interacción y negociación de sentido, con el fin de una re significación de la experiencia de los actores, que supone la corrección de creencias consideradas como inadecuadas o falsas, la valorización de saberes del sentido común, la concientización crítica de las posturas ideológicas, la reinterpretación de las situaciones de vida y la puesta en perspectiva de los contextos de acción y el punto de vista de los actores.

Las mujeres han sido y continúan siendo el centro de atención de la mayoría de los estudios y programas de nutrición y alimentación en México, en tanto que son consideradas como uno de los componentes fundamentales en la salud infantil. Entre las áreas de división del

proceso vital, las relacionadas con la reproducción humana y la salud de la madre y el niño son las que se encuentran a nivel prioritario en los planes y programas nacionales de desarrollo social y de los servicios de salud, como parte de los conceptos de "sobrevivencia de la infancia" se discuten la relación en términos del binomio madre-hijo/a y/o "salud" y nutrición materno-infantil ya que suelen incluirse todas aquellas cuestiones relacionadas con las condiciones de los niños y niñas menores de 5 años. A partir de esto se refiere a las mujeres como "beneficiarias" de las acciones de alimentación y nutrición, también estos son considerados por los profesionales de la salud y de la nutrición como personas con saberes equivocados y, generalmente, se les culpabiliza del estado de nutrición de sus hijos(as). Sobre este punto resalta el término de "Programas de intervención" tan comúnmente utilizado. Se interviene para cambiar "algo que está mal" desde la óptica del personal de salud y de nutrición. Las prácticas alimentarias, los hábitos, las costumbres, las creencias y los saberes están equivocados, de ahí que la mayor parte de las acciones en el campo de la alimentación incluyan como parte de sus objetivos conceptos como cambiar, modificar, mejorar, transformar, etc.

Partimos, entonces, que la alimentación es un acto cultural y que tal como lo señala De Garine (1988), al hablar de la alimentación como un proceso social significa que no solo responde a las necesidades de satisfacción primarias que tiene su raíz en la fisiología sino también sobre consideraciones socioculturales que van a imponer la forma de alimentación.

Los profesionales de salud tienen que considerar la confrontación que se da entre naturaleza y cultura cuando las madres toman decisiones acerca de cuál es el mejor alimento para su familia. Derivado de estas reflexiones de esta investigación radico en conocer las percepciones significados y representaciones que elabora la madre alrededor del proceso de lactancia materna

## **REPRESENTACIONES SOCIALES**

Las representaciones son una forma de conocimiento socialmente elaborado y compartido que tienen una intención práctica y que participa en la construcción de una realidad común a un conjunto social (Jodelet, La representación social: fenómenos, conceptos y teoría., 1984).

La comprensión de las representaciones de los grupos sociales, ha sido un interés constante, la primera referencia se da a fines del el siglo XIX cuando Émile Durkheim, plantea la existencia de representaciones colectivas, las cuales tienen un carácter estático, dado que su interés se centra sobre todo por las representaciones colectivas aplicadas a las sociedades tradicionales ya establecidas y con poca innovación. Considerando como representaciones colectivas a las producciones mentales como: La ciencia, la religión, la ideología, la visión del mundo, los mitos, sin tomar en cuenta al sentido común.

Moscovici en su estudio *El psicoanálisis: Su imagen y su público* (1961) demuestra cómo se modifica un conocimiento científico a medida que penetra en la sociedad y se la apropian diferentes grupos sociales. La representación social permite a los sujetos, aprehender

los acontecimientos de la vida cotidiana, los datos del entorno, las informaciones que circulan. Plantea la existencia de una forma de conocimiento propio de las sociedades modernas, las cuales están marcadas por el cambio, la diversidad de ideas y de ideología, la movilidad y la heterogeneidad de los grupos sociales y de los individuos (Jodelet, "Représentations sociales", 1985).

Las representaciones sociales tienen 4 funciones esenciales (Abric, 2001)

1. **Función del saber:** Permiten entender y explicar la realidad, confiere a los actores sociales la adquisición de conocimientos, además de la integración de estos a un marco asimilable y comprensible para ellos, en coherencia con su funcionamiento cognitivo y los valores. Define el marco de referencia común que permite el intercambio social, la transmisión y difusión del saber común (Moscovici, 1986).
2. **Función identitaria:** Tiene la función de situar a los individuos y a los grupos en el campo social, permitiendo elaborar una identidad social y personal, compatible con los sistemas de normas y valores social e históricamente determinados
3. **Función de orientación:** Conducen los comportamientos y las prácticas, interviene en la definición de la finalidad de la situación, determinando a priori el tipo de relaciones o acciones pertinentes ante una tarea a efectuar. La representación de la tarea determina el tipo de acción cognitiva adoptado por el grupo, así como la forma de estructurarla y comunicarla, independientemente de la realidad objetiva (Abric, 2001).

4. **Función justificadora:** Permiten justificar a posteriori las posturas y comportamientos en una situación o consideración a los pares, así la representación es determinada por la práctica de las relaciones, pudiendo mantener y justificar la diferenciación social.

## **ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURA DE LAS REPRESENTACIONES**

Moscovici plantea dos procesos principales la objetivización y el anclaje que explican cómo lo social transforma un conocimiento en representación y cómo esta representación transforma lo social.

### **1. La objetivación**

Es el trabajo sobre el objeto que tiende a redefinir en el lenguaje del grupo la imagen del objeto, ya sea que se trate de una noción, concepto o de un fenómeno. Se trata de actividades cognoscitivas de materialización, pero esencialmente de esquematización, actividades por las cuales se reconstruye el objeto y se construye el mundo social representado. La experiencia aporta datos que permiten reinterpretar los conceptos abstractos definidos científicamente. La objetivación presenta tres fases:

**Construcción selectiva** o etapa de selección y descontextualización de los elementos de la teoría, en esta etapa las informaciones son separadas del campo científico al que pertenecen y son apropiadas por el público que las proyectan como hechos de su propio universo, logrando así "dominarlas".

**Esquematación estructurante** los elementos de información ya adaptados a través del proceso de apropiación se organizan proporcionando una imagen coherente y fácilmente expresable del objeto representado. Se alcanza así un esquema figurativo, las ideas abstractas se convierten en formas icónicas, más accesibles al pensamiento concreto.

**Naturalización** el esquema figurativo adquiere status ontológico como un componente más de la realidad objetiva. Se olvida el carácter artificial y simbólico del núcleo figurativo y se le atribuye existencia fáctica. Se considera que "aquello de lo que se puede hablar existe efectivamente".

## **2. El anclaje**

Es el trabajo sobre el grupo o sobre la cultura, constituye al objeto como un valor de referencia para el grupo, valor por el cual los individuos del grupo, unos en relación a los otros, encuentran materia de diferenciación o de identificación. Esta reconstrucción está "sobredeterminada" formalmente por el nivel de las operaciones del discurso, del pensamiento o de la actividad cognitiva. Así separa, disocia las ideas habitualmente asociadas, reúne principios y léxicos de origen diverso en una interpenetración, se puede dar una transposición de signos y símbolos al estructurarla finalmente en un "pensamiento natural". La representación social a pesar de mantener regularidades estructurales, como la forma, el contenido y el sentido, varían según los grupos sociales y culturales, éstas distinguen a los grupos. Estas distinciones se presentarán a partir de tres dimensiones (Uribe P, 2007):

**La información:** Que es la cantidad y la organización de los conocimientos que posee un sujeto social, en relación al objeto.

**El campo de la representación social:** Es el contenido de las proposiciones relativas al objeto, contenido estructurado, organizado y jerarquizado.

