

Representaciones de lactancia en un grupo de mujeres de Cali

Constanza Díaz, Enf., MSP¹, Gustavo Cabrera, Fon., MSP, DrSP²,
Julio César Mateus, M.D., Mag. Epidemiol³

RESUMEN

Objetivo. Explorar las representaciones sociales que sobre el concepto y práctica de lactancia materna tienen un grupo de mujeres de Cali, en el año 2002.

Materiales y métodos. Se desarrollaron diez entrevistas semiestructuradas a profundidad y un grupo focal, con participación de dos grupos independientes de mujeres seleccionadas por conveniencia que cumplieron criterios de inclusión según variables de interés.

Resultados. Las participantes expresaron que no tienen un concepto estructurado y adecuado de las recomendaciones internacionales y nacionales sobre la duración de la lactancia exclusiva. Refieren conceptos y prácticas positivas, negativas y ambivalentes sobre la lactancia según las categorías y dimensiones de interés como inicio, duración, beneficios, efectos en la madre, entre otros.

Conclusión. Las representaciones sociales exploradas y la influencia de instituciones relacionadas con la promoción, protección y apoyo del amamantamiento natural no favorecen la práctica esperada tanto de la lactancia exclusiva como de sus otras formas en el grupo de participantes.

Palabras clave: Lactancia. Representaciones sociales. Nutrición infantil. Políticas de salud.

Las políticas sociales o de salud orientadas a la población infantil, frecuentemente reconocen o enfatizan el papel de las mujeres como responsables primarias de las tareas de nutrición y crianza¹⁻³. En el caso de la lactancia materna (LM), un factor protector de la salud materna e infantil con múltiples y bien definidos beneficios para el binomio madre-hijo, la economía de las familias y los servicios de salud⁴⁻¹¹, es obvio que son ellas las dotadas fisiológicamente para ejercerla. Sin embargo, acciones de promoción, protección y apoyo de la LM conciernen a compañeros y esposos, familiares y comunidades, patrones y empleadores, así como a funcionarios y personal de salud, en fin, a la sociedad, en una perspectiva de género, población y desarrollo sostenible³.

Estudios realizados en la década de

1990 acerca de conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia en zonas marginadas¹² y en instituciones de salud de grandes ciudades colombianas¹³, identificaron aspectos que requerían atención para la promoción eficaz del amamantamiento: el inicio la LM en la primera hora postnatal; la necesidad que el niño mame para que la madre produzca suficiente leche; la de aumentar la duración de la lactancia exclusiva y por ende posponer el inicio prematuro de la alimentación complementaria, la de aumentar la duración y mejorar el manejo de la LM durante la enfermedad de la madre o del niño y la de evaluar permanentemente el crítico papel del personal de salud en pro de una feliz lactancia natural.

Considerando los planes nacionales de alimentación y nutrición 1996-2005¹ y el formulado para promover y apoyar

la lactancia en la década 1998-2008³, evidencias acumuladas sobre el tema⁴, así como de los lineamientos de acción en salud sexual y reproductiva del Plan de Atención Básica 2000 del Ministerio de Salud y del Departamento del Valle del Cauca¹⁴, la División Salud de la Fundación FES Social, ejecutó en el año 2001 un proyecto para el desarrollo y fortalecimiento de la política de promoción de la lactancia en el Valle del Cauca¹⁵; los resultados del proyecto y de su componente de investigación fueron socializados masivamente¹⁶⁻¹⁹.

Recientemente y en el propósito de consolidar una línea de investigación e intervención en salud comunitaria con énfasis en el área materna y feto-infantil, la División Salud de FES Social respondió a la convocatoria pública del Instituto Colombiano de Ciencia y Tecnología (COLCIENCIAS) del año 2001 en su Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud. Sometió una propuesta de estudio sobre los factores asociados con la práctica de lactancia exclusiva (LE) en mujeres de Cali, que

1. Investigadora invitada, División Salud, Fundación FES Social e investigadora CEDETES, Universidad del Valle, Cali.

2. Investigador, División Salud, Fundación FES Social. Profesor Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín.

3. Investigador, División Salud, Fundación FES Social. Profesor Escuela de Salud Pública, Universidad del Valle, Cali. e-mail: divsalud@fundacionfes.org

fue aprobada para cofinanciación.

