

Universidad de Concepción del Uruguay

Facultad de Ciencias Agrarias

Centro Regional Rosario

***REPRESENTACIONES SOCIALES DE LACTANCIA MATERNA
Y DE LAS PRÁCTICAS INSTITUCIONALES***

Autora: COSTANZA GAZALI

Tesis presentada para completar los requisitos del plan de estudios de la Licenciatura en Nutrición.

Director de la tesis: José Manuel Echagüe

Rosario – 12 de Abril de 2005

ÍNDICE

1.	Resumen.....	3
2.	Introducción.....	5
3.	Dimensión epistemológica.....	7
	3.1 Problema.....	8
	3.2 Objetivos generales.....	8
	3.3 Objetivos específicos.....	8
	3.4 Justificación.....	9
	3.5 Antecedentes.....	11
	3.6 Marco conceptual.....	18
4.	Dimensión metodológica.....	33
	4.1 Estrategia general de investigación.....	33
	4.2 Técnicas de recolección y análisis de los datos.....	34
5.	Trabajo de campo.....	36
	5.1 Historia natural de la investigación.....	36
	5.2 Acerca del contexto.....	37
	5.3 Representaciones de las madres-conclusiones provisionarias.....	41
	5.4 Representaciones de las enfermeras-conclusiones provisionarias.....	57
	5.5 Representaciones de un médico pediatra neonatólogo-conclusiones provisionarias.....	64
6.	Discusión.....	67
7.	Reflexión final.....	69
8.	Bibliografía.....	71

RESUMEN

En nuestro país, una parte muy importante de los problemas de salud y de mortalidad de niños de 0 a 1 año están asociados a desfavorables condiciones de vida y nutrición. La lactancia materna (LM) constituye un factor clave para la nutrición y salud psicofísica de estos niños y, a pesar de que se llevan a cabo programas de promoción de la LM, se amamanta hasta los seis meses en forma exclusiva a sólo un pequeño porcentaje del total de los niños. Esto podría indicar que, independientemente de la información que las madres reciban, existen otros factores involucrados en su decisión de amamantar o no a sus niños y que estos podrían estar relacionados con la historia personal de estas madres y el contexto en el que viven.

Este trabajo tiene por objetivos conocer las representaciones sociales (RS) de LM que tienen un grupo de mujeres con hijos menores de un año residentes del barrio La Concepción que concurren al Centro de Salud del barrio, así como conocer las RS acerca de las prácticas institucionales vinculadas a la promoción de la LM que tiene el personal de salud vinculado directamente a la atención de la madre lactante residente del Centro de Salud La Concepción y del Hospital Justo José de Urquiza en Concepción del Uruguay (C. del U.), Entre Ríos (E. R.), en el año 2004.

Asimismo, este trabajo tiene por finalidad contribuir a un mejor conocimiento del punto de vista de las madres como actores sociales protagonistas del amamantamiento y del personal de salud vinculado a las prácticas de amamantamiento y su importancia a la hora de formular y desarrollar programas de promoción de la LM.

El relevamiento de las representaciones se realizó mediante entrevistas en profundidad.

Palabras claves: lactancia materna - representaciones sociales – amamantamiento – programas de promoción.

INTRODUCCIÓN

El amamantamiento es un acto que nace a partir del vínculo de la madre con su niño, que tiene un gran valor desde el punto de vista físico, mental y afectivo y a partir del cual se benefician tanto la madre como el niño. Esto se debe a que la LM posee propiedades inigualables en materia de nutrición e inmunización y establece vínculos profundos entre madre e hijo, creando un ambiente propicio para la expresión del afecto

En el sostenimiento de la práctica de la lactancia natural hasta los seis meses en forma exclusiva- como lo proponen los programas de promoción, sobre todo en los sectores de mayor vulnerabilidad social y sanitaria-, se observan crecientes dificultades que obedecen a factores de distinto orden. Constituyen contextos relevantes al momento de la intelección de estas dificultades las políticas estatales - basadas en parte en la irrupción en el mercado de productos alternativos a la LM y con fuerte respaldo en los medios-, la incorporación de la mujer lactante al trabajo y su situación de desprotección social, la influencia de las instituciones de salud con actitudes contradictorias por parte de los profesionales en orientación hacia las madres, así como también la falta de conocimientos en los programas que se emprenden sobre la perspectiva de los actores sociales acerca de su contexto inmediato –familia, realidades, problemas sociales, formas de vida, creencias-, que condicionan fuertemente sus decisiones y prácticas de amamantamiento.