**La actitud:** Es la orientación global frente al objeto, favorable o desfavorable. Este análisis permite comparar la naturaleza y el grado de elaboración de cada dimensión para cada grupo social y abre la posibilidad de la comparación de las representaciones sociales.

## **ESTUDIOS SOBRE REPRESENTACIONES SOCIALES EN SALUD.**

Con mayor frecuencia se encuentran investigaciones en el ámbito médico utilizando métodos cualitativos con el fin de conocer que piensa el interlocutor de la atención, como dice (Canguilhem, 1988), resulta imposible anular en la objetividad del saber médico la subjetividad de la experiencia vivida por el enfermo, esto se aplica en el ámbito de la pediatría al cuidado infantil, en donde se inserta la alimentación del infante, en que los padres están sometidos a una serie de informaciones que van a permitir al sujeto dar significado al objeto, estando articulados a la sensibilidad, a sus intereses, sus deseos, emociones y a la actividad cognitiva. Estas representaciones elaboradas a través de la interacción social, dando lugar a la transmisión de información, la construcción del saber, la expresión de acuerdos y desacuerdos.

Claudine Herlich presenta los resultados de su investigación sobre la representación social de la salud y la enfermedad en la población francesa. Para ella la representación designa una realidad psicológica donde concepto y percepción se funden, donde imágenes individuales y normas sociales se reencuentran en el modo de aprehensión de un objeto o de la realidad social.

Denise Jodelet, desde hace 20 años estudia la forma en cómo la gente construye sus concepciones del mundo que la rodea, una misma experiencia pueden llevar a diversas concepciones y valores que de primera vista podrían aparecer ajenos a una decisión, y que una vez conociéndolos, se puede dar un cambio cultural. Sus estudios en el campo de la salud, se han enfocado con tres vertientes: el concepto de cuerpo humano, el uso de preservativos y la práctica de la lactancia materna. En sus estudios sobre lactancia materna, encontró diversas causas por las que las mujeres no continúan por tiempo prolongado esta práctica a pesar de estar conscientes de los beneficios de la salud para el bebé y el suyo propio. Explicó que la mujer conoce las propiedades de la leche, los beneficios psicológicos de la relación madre-hijo, pero éstos entran en contradicción con el papel de la mujer actual en la sociedad, la familia y la pareja. Uno de los elementos que aparecen es la dimensión de placer, al cual la mujer tiene derecho como parte de la experiencia del amamantamiento, no sólo moral y físico, sino también sexual. Otro factor es la concepción que tienen las madres de la educación del niño, ya que hay mujeres que piensan que lo más importante es la socialización precoz, y dar el seno parecería aislarlo de la sociedad. Desde el punto de vista del papel del hombre dentro de la familia, muchas mujeres buscan compartir las funciones y la alimentación materna impediría llevar a cabo esta práctica. Los

resultados permitirían a las autoridades del sector salud, adaptar los mensajes a los deseos y las perspectivas que tienen los sujetos, y no imponer información externa de tipo médico.

Díaz Explora las representaciones sociales que sobre el concepto y práctica de lactancia materna tienen un grupo de mujeres de Cali, Colombia (Díaz, 2003). Plantea que pocas mujeres comparten el concepto de dar sólo pecho ya que consideran que los bebés necesitan otros alimentos. En cuanto al tiempo de duración de la lactancia consideraron que era suficiente entre 3 –4 meses edad, tiempo en que se encuentra suficientemente maduro para comer otros alimentos y la introducción del agua como un gran alimento. Entre los significados positivos están la protección inmunológica y el estrechar el vínculo afectivo, los negativos consideran que la lactancia materna afecta la salud y estética de la mujer, dependencia del niño a la madre y limitaciones sociales como no poder trabajar o salir a la calle.

Javorski estudio las representaciones sociales de la lactancia materna en bebés prematuros en la unidad de cuidado canguro bajo la óptica de las madres que están amamantando y describir los conflictos y contradicciones que vivencian en el contexto institucional. Las representaciones encontradas son: Los bebés saludables son alimentados a pecho, la leche materna da protección y preservación de la vida a un niño prematuro, la lactancia materna es el complemento de la maternidad y dar lactancia a un bebé prematuro es una experiencia difícil y desgastante. Los conflictos y contradicciones resultan de la asimilación de contenidos y discurso, succión tardía y representaciones sobre la leche materna. (Javorski, 2004)

Uno de los estudios realizados en México en relación con la lactancia y las representaciones maternas es el llevado a cabo por Perez-Gil cols. (1995) sobre lactancia y cuidado de los hijos: estudio de casos, en dos zonas rurales de México, el cual se centra en conocer la conducta de lactancia de dos grupos de madres, sus arreglos intra y extra domésticos y la percepción de las propias madres sobre el amamantamiento a continuación se plasmaran algunas de la representaciones maternas dentro de este estudio en relación a cuál era la opinión que tenían en relación sobre la lactancia materna dentro del estudio se interrogo algunas madres de cómo fueron ellas alimentadas en los primeros tres meses de su vida y la mayoría respondió que fue alimentada con leche materna, y de eso surgió la pregunta en relación sobre para ellas cual era la mejor forma de alimentarlos y la mayoría respondió que la lactancia materna en segundo orden fue el hecho de llevar a cabo una lactancia mixta. Además se detecto que es la madre quien determina en qué momento se deben de introducir otros alimentos y cómo alimentarlo durante los primeros días no obstante el personal de salud, en especial el médico, también se considera responsable de la toma de decisiones pero en segundo orden, ya que las madres, las suegras, todas entran en su rol de cuidar a los niños e influyen en la toma de decisiones, en relación a la indagación del tiempo de duración de la lactancia materna la mayoría contesto que podría ser desde el mes de edad hasta los 12 meses fueron respuestas muy variadas, dos de estas madres que se entrevistaron comentaron sentir culpa por no haber amamantado a sus hijos, ya que dentro de la cultura patriarcal de las comunidades estudiadas la alimentación al pecho se considera como algo "natural" o "dado" y por ende algo agradable y no cuestionable.

## SABER CIENTIFICO SOBRE LACTANCIA MATERNA

En la actualidad la incidencia de enfermedades relacionadas con la alimentación ya sea por deficiencia o por exceso que repercuten en el desarrollo infantil y sensibilizan en la vida adulta la aparición de enfermedades crónico degenerativas han llevado al sistema de salud a desplazar su interés hacia la promoción y prevención en la salud para contribuir a un adecuado desarrollo físico, cognitivo y social, mediante la estrategia de promover la lactancia materna.

Las diferentes investigaciones que se han venido realizando a través del tiempo han permitido conocer las cualidades de la leche como producto nutricional, del desarrollo cognitivo y emocional.

Actualmente se considera que el *calostro* es un tipo de leche que las mujeres producen en los primeros días después del parto. Es amarillenta o de color claro y espesa. Rico en anticuerpos que protege contra la infección y la alergia, contiene células blancas (leucocitos) que protegen contra la infección, es un purgante facilitando la eliminación del meconio y ayuda a prevenir la ictericia, vitamina gAr que reduce la severidad de las infecciones y previene enfermedades.

Este conocimiento es reciente, de mediados del siglo XX, al revisar la historia se encuentra una concepción opuesta al considerar que la leche de la mujer después del parto, estaba enferma o impura por ejemplo en la época griega (200 D.C.) la primera leche materna (calostro) era considerada nociva, ya que su color amarillento era asociado con la pus, siendo inadecuada para el bebé, por lo que se

debería esperar varios días y la práctica era alimentarlo con leche proporcionada por nodrizas u otras infusiones (Helsing, 1883).