El estudio se propuso en su primera fase, cualitativa y exploratoria en su abordaje, reconstruir las representaciones sociales y creencias que sobre LE tenía un grupo de mujeres de la ciudad; los resultados generales ya fueron socializados preliminarmente²⁰. Esta fase inicial sentó las bases para la segunda y de perspectiva cuantitativa, caracterizada por el seguimiento de una cohorte de mujeres puérperas y el registro de variables de interés que hipotéticamente inciden en la duración de la LE. Este artículo presenta los resultados centrales de la primera fase en lo que respecta al sub-componente específico de representaciones sociales.

MATERIALES Y MÉTODOS

El sub-componente citado fue desarrollado en terreno entre agosto y diciembre de 2002. Se fundamentó en un abordaje cualitativo con apoyo de dos técnicas específicas: la entrevista semiestructurada a profundidad y el grupo focal, cada una con su respectiva guía específica de aplicación. La guía para la entrevista estructurada fue diseñada a partir de tres categorías de análisis preliminarmente identificadas y estructuradas en bloques temáticos conteniendo subcategorías como identificación y caracterización social, datos relacionados con el bebé, la relación de la madre y el niño con los servicios de salud, datos de la LE y el estudio de caso. Este último dirigido a explorar la experiencia y las percepciones desde la preparación para la lactancia, el parto, el posparto inmediato y después del egreso de la mujer hasta la fecha de la entrevista.

La guía para el grupo focal fue diseñada a partir del constructo social de LE definido por Moscovici²¹ que exploró los siguientes componentes y su relación con las prácticas de LE y LM en

general de las participantes: lenguaje y comunicación, prácticas sociales, instituciones sociales (medios de comunicación, educación en salud y normatividad), creencias y tradiciones.

Para la identificación de las participantes en las entrevistas se solicitó autorización para consultar los registros de partos ocurridos en instituciones públicas de nivel I y II de atención, que respondían estadísticamente por el mayor porcentaje de nacimientos no complicados de la ciudad de Cali en el segundo trimestre de 2002. Se construyó un listado de mujeres primigestantes con parto único no complicado y bebés menores de 7 meses al momento del estudio, que debieron ser menores de 2 meses de vida y estar lactando exclusivamente o no; o tener de 2 a 4 meses y estar lactando exclusivamente o no; o ser mayores de 4 meses y tener hasta 7 meses cumplidos, lactando o no exclusivamente. Con estos criterios se consolidó un listado final con representantes de cada uno de estos subgrupos etáreos de interés.

Las mujeres fueron contactadas por teléfono, informadas del propósito de la llamada e indagadas en su consentimiento para participar en una entrevista domiciliar posterior. Estos contactos fueron realizados aplicando el muestreo teórico con criterio de saturación hasta completar un grupo de 10 mujeres con hijos que cumplieran criterios predefinidos.

Las diez mujeres entrevistadas fueron visitadas en sus casas, con excepción de tres de ellas en los que por cuestiones de seguridad y acceso los encuentros se programaron en instituciones públicas de salud próximas a sus residencias. Después de explicarles el objetivo específico del estudio y antes de grabar la entrevista, se recogió la firma de la mujer en los consentimientos.

Para profundizar en el tema de las

representaciones sociales se realizó complementariamente un grupo focal en el que se propuso involucrar a otras 10 mujeres con bebés lactantes; este grupo fue convocado a través del programa de crecimiento y desarrollo de una institución de salud pública de nivel I de atención de la ciudad. Sin embargo, como fue extremadamente difícil encontrar bebés en estas condiciones, especialmente para la condición de LE, se tuvo que simplificar la selección y orientarla a involucrar mujeres con niños en los intervalos de edad en meses planteados, independientemente de si tenían o no LE al momento del estudio. El grupo focal fue convocado en una institución de salud de nivel I; las asistentes fueron informadas del motivo de la reunión y se solicitó su consentimiento para grabarlas. Los participantes tuvieron la oportunidad de expresar sus opiniones acerca de los temas planteados y como tenían preguntas sobre el tema, al finalizar las entrevistas y el grupo focal, se abrió un espacio de educación e información sobre el tema.