El estudio de las RS de la LM pretende aportar al conocimiento de los significados que atribuyen los distintos actores sociales protagonistas claves del fenómeno que abordamos, tanto aquellos que intervienen en el proceso de amamantamiento como los vinculados a la atención de la madre lactante, a los fines de su consideración en los programas que desde distintas instituciones se emprenden

con la finalidad de promover la LM. En cuanto a los primeros, que son aquellas mujeres con hijos menores de un año residentes del barrio La Concepción, nos interesa identificar los significados que atribuyen a la lactancia y a los factores contextuales vinculados al acto de amamantamiento y, en cuanto a los segundos, que es el personal de salud residente del Centro de Salud La Concepción y del Hospital Justo José de Urquiza, identificar los significados que atribuyen a las prácticas institucionales vinculadas a la promoción de la lactancia.

También se han estudiado las condiciones económicas, educativas, sociales y sanitarias de la población a partir de la recolección de datos secundarios provenientes del Censo Barrial 2001.

En el contexto específico de realización de este trabajo existe el programa Materno Infantil destinado a la población de madres que asiste al Hospital Justo José de Urquiza y Centros de Salud vinculados al mismo, entre ellos, el Centro de Salud La Concepción.

En este estudio se toman las instituciones de salud porque es precisamente donde el equipo de salud integrado también por nutricionistas puede incidir sobre el fenómeno de amamantamiento.

DIMENSIÓN EPISTEMOLÓGICA

Preguntas de investigación:

La práctica de la lactancia natural es esencial para el pleno desarrollo psicofísico de los niños. La presencia de un estado de desnutrición incide negativamente sobre el crecimiento y desarrollo psicofísico y mental de los niños repercutiendo de distintas formas en etapas posteriores de su vida.

Es por ello que en las preguntas que orientan este estudio se considera muy importante el conocimiento de las RS, tanto de aquellos que intervienen en el proceso de amamantamiento como de los vinculados a la atención de la madre lactante, para su consideración en los programas orientados a la LM.

A partir de esto nos preguntamos:

- ¿Cuáles son las representaciones sociales de lactancia materna que tienen un grupo de mujeres con hijos menores de un año residentes del barrio La Concepción que concurren al Centro de Salud del barrio en C. del U., E. R., en el año 2004?
- ¿Cuáles son las representaciones sociales acerca de las prácticas institucionales vinculadas a la promoción de la lactancia materna que tiene el personal de salud vinculado directamente a la atención de la madre lactante residente del Centro de Salud La Concepción y del Hospital Justo José de Urquiza en C. del U., E. R., en el año 2004?

Objetivos generales:

Conocer las representaciones sociales de lactancia materna que tienen un grupo de mujeres con hijos menores de un año residentes del barrio La Concepción que concurren al Centro de Salud del barrio en C. del U., E. R., en el año 2004.

Conocer las representaciones sociales acerca de las prácticas institucionales vinculadas a la promoción de la lactancia materna que tiene el personal de salud vinculado directamente a la atención de la madre lactante residente del Centro de Salud La Concepción y del Hospital Justo José de Urquiza en C. del U., E. R., en el año 2004.

Objetivos específicos:

Identificar las informaciones, conocimientos y saberes que poseen las madres sobre lactancia materna y amamantamiento.

Identificar las fuentes de información sobre amamantamiento y las valoraciones de las madres sobre su relevancia en la decisión de amamantar o no.

Reconocer las valoraciones de las madres sobre los factores laborales y familiares relacionados con sus decisiones y prácticas de amamantamiento.

Identificar los significados que las madres atribuyen a la lactancia.

Identificar los modelos, tanto de salud como de educación, implícitos en las prácticas institucionales.

Justificación:

Más de la mitad de las muertes de todos los niños están relacionadas con la desnutrición, que debilita la resistencia del cuerpo ante la enfermedad. Diversos factores como un régimen alimentario deficiente, enfermedades frecuentes y un cuidado de los niños de corta edad poco adecuado o sin suficiente atención, puede causar desnutrición. Esto repercute negativamente sobre el crecimiento y desarrollo físico y mental de los niños. Como no es posible revertir la situación cuando el niño es mayor, el problema incidirá en etapas posteriores.

Es por esta razón, que sin duda es relevante, que las acciones de los profesionales de la salud deben orientarse hacia la promoción de la salud y prevención. Pero para ello, se considera importante focalizar las acciones de promoción y prevención en los períodos de mayor vulnerabilidad, considerando especialmente las actitudes hacia la lactancia de las madres e integrantes del equipo de salud a fin de establecer estrategias de promoción que tengan en cuenta los saberes previos de las madres en la construcción de sus actitudes ante la lactancia.

El primero y más importante de estos períodos es el de los dos primeros años de vida. La etapa neonatal representa la época más crítica y vulnerable de la vida humana. En este período, la LM en los primeros seis meses de vida, constituye un factor clave para la nutrición y salud psicofísica de lactantes y niños de corta edad.