La leche madura es la que se produce después de algunos días. La cantidad aumenta, y los pechos se ponen llenos, duros y pesados. Esta leche tiene consistencia diferente conforme transcurre el tiempo de la succión. La leche del comienzo se ve más azul que la leche del final, proporciona gran cantidad de proteínas, lactosa y otros nutrientes. La leche del final se ve más blanca que la del comienzo porque contiene más grasa. Esta grasa proporciona gran parte de la energía.

El agua contenida en la leche materna aporta la cantidad suficiente que requiere el bebé y se ha observado que el ofrecerle entre tomas disminuye la ingesta de leche, no permitiéndole obtener todos los nutrientes y grasa que requiere para su crecimiento, además de esta se obtiene de ella toda el agua que necesita por lo que los bebés no necesitan otras bebidas antes de los 4-6 meses, ni siquiera en climas calientes.

Si se contempla la lactancia artificial desde la perspectiva histórica, puede decirse que hace apenas tres generaciones ha sido factible alimentar al recién nacido de forma artificial, sin que por esta razón sea expuesto de manera inminente la muerte. En la actualidad se sabe que en condiciones óptimas de empleo, los sucedáneos de la leche materna constituyen una alternativa razonable para la alimentación del lactante; sin embargo, otras experiencias indican que cuando estos productos se utilizan incorrectamente suelen ocasionar en el niño serios problemas de salud y nutrición.

En lo que va de la segunda mitad del presente siglo, la influencia de la cultura de los países ricos sobre las sociedades caracterizadas por un escaso desarrollo técnico industrial, ha dado lugar a modificaciones en los conceptos y en la práctica de la lactancia al seno. En este proceso de transculturación ha sido notorio un descenso en el ejercicio de la alimentación natural (Helsing, 1983)

Juzgando las consecuencias de este cambio cultural por las tasas de mortalidad infantil registradas en algunas ciudades latinoamericanas Puffer RR. (1983) ha informado que ocho de cada diez niños que entre 6 y 11 meses de edad fallecen en estas ciudades entre los 6 y 11 meses de edad han sido destetados antes de cumplir el primer semestre de vida. Desde principios de la década de los 70', la Organización Mundial de la Salud (OMS) advirtió el cambio en los patrones de alimentación debido a la promoción en los medios de comunicación del uso de sucedáneos ya que estaban generando en extensas regiones del mundo un descenso en la lactancia natural con efectos adversos para la salud de los niños. Ante tales cambios la OMS, junto con otras instancias motivaron la formulación de códigos de comercialización de productos lácteos para niños, en su momento el objetivo principal de este código es el "contribuir a proporcionar a los lactantes una nutrición segura y eficiente, protegiendo y promoviendo la lactancia natural y asegurando el uso correcto de sucedáneos de la leche materna, cuando estos sean necesario, sobre la base de una información adecuada y mediante métodos apropiados de comercialización y distribución. Además establece que ningún organismo del sistema de salud debe prestarse para la promoción de leches industrializadas (Torre, 1993)

## SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA Y OTRAS FÓRMULAS

Sucedáneos de la leche materna. Producto alimenticio que se presenta como sustituto parcial o total de la leche materna, sea o no adecuado para ese fin, se han venido desarrollando diversos tipos de acuerdo a las necesidades clínicas como las leches modificadas.

Durante el siglo pasado, el recurso de la alimentación láctea con biberón u otros utensilios despertó el interés entre la población europea. Sin embargo, desde entonces fue reconocido el riesgo insuperable de infección del lactante alimentado con este método. En 1802, se aconsejaba que cuando fuera necesario administrar leche de vaca, debiera hacerse directamente de la "teta" del animal. Todavía en 1876 se insistía que la succión directa de la vaca o burra era mejor que cualquier alimento que fuera preparado. Al final del siglo pasado logró estandarizarse el uso de biberones y de leche de vaca. Para entonces, las preguntas fundamentales fueron: ¿Cómo debiera diluirse la leche? ¿Qué tanta cantidad debía administrarse? ¿Con qué frecuencia? (Asociación Mexicana de Pediatría, 2007)

Forsyth (1910) pensaba que la leche de vaca como alternativa de la leche materna era una realidad y que el pecho materno no es esencial para el lactante, las leyes fisiológicas ligadas durante cientos de siglos al Reino mamífero han sido repetidas por el ingenio humano.... Así mismo concluía....mi propia experiencia es que los médicos, excepto cuando trabajan entre los pobres, cuya ignorancia es una fatal objeción, se inclinan a mirar la alimentación con biberón con menos dificultad que antes, cuando el riesgo era mucho mayor

(Asociación Mexicana de Pediatría, 2007). En la actualidad han surgido grandes controversias sobre su uso en población con condiciones higiénicas deplorables llevado al resurgimiento de la década de los 70`de la alimentación con leche materna.

Sin embargo, debido a la aparición extraordinaria de preparados comerciales para lactantes de diferente origen, es necesario establecer ciertas definiciones con el propósito de clarificar el uso de estos productos alimenticios.

La Academia Americana de Pediatría (AAP) y la Sociedad Europea de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica (SEGNP) han publicado los estándares para fórmulas infantiles. Ambas recomendaciones contienen los mínimos niveles de la mayoría de los componentes necesarios para cubrir los requerimientos nutrimentales del lactante. También incluyen los límites superiores de cada nutrimento con el objeto de evitar el efecto tóxico del exceso de nutrimentos relacionado con la limitada capacidad de muchos lactantes de digerir, metabolizar, regular y excretar ciertos nutrimentos. La SEGNP es más estricta que la AAP, y por esta razón existen menos fórmulas infantiles disponibles en Europa. Esta política tiene la ventaja de evitar la confusión en la madre y en el médico al escoger una fórmula cuando realmente existen pocas diferencias de contenido nutrimental entre ellas. Se ha criticado que estas pequeñas diferencias tienen un significado nutricional mínimo y que tales diferencias se enfatizan para usos comerciales y promocionales

Del trabajo realizado por la AAP en las últimas décadas para estandarizar el contenido de nutrimentos en las fórmulas para lactantes, surgió una recomendación final que fue publicada por la *Food and Drug Administration* (FDA) en 1985.

Las leches enteras tienen una elevada concentración de proteínas, grasas saturadas y a la baja concentración de hidratos de carbono, específicamente lactosa. Cuando se han usado en lactantes menores de seis meses de edad se requiere de la adición de 5 a 10% de sacarosa o dextrinomaltosa, tienen una elevada concentración de fosfatos y calcio con una proporción inadecuada de Ca/P de 1.3:1 en lugar de 2.3:1 con respecto a la leche materna presentando un riesgo potencial de hipocalcemia que en ocasiones puede producir signología grave ya que carece de sacarosa (contracciones musculares, espasmos, tetania, etc.). En el pasado se aconsejaba diluir la leche de vaca con agua en proporción de 2:1 y adicionar 10% de azúcar. En esta forma se restituía el aporte calórico; sin embargo, el resto de los nutrimentos incluyendo vita minas, oligoelementos, grasas, etc., también sufría una dilución potencialmente riesgosa para un lactante menor de seis meses de edad. Por estas razones, cuando las condiciones socioeconómicas de la familia solo permitan el empleo de leche de vaca entera en lactantes pequeños, tendrá que realizarse una vigilancia más estrecha del estado clínico y de nutrición del niño.

Fomon (Asociación Mexicana de Pediatría, 2007) estima que el requerimiento de proteínas no es mayor de 1.6 g/100 kcal y se aconseja un margen de seguridad de 1.9 g/100 kcal. En México, la mayoría de las FLI aportan 2.3 a 2.4 g/100 kcal (1.5-1.6 g/dL) lo cual evita una carga mayor de solutos renales que pudiera ser inconveniente para el lactante. En general, cuando la fórmula láctea

se utiliza como alimento único, como sucede en lactantes menores de cuatro a seis meses de edad, es mejor una proporción de proteínas: calorías muy cercana a la recomendación nutrimental (1.6 g/100 kcal). La sacarosa (azúcar de caña) también tiene efectos lesivos sobre los dientes (caries) cuando éstos han salido.