El procesamiento de la información se inició con la marcación de los casetes de audio; se usó un esquema en el cual se asigna un nombre a cada casete, que se mantiene para efectos del manejo de la información en todas las etapas de la investigación. Los códigos de identificación de las informantes se construyeron así: las iniciales son las de la institución donde se atendió el parto; los siguientes dos dígitos corresponden al mes del año en que fue atendido el parto; los terceros dos o tres dígitos corresponden al número asignado en el registro de los partos atendidos consultados y la letra final, al lado del casete donde está grabada la entrevista. Adicional a la grabación en audio, se tomaron notas de campo y se grabaron comentarios diversos al final de cada entrevista. Todos los casetes fueron

transcritos en Word®, luego confrontados y complementados para después grabarlos en la base de datos creada con el programa Ethnograph v5.0®.

A partir de la base de datos creada, se identificaron las alusiones asignadas para cada una de las categorías de análisis. El programa permitió varias modalidades de búsqueda, las cuales se emplearon para obtener resultados para cada una de las categorías de análisis. Simultáneamente se hicieron memos para resaltar hechos, testimonios o percepciones relevantes que hacen parte de subcategorías emergentes adicionales. Finalmente la información procesada se recategorizó frente a los componentes de los modelos teóricos y con relación en las experiencias de las mujeres.

RESULTADOS

Caracterización de las mujeres. Las entrevistas se realizaron con diez mujeres residentes en Cali y con edades entre 17 y 25 años, la mayoría menores de 20. Las participantes vivían en barrios de estrato bajo y medio bajo. Sus bebés tenían de 1 a 8 meses; dos de los diez niños no recibían leche materna y sólo el bebé de más corta edad, 30 días de nacido, recibía aún LE. Para el grupo focal se conformó uno de 10 mujeres entre 18 y 35 años, habitantes de Cali, amamantando bebés menores de 7 meses cumplidos e inscritas en el Programa Control de Crecimiento y Desarrollo de un hospital de nivel I de atención. El Cuadro 1 resume algunas características de las entrevistadas y las participantes del grupo focal.

Significados de la LE. La LE tuvo para las mujeres participantes al menos tres significados diferentes: Dar *sólo* seno al bebé, dar *mucho* seno al bebé y lograr *satisfacer* al bebé. Pocas mujeres comparten el primer concepto, pues consideran que el bebé sí necesita otros

Cuadro 1
Características de dos grupos de mujeres de Cali, Colombia, 2002

Característica	Entrevistadas		Grupo focal	
	n	%	n	%
Origen				
De Cali y el Valle del Cauca	7	70	7	70
De otro departamento	3	30	3	30
Educación				
Bachillerato incompleto	4	40	6	60
Bachillerato completo	5	50	4	40
Superior	1	10	0	0
Ocupación				
Estudiante	1	10	0	0
Ama de casa	6	60	9	90
Trabajadora informal	2	20	1	10
Maestra	1	10	0	0
Afiliación en salud				
Cotizante	1	10	0	0
Beneficiaria de contribución	5	50	4	40
Subsidiada	2	20	2	20
Vinculada	1	10	4	40
No afiliada con capacidad	1	10	0	0

alimentos además de la leche materna. Sin embargo, esta representación parece no tener que ver sólo con las necesidades del bebé; hombres y mujeres, según lo referido por las mujeres participantes, piensan que la LE afecta negativamente, entre otros, la salud y la estética de la mujer.