*Grasas.* Además de proporcionar cerca de 50% de las calorías, la grasa de la leche humana es un nutrimento indispensable, importante para el desarrollo del sistema nervioso central y vehículo para la absorción de grasas liposolubles. El contenido total de grasa en la leche humana varía como fue referido antes, con promedios de 2.7 a 4.5 g/dL. La grasa de la leche humana se absorbe mejor que la de leche de vaca.

Las fórmulas preparadas comercialmente están adicionadas con vitaminas. La suplementación es adecuada a excepción de la vitamina D. Sin embargo, en nuestro país con un clima templado, la exposición a los rayos solares por un período de 15 a 20 minutos diarios serían suficientes para evitar deficiencia. En algunas partes del mundo se aconseja dar un suplemento de vitaminas A, D y C, desde los 15 días hasta los 18 meses de edad, a pesar del contenido de vitaminas en la leche.

La leche humana proporciona de 5 a 10 mEq de sodio al día (7 mEq/L). La leche de vaca contiene tres veces la concentración de sodio, potasio y cloro si se diluye la leche con agua en proporción de 2:1 el nivel de sodio disminuye a 12 mEq/L con una cantidad total de sodio, potasio y cloro de 50 mEq/L. Este nivel se considera seguro para evitar una carga renal de solutos excesivos. Las alteraciones en el metabolismo de calcio-fósforo pueden producir hipocalcemia

neonatal, convulsiones, raquitismo y tetania. Las manifestaciones clínicas en lactantes alimentados con leche de vaca no ocurren por deficiencia en la ingesta de calcio sino por la excesiva ingesta de fósforo y la relativa deficiencia de vitamina D. La AAP y la SEGNP recomiendan que las fórmulas contengan una proporción de Ca:P de 1.5:1. En general, las FLI contienen una proporción de 1.3:1 a 1.5:1.

La mayoría de las FLI están adicionadas de hierro en proporción de 8-12 mg/L con lo cual se evita la presencia de deficiencia de hierro y anemia que se observa en lactantes alimentados con leche de vaca. El zinc es un cofactor enzimático vital e importante en el metabolismo de los ácidos nucleicos y síntesis de proteínas. La deficiencia de zinc afecta el crecimiento celular. La biodisponibilidad de zinc en la leche materna es muy buena y su concentración es de 1.6 a 2 mg/L. Sin embargo, el zinc de las fórmulas lácteas o de soya se absorbe con mayor dificultad por lo que su contenido varía de 3 a 6 mg/L. En la actualidad las fórmulas están adicionadas de otros oligoelementos como son: manganeso, cobre, iodo, etc., que pretenden cubrir las recomendaciones nutrimentales.

*Nucleótidos.* En los últimos años se ha realizado mucha investigación sobre los nucleótidos en la dieta como un nutrimento semi-indispensable tanto en el lactante como en el recién nacido pre término. Sin embargo, a pesar de sus concentraciones elevadas en la leche humana y del efecto reconocido sobre la respuesta inmunológica, absorción de hierro, modificación de la flora intestinal y perfil de lípidos, se considera que todavía faltan más evidencias que demuestren la necesidad de su adicción a los preparados comerciales para lactantes. 12,37-41

Existen tres recomendaciones generales para el uso de formulas lácteas como: sustitución en lactantes cuyas madres no pueden o no desean amamantar. Suplementación para lactantes cuyas madres de sean interrumpir la lactancia, complementación cuando la producción de leche materna es insuficiente.

Existen algunos casos en los cuales la lactancia materna debe de ser sustituida por formula maternizada: enfermedades infecciosas como: listeriosis neonatal, hepatitis B materna, SIDA, varicela, tosferina, tuberculosis activa y lesiones herpéticas o sifilíticas en el pecho materno, niños con enfermedades metabólicas, toxemia, uso de drogas, tirotoxicosis materna con tratamiento antitiroideo. Algunos lactantes presentan sangrado oculto por el tracto gastrointestinal.

En las informaciones dadas a las madres se encuentran cuadros comparativos como el que se presenta a continuación.

	<b>LECHE HUMANA</b>	<b>LECHE ARTIFICIAL</b>	<b>LECHE DE ANIMAL</b>
<b><i>Contaminantes bacterianos</i></b>	<b>Ninguno</b>	<b>Probable al mezclarla</b>	<b>Probable</b>
<b><i>Factores antiinfecciosos</i></b>	<b>Presentes</b>	<b>No están presentes</b>	<b>No están presentes</b>
<b><i>Factores de crecimiento</i></b>	<b>Presentes</b>	<b>No están presentes</b>	<b>No están presentes</b>
<b><i>Proteínas</i></b>	<b>Cantidad correcta Fácil de digerir</b>	<b>Parcialmente corregidas</b>	<b>Demasiada Difícil de digerir</b>
<b><i>Grasa</i></b>	<b>Suficientes</b>	<b>Faltan ácidos</b>	<b>Faltan ácidos</b>

	ácidos grasos esenciales Lipasa para la digestión	grasos esenciales No tiene lipasa	grasos esenciales No tiene lipasa
<b>Hierro</b>	Pequeña cantidad Bien absorbida	Cantidad extra añadida. No se absorbe bien	Pequeña cantidad No se absorbe bien
<b>Vitaminas</b>	Suficientes	Se le añaden vitaminas	Insuficiente vitamina A y vitamina C
<b>Agua</b>	Suficiente	Puede necesitar agua extra	Se necesita agua Extra

## SABER PSICOLÓGICO

En el campo de la psicología después de la segunda Guerra mundial con los estudios de Spits y posteriormente con Winnicott, psiquiatra inglés con formación psicoanalítica, que sostiene que en el primer periodo existe una fusión entre madre y bebé, donde el bebé está indiferenciado de su madre. Esto quiere decir que el bebé no distingue a la madre como algo externo a él, sino que para él, ella es parte de su cuerpo. Con los cuidados adecuados de la madre, el bebé se va diferenciando de ella poco a poco y se configura así su propio yo. Propone el concepto de "sostén materno" para referir al sostenimiento físico y afectivo. Así la madre "suficientemente buena" es la que puede abandonar temporalmente sus intereses personales

para dedicarse al hijo. La sensibilidad a las señales de su hijo no depende de los conocimientos acerca de psicología, medicina o de crianza establecidos por los organismos de salud, sino que nace de una actitud afectiva, que va adquiriendo a medida que su embarazo avanza. Sostiene Winnicott que la madre será apta para cumplir esa función si se siente segura y respaldada; esto es, si se siente amada y aceptada tanto por el padre del hijo como por la familia. (Winnicott, 1960)

Dentro de la literatura psicoanalítica, Bowlby (1951) destaca la influencia del medio en el desarrollo psíquico del niño. El autor realiza un estudio en la década de 1940, publicado por la Organización Mundial de la Salud, con niños que habían perdido su hogar en su país natal y advierte la importancia del amor materno para su salud mental. La teoría del apego afirma que un niño sufre psicológicamente si una madre no le proporciona atención constante día y noche, siete días a la semana y trescientos sesenta y cinco días al año (Bowlby, 1969).

Basándose en estos planteamientos dentro de las campañas de promoción se destaca que la lactancia materna después del parto ayuda a la madre y a su bebé a formar una relación afectiva estrecha, y que las madres se sientan profundamente satisfechas emocionalmente. Las madres que amamantan reaccionan ante las necesidades y mensajes de sus bebés de una manera más afectuosa. Se quejan menos de las mamadas nocturnas y de la atención que el bebé requiere. Tienen menor riesgo de abandonar o maltratar a sus bebés. Los bebés lloran menos y posiblemente se desarrollen más rápido cuando permanecen cerca de sus madres y son amamantados inmediatamente después de nacer.

Algunos estudios sugieren que la lactancia puede ayudar a un mejor desarrollo intelectual.

Bebés con bajo peso al nacer alimentados con leche materna durante las primeras semanas de vida obtienen puntajes más altos en los exámenes de inteligencia hechos unos años más tarde, que los bebés de características similares alimentados artificialmente.

### **Influencia de la lactancia materna sobre el desarrollo psicomotor y mental del niño.**

En 1929 Hoefler y Hardy plantearon la hipótesis que la lactancia materna influía sobre el desarrollo mental del niño. Los resultados de las investigaciones realizadas en esta área, hasta el momento son contradictorios: no obstante un meta-análisis publicado en el año de 1999 concluye que la lactancia materna influye positivamente sobre el desarrollo mental del niño, tanto a término como a pretérmino. El objetivo del estudio fue analizar los efectos de la lactancia materna sobre el desarrollo mental y psicomotor del niño a la edad de 18 y 24 meses. Se realizó un estudio observacional de cohortes prospectivos. Fueron incluidos 249 niños nacidos durante el periodo Octubre 1995/ Febrero 1998. La valoración del desarrollo cognitivo del niño fue realizada mediante la escala de Desarrollo Infantil Bayley. Las puntuaciones obtenidas se analizaron en función del tipo de lactancia (materna o artificial) y duración de la misma clase social, trabajo materno fuera del hogar, edad materna, hábito tabáquico materno, nivel educacional materno y paterno, número de hermanos y coeficientes intelectuales de ambos progenitores (solamente se pudo

obtener esta variable en 164 parejas que aceptaron hacerse las pruebas de inteligencia). La comparación entre niños alimentados con lactancia materna durante un periodo inferior a cuatro meses y los alimentados con lactancia artificial, solamente mostraba diferencias significativas cuando se ajustaba el análisis por variables sociodemográficas (sin incluir la inteligencia de los progenitores), con mayor puntuación en el índice de Desarrollo Mental de los niños amamantados. El desarrollo psicomotor tampoco mostro diferencias. Por tal motivo se concluye que la lactancia materna tiene un efecto positivo sobre el desarrollo mental del niño a los 18 y 24 meses de edad con periodos de amamantamiento iguales o superiores a cuatro meses. La inteligencia de los progenitores influyen igualmente en el desarrollo cognitivo del niño. (Estrada, 2009)

## **PRÁCTICAS SOCIALES SOBRE LACTANCIA MATERNA**

Las representaciones responden a la normatividad imperante y establecen la guía para la acción, aunque no siempre la determinan (Jodelet, "Représentations sociales", 1985). Cuando por prácticas nos referimos a las intervenciones que se sobre lactancia materna, tanto al nivel de las estructuras sociales como los órganos del estado y la familia en las prácticas de crianza de cuidado donde se inserta la lactancia.

Las prácticas sociales sobre lactancia materna muestran variabilidad en cada cultura y momento histórico, cuando el discurso determina que la lactancia es un hecho natural que se ha dado siempre, es una aseveración que se debe analizar, tenemos que desde la antigüedad cuando una madre no lactaba a su hijo por diversas razones se tenían otras estrategias como la configuración de apoyos de tipo horizontal de préstamo de leche materna, los cuales nos hablan de un esquema de reciprocidad dentro de los márgenes de un espacio femenino donde dar y recibir "regalos" se torna indispensable para cumplir con el rol productivo y reproductivo. En el código de Hammurabi (1800 A.C.) se encuentran regulaciones sobre las nodrizas que amamantaban al hijo de otra mujer (G.G., 1999)

En Europa las mujeres pobres amamantaban a sus hijos, sin embargo las mujeres de cierta posición social, consideraban como perjudicial el amamantamiento, ya que suponían que las haría ver más viejas, no podrían vestirse a la moda y los pechos se caían, Aunque una mujer deseara amamantar los esposos se negaban por que retrasaría la fertilidad y no podrían tener la prole deseada, nos refiere a representaciones sobre el cuerpo y reproducción sexual. (Esteban, Vol. 2 N.1 Enero/Abril de 2006)

En México la civilización Azteca, la lactancia se llevaba a cabo desde el primer día del nacimiento y se mantenía hasta los 3 años. La lactancia era valorada en esta cultura y cuando la madre no tenía leche suficiente, se recurría a diferentes estrategias de favorecer ciertos alimentos la raíz de cañal quilitic molida y la prohibición de aguacate y agua cocida de calabazas blancas, y solo cuando la madre tenía ausencia absoluta de leche se recurría a la chichiua (nordiza), probando la calidad de su leche, al colocar una gota sobre la uña permanecía ahí, por lo que se consideraba que si tenía mayor densidad era de mejor calidad, dando gran valor a la leche con grasas.

Fue con la Revolución Francesa y la progresiva valorización de los individuos como cuerpos del Estado (Foucault, 1996) que comenzaron a tomarse una serie de medidas orientadas al fortalecimiento del papel de la mujer dentro de la unidad doméstica, dando lugar a una nueva construcción social de los cuerpos del niño y la mujer y la instauración del modelo de familia nuclear como base de la ideología del Estado – Nación moderno (Donzelot, 1991). En este marco encontramos el nacimiento del concepto de la noción de *diada madre – hijo*, precursora y sustento de la unidad familiar moderna, y la práctica de lactancia materna se instituyó como símbolo de los valores republicanos de libertad, igualdad y fraternidad (Yalom, 1998).

A partir de 1850, con la pasteurización y el cambio social de la industrialización en Europa, las madres dejan a sus hijos al cuidado de las nodrizas para incorporarse al trabajo de las fábricas, el cuestionamiento de la alta mortalidad infantil por enfermedades como

la sífilis en las nodrizas u otro tipo de prácticas, lleva al surgimiento de la industria de sustitutos de leche.

Entre los siglos XIX y XX, a través del creciente conocimiento de los procesos de la fisiología infantil, la ciencia médica desarrolla como categoría diferenciada de atención a la infancia, estableciendo patrones de crecimiento y problemas específicos (Butt, 1998), con la mayor atención del proceso de crecimiento y desarrollo infantil, las madres y sus hijos entran en el espacio del pensamiento médico, en una relación saber- tutela. En base a estos trabajos se propone la naturalización de la díada madre – hijo, a través de la lactancia materna y del “amor maternal”, expresando un nuevo orden social basado en la premisa de las “condiciones biológicas innatas” del ser femenino. En este contexto, la naturalización funciona como un medio idóneo para generar una igualdad teórica de oportunidades en los diferentes pueblos con condiciones socioeconómicas diferentes, cuando no se cumple las madres son las principales cuestionadas y ellas buscan diferentes explicaciones legitimen su poder de decisión sobre el tipo de alimentación a proporcionar a su hijo. (Esteban, Vol. 2 N.1 Enero/Abril de 2006)

Por otro lado especialmente en Estados Unidos el discurso médico salubrista promueven a partir de los años 50' a 70' el uso de la leche en polvo para la lactancia, como el mejor método para controlar la salud y cantidad de alimento que ingiere el bebé, este discurso se propaga a los países en vías en desarrollo, en los programas de apoyo alimentario, a través de los años se observa diferentes inconvenientes en su uso, por un lado las sub-óptimas condiciones de higiene con que se limpian los biberones y el uso de agua contaminada origina un aumento de enfermedades diarreicas, por otro

lado el alto costo, del producto hace que se ponga menor cantidad de producto, lo que lleva a la desnutrición infantil, así queda claro que no solo no se resuelven los riesgos que se pretendían resolver, sino que se añade un elemento de riesgo más.