Cuando se exploró con ellas el tiempo que consideraban debería durar la LE, se recogieron diversas opiniones: la mayoría dijo que ésta debe durar entre tres y cuatro meses de vida del bebé y pocas señalaron que debe extenderse hasta los seis meses. Las razones por las cuáles las mujeres justificaron sus respuestas para acortar la duración de la LE son igualmente variadas: la sed del bebé junto con el concepto de que el agua es un gran alimento, la percepción de que a los tres meses ya el bebé tiene suficiente protección y por tanto puede comer otros alimentos, hasta haber recibido esa indicación como una recomendación médica mandatoria.

Las mujeres expresaron significados de la LE en enunciados positivos y negativos que reflejan la construcción social desarrollada sobre el tema. Los

significados positivos fueron relacionados con el efecto sobre la buena salud del niño en términos de protección inmunológica, de ser la leche apta para el bebé, de ofrecer una mejor nutrición, crecimiento y desarrollo, de estrechar el vínculo afectivo entre madre e hijo. Igualmente hubo referencias al ahorro económico, no sólo por no tener que comprar otras leches, sino por los gastos evitados para atender las enfermedades del bebé que se reducen o eliminan con la LE.

Los significados negativos estuvieron relacionados con implicaciones estéticas o para la salud de la madre, con imposibilidad de acceder a empleo y con la dependencia del niño a la madre entre otras que se dañan los senos, que se caen o se ponen flácidos, que las adelgaza, que las engorda, que las desnutre, que la leche materna es mala porque es aguada, que es una esclavitud, que no hay quien despegue el niño del seno ni quien se dedique cuando pide la leche, que amamantándolo no se puede ni trabajar ni salir a la calle, que la leche moja la ropa y huele mal, etc.

Prácticas sociales y LE. Los com-

portamientos sociales de las mujeres son influidos por la LE. Se reconocen cambios como la drástica reducción de la interacción social de la mujer por fuera de la vivienda, la imposibilidad de vinculación laboral y la aparición de conflictos familiares por incumplimiento de las “responsabilidades” domésticas de la mujer en el hogar como el aseo, la preparación de alimentos para la familia y oficios caseros similares en razón de las demandas del amamantamiento natural. Aunque algunas mujeres reconocieron que sus compañeros también establecen como prioridad la atención al bebé, sus narraciones reflejan un aplazamiento de las responsabilidades de la mujer con su compañero, más no una apropiación de responsabilidades de cuidado al infante por parte del padre. En este sentido, la compra de leche de tarro es una muestra de “responsabilidad” del padre; por tanto, una mujer cuyo esposo no es responsable se ve *obligada* a dar a su bebé la LE.

Las mujeres señalaron también la necesidad de cambiar otras prácticas sociales para poder mantener la LE; estas tienen que ver con sus expectativas prenatales irreales frente al comportamiento de sus compañeros, familiares y amigos. Las mujeres esperaban generalmente que sus compañeros demostraran su afecto, que les proporcionarían una buena alimentación, que realizaran o colaboraran con los oficios domésticos. De familiares y amigos próximos esperaban que aportaran, más que consejos y recomendaciones, contribuciones a la canasta familiar, porque si las personas quieren cooperar con la LE deberían preguntar que necesidades hay y no sólo venir a decir “dele pecho al bebé” cuando en la alacena sólo “hay arroz y papa”.

Influencia de las instituciones sociales. Se exploraron cuatro instituciones sociales: los medios de comunicación, la educación desde los servicios

de salud, la comercialización y la normatividad. No se reconoció a los medios de comunicación (radio, prensa, televisión, Internet, folletos y pancartas) como factores promotores de la LE, con excepción de dos mujeres que relataron haber visto programas de televisión acerca de la lactancia y haber recibido información acerca de la lactancia natural exclusiva. Algunas mujeres expresaron cómo los medios promueven el consumo de otras leches e incluso la oferta de agua en la dieta del bebé.