En México los estudios que anteriormente se realizaban eran de tipo cuantitativo como el realizado por en 1978 en donde llevaron a cabo un estudio retrospectivo en 632 mujeres, para investigar los cambios en los tipos de alimentación de los lactantes a lo largo del tiempo, en donde se mostraba que la mayoría de los niños eran amamantados de cuatro hasta seis meses. Otro estudio realizado en relación con los hábitos de alimentación de los lactantes en México, parecen variar ampliamente de acuerdo con el área geográfica y los grupos socioeconómicos y culturales estudiados, esto lo refleja el estudio retrospectivo de mujeres que vivían en una zona marginada de la ciudad de México, se encontró que el 55% había amamantado a su último niño por, cuando menos seis meses (Vendale-Toney., 1997)

En la encuesta nacional mexicana de 1979, reportan patrones de lactancia exclusiva del 15.3% de niños menores de 3 meses de edad reciben lactancia materna exclusiva 19, en la encuesta de 2000....

Los resultados de la Encuesta Nacional sobre Hábitos Alimenticios de los Lactantes llevada a cabo retrospectivamente a principios de la década de los ochenta (Cerqueira y col., 1985) mostraron que 32% de las mujeres entrevistadas de la zona urbana y 20% de la rural, no habían amamantado a su último bebé de las 3 encuestas se debe hacer una redacción donde se comparen los datos de los diferentes años y concluir si ha ido en aumento o en decremento).

Vamos a acercarnos al estudio de una lactancia materna desde una orientación antropológica, esto es, considerándolo como un acontecimiento cultural, no sólo biológico, y desde el relato de la experiencia de los/as propios/as actores/as de manera que nos permita aproximarnos a entender el como operan y en la que participan los grupos sociales. Conocer la dinámica de su organización asistencial, su ideología, sus relaciones con las mujeres lactantes y la repercusión de los discursos y prácticas del nacimiento como experiencia personal y social de las mujeres, es la finalidad de nuestra investigación y por lo que nos referimos a “culturas”, porque en él se dan formas diferenciadas de pensarlo y representarlo, considerando además, que estos fenómenos no son hechos aislados, sino que forman parte del sistema sociocultural en el que quedan reflejados en un tiempo y contexto específico.

Así, pues la lactancia se inscribe en la cultura, y se construye desde todo un conjunto de representaciones y saberes que lo sustentan y en interrelación con el resto de procesos sociales. Es nuestra intención explorar en el análisis los discursos y prácticas actuales de alimentación, y ver de qué manera en su interior se organizan y mantienen las diferencias y desigualdades históricas.

Al hablar de representaciones lo hacemos en el mismo sentido que propone Denise Jodelet (1991). Así, representaciones serán aquellas formas de conocimiento socialmente elaboradas que contienen elementos:

“Informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, creencias, valores, actitudes, opiniones, imágenes, etc; en tanto que sistemas de

interpretaciones que registran nuestra relación con el mundo y con los otros y que organizan las conductas y la comunicación social”.

En primer lugar, el eje de la investigación lo enfocamos en las mujeres- lactantes por ser las receptoras de la atención y asistencia sanitaria, portadoras de los discursos sociales y médicos que, por su vivencia e implicación física y emocional en la alimentación infantil en los 6 primeros meses de vida, las consideramos nuestro centro de interés. Entendemos que son ellas quienes por el hecho de experimentarlo se encuentran en un espacio privilegiado desde donde pueden proporcionarnos la información necesaria para el análisis cualitativo de las teorías y prácticas por su participación activa en la alimentación. Hemos elegido a 6 madres como informantes. Hemos buscado la diversidad de las posibles situaciones que se pueden dar con el objetivo de mostrar la pluralidad en las formas de entender y practicar la alimentación en este período.

## **METODOLOGÍA**

### **Objetivo general**

Nuestro objeto de estudio son las creencias, actitudes y valores junto con las prácticas y recursos que las madres utilizan en la alimentación del niño menor de 6 meses de edad.

### **Objetivos específicos.**

- Los significados que las madres dan a la lactancia del niño menor de 6 meses.
- Conocer los recursos que movilizan y las prácticas que llevan a cabo para la atención del niño menor de 6 meses de edad, en el ámbito doméstico a lo largo de todo el proceso de alimentación
- Analizar las experiencias concretas de las madres en relación a los sucesos de la alimentación del niño.
- Conocer la experiencia de las mujeres en el inicio de la práctica de alimentación del niño.

Asociada tradicionalmente a los estudios antropológicos, La metodología utilizada en nuestra investigación es cualitativa, Pretendemos conocer, para luego analizar e interpretar, los sucesos que rodean a la alimentación en menores de 6 meses de edad.

Esto es, las representaciones y prácticas que movilizan los sujetos sociales en el proceso de alimentación que reflejan el bagaje cultural colectivo. A partir del trabajo a profundidad en la recolección de datos hemos obtenido una amplia información descriptiva que nos permitió analizar e interpretar la lactancia. Este método propone la recolección de datos a partir de la perspectiva **EMIC**, se trata de una prueba de la adecuación de las descripciones y análisis que se hace desde la perspectiva de los participantes, es su correspondencia con una visión del mundo que los participantes aceptan como real, significativa o apropiada. Al llevar a cabo la investigación en el modo **EMIC** (Ojeda, 2003), el investigador trata de adquirir un conocimiento de las categorías y reglas necesarias para pensar y actuar como un nativo, esto es, que a partir de los discursos de los propios actores. Desde esta perspectiva reconocemos que el actor "tiene un punto de vista propio que debemos tratar de recuperar.

Es desde estas teorías que enfocamos nuestro análisis. Tenemos acceso al relato de primera mano de nuestros actores con respecto a la lactancia, de cómo la interpretan y perciben además de las prácticas que llevan a cabo. Esta información la consideramos privilegiada, ya que no tendríamos acceso a ella con otras técnicas de investigación se nos ofrece entonces "la oportunidad de caracterizar con mayor precisión las representaciones y prácticas sociales" (Osorio, 2001:43) que se rodea a la lactancia en el contexto Mexicano actual.

## RESULTADOS.

Las entrevistas se realizaron con madres que se encontraban inscritas en el programa de vigilancia infantil (Instituto Nacional de Pediatría (INP/ISSSTE) todas las madres eran derechohabientes de la Clínica de Medicina Familiar Tlalpan, ya sea porque ellas trabajaban o estaban casadas con un trabajador del estado, por lo que podían acceder a este programa. El rango de edad que va desde los 17 años hasta los 35 años. Las participantes se ubicaban dentro de diferentes estratos sociales que incluyen desde un nivel socioeconómico medio-bajo hasta uno medio alto. En cuanto a educación 2 madres contaban con nivel medio superior, 2 a nivel profesional y una con secundaria. Sus niños tenían entre 22 días y 6 meses de edad al momento de la entrevista. De las 5 madres que fueron entrevistadas se observó que cuatro niños recibían una alimentación mixta y solo uno era alimentado con leche materna exclusivamente.

Al analizar las entrevistas encontramos que 4 de las madres eran primerizas. En México, al salir de la estancia hospitalaria, la madre no cuenta con ningún tipo de asesoría médica sobre la producción de leche y de la forma de establecer una "lactancia exitosa". Esta práctica aunque es percibida socialmente como inherente y natural a la madre implica, como lo hemos explicado antes, ciertas habilidades y la identificación de ciertos signos. Ante el desconocimiento del proceso, las madres nos expresaron su angustia al momento de llegar a sus hogares pues temían que sus bebés no comieran lo necesario y desarrollaran anemia, A continuación transcribimos lo que nos comento la señora Clara.:

“Lo que pasa es que cuando salió de Seguro el primer día la niña se estaba muriendo de hambre y no salía nada de leche (...)”

Mama D.P.

17 años

## **DURACIÓN DE LA LACTANCIA**

El discurso médico recomienda que la duración de la lactancia materna exclusiva debe ser de un lapso de 6 meses. Tiempo en el cual el niño es capaz de asimilar otros alimentos. Esto es contrario a lo que encontramos en la práctica ya que 4 de nuestras madres establecieron la lactancia mixta desde un inicio y continuaron con ella. La consideraron como una forma más sencilla de alimentación, dentro de las justificaciones que las madres expresaban eran que: les permitía que el niño quedará satisfecho, tener tiempo para ella y el involucramiento del esposo en la crianza. Debe decirse que en el contexto mexicano la responsabilidad de la alimentación del bebé recae exclusivamente en la madre dado que es la única capaz de dar pecho materno.

Solo una de las madres decidió regresar a una lactancia exclusiva por una tradición familiar. En su caso, sus hermanos y ella misma lactaron de forma exclusiva por decisión de su madre. La presión de esta ultima jugo un rol fundamental en la decisión de regresar a una lactancia exclusiva de pecho.

A continuación describimos lo que comento la señora Natalia.

“(...)siempre estar dando a veces es muy cansado amanece cansada (...) la opción en la noche fue fórmula pero al principio no se dormía pero ahorita ya como que se está estabilizando...”

Mamá Z.F.

24 años.

## **TIEMPO DE TETADA**

En la literatura se encuentran diversas posiciones acerca de el tiempo en el que se debe alimentar al bebe, unos recomiendan la libre demanda y otros consideran que desde el inicio se deben establecer horarios de alimentación. La tetada puede ser analizada, por una parte, desde la perspectiva representativa y por otra, de las prácticas. Es decir, la idea que las madres se hacen sobre el tiempo correcto de una tetada para satisfacer a su bebé y la duración real de una tetada, pues ni el niño ni el seno materno seguirán siempre los estándares médicos o las tradiciones locales. En la sociedad mexicana el concepto de libre demanda se entiende como la alimentación del bebe cada que este llore. Sin embargo, médicamente este término refiere a la capacidad digestiva del bebé por lo que se le tiene que alimentar cada tres horas. Otro criterio es el adecuamiento del proceso de succión que requiere el cuerpo de la madre para producir la cantidad necesaria de leche. La indicación común del personal de salud de alimentar al niño cada que llore ocasiona una confusión en las madres ya que al egreso de la estancia hospitalaria no se brinda más información y por lo tanto no entienden lo que

significa la libre demanda. Esto puede condicionar a que la madre se vea obligada a introducir una fórmula láctea ya que siente que su leche no es suficiente para satisfacerlo a causa de un llanto prolongado.

Una muestra de cómo las madres tienen que adaptar su práctica de teta a la podemos observar en el siguiente fragmento de una entrevista con la señora Clara.

“(…) como en el ISSTE al principio nos había dicho pecho a libre demanda (…) todo el día quería estar en mi pecho o sea tomaba tantito y se dormía la acostaba pasaba media hora y otra vez (…) yo decía bueno cuando voy a parar y después me dijeron dale cada tres horas por qué tiene que acostumbrarse porque si no hace digestión todo el tiempo está trabajando su intestino”.

Mama DP.

17 años.

## **CONSTRUCCION DEL CONOCIMIENTO: Representaciones sociales sobre la lactancia.**

Como observamos anteriormente, las prácticas son normadas por ideas que son construidas a través del conocimiento médico, familiar/tradicional y mediático. Estos conocimientos los identificamos como los ejes que modelan las representaciones y que influyen las prácticas. Como veremos a continuación las madres tendrán que hacer una selección de parte de la información que les es transmitida, pues en muchos casos es contradictoria o no corresponde a su situación de vida o a sus creencias.

## CONOCIMIENTOS FAMILIARES

Los conocimientos aprendidos dentro de la familia con respecto a la lactancia son de gran importancia para la madre pues corresponden a una comprobación práctica de las estrategias que han sido exitosas en la crianza de los niños. Las mamás jerarquizan y validan este conocimiento dependiendo las pruebas del éxito de ciertas prácticas. A continuación se muestra la importancia que tiene para las madres los consejos que les brindan personales de su entorno familiar, fragmento de la entrevista con la señora Mónica

(...) Mi tía en particular me da muchos consejos y sugerencias y tiendo a ponerlos en práctica ya que verdaderamente se la vio difícil ella con la crianza de sus hijos obviamente ella tuvo que llenarse de información. Su mamá de mi tía le decía báñalo así y ella iba aprendiendo, me plática que siempre le daba de comer a cierta hora porque su dicho de mi abuela es: "regla y compas y escuadra hasta morir" y siempre mi tía andaba con el reloj en la mano y si su hijo ya tenía hambre y estaba llorando pues le decían déjalo, espérate, entrénalo, o déjalo que chille, aunque te voy a ser sincera los consejos me llovieron de todos lados pero decidí mejor seguir los consejos de mi tía y educar así a mi hijo (...)

Mama de MVP

35 años

## **INFORMACIÓN A LAS QUE TIENEN ACCESO LAS MADRES**

Esto es muy importante porque corresponde a una comprobación en la realidad que constatan las madres, no es un conocimiento meramente teórico como puede ser el conocimiento médico. Esto les permite a las madres entender y explicar la realidad y adquirir conocimientos e integrarlos de forma coherente a su funcionamiento cognitivo y valores para dirigir las prácticas así como justificar sus posturas y comportamientos.

### **LA INFORMACIÓN DADA A LA MADRE SE DA EN TRES: MOMENTOS, DURANTE EL EMBARAZO, NACIMIENTO Y EN EL MOMENTO DE ESTABLECER LA LACTANCIA**

Se constata que hay conocimientos contradictorios y que no existe un discurso médico homogéneo. Esto genera desconfianza en las madres que tenderán a optar por las ideas que le parezcan más coherentes y racionales desde su punto de vista. La madre escoge el conocimiento a partir de una serie de criterios: la coherencia, la forma en la que es transmitida, el tipo de personal de salud y su jerarquía, su experiencia (la comprobación de la eficacia de este tipo de prácticas).

El médico al salir la madre de la estancia hospitalaria, le recomienda que lo alimente a seno materno, pero le da una receta de leche de fórmula por sí la necesita y hace énfasis que el bebé no se puede quedar sin comer ya que se descompensaría, esto genera en las madres angustia como lo vimos anteriormente.

Los anticuerpos hacen referencia al conocimiento médico. Muchas veces las madres no saben que son los anticuerpos pero integran esta idea como forma de validar el conocimiento médico. Sin embargo, en la práctica ellas pueden considerar que es más nutritiva una fórmula.

No se creen todo lo que los medios dicen, para la selección. Si bien pueden experimentar con productos atractivos que son anunciados en los medios siempre observaran el comportamiento de su hijo y decidirán. La percepción de las madres más que ser guiada por las ventajas que se anuncian de los productos para bebés establecen su escala de valor a partir del precio.

De acuerdo a la valoración de la madre a través de su propia experiencia observamos que la valoración realizada por ella es contraria a lo expresado en la literatura en nutrición que expresa que la lactancia materna ayuda a aceptar los consejos por que ya son reconocidos.