En relación con las instituciones de salud, la información y la educación recibida de éstas poco favorece la práctica de LE. Aunque se reconoce como la instancia social donde naturalmente mayor información sobre la lactancia materna se ofrece y se recibe, los mensajes son diversos al respecto. Los pediatras y médicos en general fueron señalados por recomendar sistemáticamente la práctica de LE solo entre los tres y hasta los cuatro meses en la mayoría de los casos y por generar dudas en las madres acerca de su capacidad de lactar cuando les formulan una leche “por si tal vez” el seno no es suficiente.

Las mujeres relataron los sentimientos que les despiertan en los supermercados y tiendas la infinidad de productos en oferta para alimentar bebés. Este fue un punto de muchos aportes y expresiones tanto de los padres como de las madres. Se percibió cómo de gran influencia sobre la decisión de las mujeres y de los padres acerca de la “bondad” que se dice tiene la introducción de otros alimentos antes de los seis meses de vida de sus hijos; la publicidad le crea a los padres “la necesidad” de darles *compotas*, leches sustitutas y otros alimentos semejantes. En relación con la normatividad, muy pocas personas participantes reconocieron normas o políticas que promueven la lactancia materna como política o iniciativa estatal.

COMENTARIOS FINALES

El estudio cualitativo se propuso generar aportes a la comprensión de hechos, testimonios y opiniones de las mujeres en su relación con la LE. El concepto de LE no es manejado por las participantes y de sus relatos se desprende que tampoco por los funcionarios de salud.

La práctica de LE tuvo significados positivos y negativos e incluso combinados, según lo que fue expresado en el lenguaje de las mujeres. Aunque se reconocen significados positivos, p.e., para iniciar el amamantamiento y mantenerlo por un tiempo, estos parecen ser insuficientes para hacer de la LE una práctica exitosa. Los significados negativos juegan su papel en la toma de decisiones sobre cuando iniciar otras leches u otros alimentos y deberían ser objeto de intervenciones educativas sólidas y estructuradas que permitan transformarlos en significados positivos. Los aspectos mencionados antes, junto con las responsabilidades del hogar asignadas culturalmente a la mujer, confluyen para limitar la práctica de LE. Igualmente, el papel de proveedor asignado al padre, juega también en el proceso, generando un conflicto de papeles.

Los apoyos del compañero, los familiares y amigos requeridos para una buena práctica deben superar -desde la percepción de las mujeres- los consejos y recomendaciones tradicionalmente ofrecidos; se identifica una expectativa por mayor ayuda en el hogar, contribuciones a la canasta familiar y demostraciones de afecto por parte de sus parejas. Las instituciones sociales como los medios de comunicación, las instituciones de salud y de educación y las políticas y normas estatales, no aportaron en este grupo de mujeres a la construcción social de significados que favorezcan la LE.

SUMMARY

Objective. To explore social representations about breastfeeding concepts and practices of a group of women in Cali, Colombia.

Methods. Ten semi-structured interviews in deep and one focus group were carried out with two groups of women, who were selected by convenience and who fulfilled inclusion criteria according to interest variables.

Results. Through their language, participants expressed that they do not have a structured and appropriate concept, according to national and international recommendations about exclusive breastfeeding duration. They referred positive, negative and ambiguous concepts about breastfeeding in relation to categories and dimensions of interest: starting, duration, benefits, and effects, among others.

Conclusion. Neither social representations nor influences of institutions related with promotion, protection and support of natural breastfeeding are favourable to exclusive breastfeeding practice among the participant women.

Key words: Breastfeeding. Social representations. Infant nutrition. Health policy.

AGRADECIMIENTOS

A las mujeres participantes de entrevistas y grupos focales, así como a las personas e instituciones que facilitaron el desarrollo de este componente. A Nhora Lucía Arias, por sus aportes al

diseño del sub-componente cualitativo de la propuesta originalmente sometida a la convocatoria pública del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud 2001, que sirvió de referente a la versión final ejecutada. El proyecto se ejecutó según contrato 170-2002 entre la Fundación FES Social y COL-CIENCIAS, código 62040411858.