En el modelo de apego propuesto por Bowlby en 1951, que propone la atención constante del bebé, que al integrarlo a la promoción a la Lactancia Materna, propone que la Lactancia Materna permite la cercanía cuerpo a cuerpo y la comunicación, ante esto las madres a través de su experiencia comentan que para su interacción con su

hijo no es necesario darle pecho, que al cargarlo puede también expresar todo su afecto.

Por otro lado comentaban que dar pecho tan frecuente, hace que el niño quiera estar pegado a ella y no le permite realizar otras actividades importantes. Esto plantea el modelo propuesto por Winnicott en 1950 de la madre "suficientemente buena" que abandona sus intereses personales para dedicarle todo su tiempo a su hijo, es cuestionado por las madres que plantean que se debe poder cuidar adecuadamente a su bebe y realizar sus objetivos personales conjuntamente, además que resulta de suma importancia el hecho de que ellas sean reincorporadas al mercado de trabajo.

## **CONCLUSIONES**

Este estudio nos permitió analizar el comportamiento de las madres y sus ideas sobre la lactancia. Contrariamente a lo que se piensa en el ámbito médico el conocimiento de las madres y sus elección con respecto a la mejor forma de alimentar a su hijo se construyen a partir de una selección de la información obtenida y de su validación a través de la experiencia.

Observamos que existe una fuerte presión tanto de las familias como del sector médico para continuar el amamantamiento, lo cual puede ocasionar sentimientos de culpa en las madres cuando este es suspendido. Es por esto que todas las madres reconocen el bienestar que da la lactancia tanto a nivel nutricio, afectivo-emocional. Sin embargo, en la práctica observamos que tan temprano deja de ser la

lactancia materna exclusiva en los niños y se mostro que en algunos casos al día siguiente del nacimiento se introducen las formulas. Esto podría sugerir la falta de un acompañamiento del personal de salud hacia las madres con respecto a las técnicas para obtener una lactancia materna exitosa. Asimismo, porque los estándares de la OMS corresponden a madres de países con una política pública fuerte de maternidad en donde las madres pueden dedicarse plenamente al cuidado de su hijo y reciben un seguimiento formal en la lactancia. Comprobamos que la lactancia exclusiva prácticamente no existe pues no corresponde al ritmo de vida de las madres. En nuestra muestra observamos a madres trabajadoras y con actividades deportivas profesional que impedían una lactancia prolongada.

Contradicciones del conocimiento médico, que si bien se cree de forma generalizada que es homogéneo no es tal, se da una multiplicidad de instrucciones contradictorias ante las cuales la madre tiene que elegir, haciendo un juicio de lo que le parece más lógico o lo que se adapta a sus necesidades.

Consideramos que los datos que arroja esta investigación son muy útiles para ser tomados en cuenta por el personal de salud. La importancia de dedicar más tiempo a la explicación de la lactancia como un proceso, de las dificultades que la madre puede enfrentar. Considerar el estilo de vida de la madre sin enjuiciar su comportamiento como si fuera un desinterés por la salud de su hijo. Coadyuvar al involucramiento de los padres en la crianza. Es necesario un cuerpo homogéneo de conocimientos que la madre pueda juzgar como fiable.

Como pudimos observar el rol de las madres en la lactancia es activo y no como muchas veces se considera en el ámbito médico como pasivo y sujeto a influencias externas mediáticas o a anclajes de retraso cultural. Las madres escogen, experimentan y deciden la mejor estrategia de nutrición para su hijo. Es evidente que los medios de comunicación, los conocimientos familiares y médicos tienen un impacto, sin embargo, no se adoptan unilateralmente por la madre. Es por esto, que se debe hacer una reflexión mas profunda sobre la manera de transmitir los elementos importantes para la nutrición del bebé.

PRINCIPALES PERCEPCIONES MATERNAS EN RELACIÓN CON LA LACTANCIA MATERNA.

LACTANCIA AL SENO MATERNO	LACTANCIA DE FORMULA
Es lo mejor por que proporciona anticuerpos y le cae mejor a su estomago	Es practica, se la puedes dar en donde sea
Se establece cercanía cuando se le carga y se te queda mirando	Se establece cercanía cuando se le carga y se te queda mirando
Es insuficiente por que se cansa y se duerme succionando poco tiempo	Es suficiente, por que aunque se ve su carita de sueño no se duerme
Se crea dependencia, por que solo quiere tu leche y no acepta otros alimentos	Se hace más independiente, pueden dársela otras personas y es más fácil que acepte otros alimentos
Tú no puedes hacer otras actividades mientras estés dándole	Me permite hacer otras actividades como jugar basquet
Le hace daño cuando haces corajes por problemas con tú esposo	Le hace bien, aunque haga corajes a ella no le afecta.

## BIBLIOGRAFÍA

- Abric. (2001). *Prácticas sociales y representaciones, México, Filosofía y cultura contemporánea*. México: Paidós.
- Asociación Mexicana de Pediatría. (2007). *Primer Censo Nacional sobre la alimentación del niño en el primer año de vida*. México : Acta Pediatría Mexicana.
- Bowlby. (1969). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires Argentina: Paidós.
- Canguilhem, G. (1988). *"La salud: concepto vulgar y cuestión filosófica"*. Buenos Aires Argentina: Amorrortu.
- Diaz, C. (2003). *Representaciones de lactancia en un grupo de mujeres de Cali*. Recuperado el 12 de 09 de 2008, de [inbiomed.com.mx](http://inbiomed.com.mx): [www.inbiomed.com.mx](http://www.inbiomed.com.mx)
- Esteban, M. (Vol. 2 N.1 Enero/Abril de 2006). El estudio de la salud y el género: Las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Revista Salud Colectiva* .
- Estrada, R. S. (10 de 03 de 2009). *Servicios y publicaciones de la universidad de cordoba*. Recuperado el 28 de 07 de 2009, de [www.hdl.handel.net](http://www.hdl.handel.net).
- Garine, D. (1988). Antropología de la alimentación y la pluridisciplinariedad. *América Indígena* , 635 - 650.
- Helsing, E. (1883). *Guía Práctica para una buena Lactancia*. México: Pax México.

- Helsing, E. (1983). *Guía práctica para una buena lactancia*. México, D.F.: PAX Mexico.
- Javorski, M. (2004). Representaciones sociales de la lactancia materna para madres de prematuros en el cuidado canguro. *Rev. Latino-AM Enfermagem* , 6-12.
- Jodelet, D. (1985). "Représentations sociales". En *Gran Dictionnaire de la psychologie*. (págs. 668 - 672). España: Larousse.
- Jodelet, D. (1984). La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En S. Moscovice, *Psicología social II* (págs. 469-496). España: Paídos.
- Moscovici, S. (1986). *Psicología Social II*. España: Paídos.
- Pérez-Gil, S. et al. 1993. "Lactancia y cuidado de los hijos". Estudio de casos en dos zonas rurales de México. *Salud Publica de México*. vol. 35, num. 6.
- Perez-Gil, S. c. (1995). Lactancia materna y trabajo en zonas rurales mexicanas: la visión de las mujeres una perspectiva de género. *Revista de Nutrición Clínica* , 1-10.
- Puffer RR, S. C. (1983). Características de la mortalidad en la niñez. *Boletín Médico Infantil de México* , 526-529.
- Torre, P. (1993). Los sucedáneos de la leche materna en la seguridad social mexicana durante 1990. *Salud Pública de México* , 700-708.
- Uribe P, J. (2007). *Representaciones sociales*. Mexico: UAM-Iztapalapa.

- Vendale-Toney. (1997). Lactancia materna, destete y la ablactación . *Salud Pública* , 412 - 419.
- Winnicott, D. (1960). *La teoria de la relacion paterno filiar*. Buenos Aires: Paídos.