REFERENCIAS

1. Departamento Nacional de Planeación y Consejería para la Política Social. *Plan nacional de alimentación y nutrición 1996-2005*. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación y Consejería para la Política Social; 1996.
2. UNICEF. *Situação mundial da infancia: A nutrição em foco*. Brasília: UNICEF; 1998.
3. Ministerio de Salud, UNICEF. *Plan decenal para la promoción y apoyo a la lactancia materna 1998-2008*. Valdés A (coordinadora editorial). Bogotá: Ministerio de Salud, UNICEF; 1998.
4. Schanler R (ed.). Breastfeeding 2001. Part I: the evidence for breastfeeding. *Pediatr Clin North Am* 2001; 48: 1-26.
5. Gensini H. La lactancia, algo serio. *Mirada 7. En: La gestación humana, una mirada integral. Instrumento de apoyo para equipos de salud y educación*. Bogotá: Instituto de Desarrollo Infantil "Fundación Antonio Restrepo Barco"; 1998. p. 7-1 a 7-45.
6. Osorno J. *Hacia una feliz lactancia materna: texto práctico para profesionales de la salud*. Bogotá: Presidencia de la República, ICBF, Ministerio de Salud, UNICEF; 1992.
7. Escobar I. *Cómo tener una feliz lactancia materna: consejos prácticos para mamás*. Plan Nacional de Apoyo a la Lactancia Materna. Bogotá: ICBF, UNICEF; 1992.
8. PROFAMILIA. Lactancia y nutrición de niños y madres. *En: Encuesta nacional de demografía y salud-salud sexual y reproductiva: resultados*. Bogotá: PROFAMILIA; 2000. p. 137-154.
9. WHO, UNICEF, USAID. *Innocenti declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding*. New York: UNICEF, 1990.
10. WHO, UNICEF. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services. Geneva: WHO, UNICEF; 1989.
11. Helsing E, Savage F. *Guía práctica para una buena lactancia*. México DF: Pax México; 1983.
12. Carrasquilla G, Osorno J, Samper B, Soto A, Vázquez C. *Lactancia en zonas marginadas de grandes ciudades colombianas: encuesta CAP 1991*. Cali: Fundación FES; 1992.
13. Carrasquilla G, Osorno J, Samper B, Soto A, Vázquez C. *Lactancia en instituciones de salud de grandes ciudades colombianas*. Cali: Fundación FES; 1994.
14. Secretaría Departamental de Salud. *Aviso de convocatoria pública N° 006 para contratación de menor cuantía*. Cali: Secretaría Departamental de Salud; 2000.
15. Cabrera G, Serra M. *Desarrollo y fortalecimiento de la política de promoción de la lactancia materna en el Valle del Cauca: Informe final*. Cali: Fundación FES Social División Salud, Secretaría Departamental de Salud; 2001.
16. Cabrera G, Arias N, Carvajal R, et al. *Conocimiento, actitud y práctica de lactancia materna en mujeres y personal de salud del Valle del Cauca: Informe final*. Cali: Fundación FES Social División Salud, Secretaría Departamental de Salud; 2001.
17. Cabrera G, Mateus J, Carvajal R. Conocimientos sobre lactancia en el Valle del Cauca, Colombia. *Rev Facultad Nal Salud Pública* 2003; 21: 27-41.
18. Cabrera G, Arias N, Carvajal R, et al. *Grado de implementación de la iniciativa IAMI en diez hospitales del Valle del Cauca, Colombia: Informe final*. Cali: Fundación FES Social División Salud, Secretaría Departamental de Salud; 2001.
19. Cabrera G. La iniciativa IAMI en hospitales del Valle del Cauca-Colombia, 2001. *Rev Facultad Nal Salud Pública* 2002; 20: 75-88.
20. Díaz C, Cabrera G, Mateus J. *Representaciones sociales de lactancia materna en Cali, Colombia*. Fundación FES, División Salud: Boletín SALUDable; 2002.
21. Morant N. Social representations of gender in the media: quantitative and qualitative content analysis. *In: Meill D, Wetherell M (eds). Doing social psychology*. London: Sage; 1988.