Mantener la práctica de la lactancia natural como medio de mejorar la salud y la nutrición de los lactantes y niños de corta edad es preocupación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (principales organizaciones sanitarias del mundo). *“En todos lados ocurre que las prácticas hospitalarias no son las más adecuadas; por eso la OMS y UNICEF iniciaron el programa Hospitales Amigos de la Madre y del Niño, el cual contempla los diez pasos para una Feliz Lactancia Natural”* (Vallenas, 1.998). En el contexto

específico de realización de este trabajo existe el programa Materno Infantil destinado a la población de madres que asiste al Hospital Justo José de Urquiza y Centros de Salud vinculados al mismo, entre ellos, el Centro de Salud La Concepción.

Estos programas están especialmente destinados a personas de sectores carenciados que constituyen una parte importante de nuestra población.

Así pues, a pesar de todos estos esfuerzos, la eficacia de estos programas resulta muchas veces por debajo de las expectativas que en ellos se deposita. Entre otros factores que afectan el logro de los objetivos que se proponen, uno de los más relevantes podría estar vinculado al hecho que –en general-, estos programas brindan información masiva sin contemplar grupos, contextos y tiempos determinados, desconociendo la pluralidad y diversidad de culturas en los grupos a los cuales esta destinado, lo cual afecta la eficacia de sus propósitos.

Es posible obtener mayores logros en los vínculos con las madres destinatarias de estos programas a partir del conocimiento de las RS que ellas tienen sobre la LM y factores limitantes y coadyuvantes. Este conocimiento es indispensable para desarrollar intervenciones que consideren los supuestos y conocimientos previos de las madres y posibiliten el desarrollo de políticas institucionales que tengan mayor cobertura e impacto en un área tan importante como la salud pública, creando un sentido de la percepción del riesgo y conciencia de que la prevención también depende del protagonismo del actor social, de su involucramiento y compromiso para el desarrollo de prácticas de lactancia más saludables para el niño, la madre y la sociedad toda.

Antecedentes:

En “La cultura de la leche en la Argentina” (Aguirre, Univ. Nac. de Bs. As. Depto. de Nutrición Ministerio de Salud), se señala que en Argentina existe una verdadera cultura de la leche. *“La leche de la que se habla en el saber popular que la califica como “el mejor alimento”, no es la leche materna propia de los seres humanos como mamíferos y que fue durante millones de años no solo el mejor alimento para los niños sino además único, sino la leche vacuna”*. Esta significación atribuida a la leche de vaca como “el mejor alimento” se da dentro de un contexto en el cual confluyen diversos factores que la promueven:

- ✓ A fines del siglo XIX se sistematiza la explotación lechera y la producción láctea.
- ✓ Desde hace 25 años, reconversión del complejo lácteo con inclusión de tecnología en pos de lograr un aumento de la productividad y disminuir la estacionalidad.
- ✓ *“Prédica médica de 80 años de desvalorización del amamantamiento natural”*.
- ✓ Promoción del estado de la leche en polvo como el “mejor alimento” entre la población pobre.
- ✓ *“La segmentación de la oferta refleja la fragmentación social, de manera que hay tantas leches como sectores de ingreso en la sociedad argentina”*.
- ✓ *“Estos consumos diferenciados resultan en marcadores de la identidad del sujeto que los incluyen (y también excluyen) en diferentes grupos de pertenencia”*. La pertenencia a un grupo determinado está designada por un producto o grupo de productos específicos.
- ✓ El fundamento simbólico de que la leche de vaca es mejor que la humana se encuentra en el valor que tiene la vaca como proveedor de carne, alimento marcador de la alimentación argentina.

- ✓ *“Las imágenes asociadas dejan de ser el crecimiento y la salud para pasar a ser la belleza y la delgadez que acompañan un estilo de vida saludable”.*
- ✓ *“La leche deja de ser un alimento cuyo saber manipulaban las mujeres y se transforma en un saber de especialistas (rentados por la industria o el estado) que generan sentidos y construyen gustos”.*
- ✓ *“Los lácteos dejan de ser marcadores de edad y de género. Su consumo se generaliza”. “Se toma más leche porque se es hijo, mujer, deportista o militante de la vida sana”.*

En *“La lactancia materna en el tiempo largo de la especie”* (Aguirre, 2002), también se señala que en Argentina existe una verdadera cultura de la leche de vaca: *“La introducción y expansión del consumo de leche en polvo en Argentina fue impulsada por todos los sectores sociales, la industria alimentaria y la farmacéutica por obvias razones de conveniencia pero los industriales en particular apoyaron la difusión de la leche en polvo como elemento clave de la reproducción de una fuerza de trabajo por demás escasa, los médicos (que competían por la mejor fórmula), los políticos (tanto los conservadores para los que “gobernar es poblar” como los socialistas que ponían a la leche en polvo como elemento de liberación femenina e igualdad frente al varón), diversos sectores de intereses divergentes por motivos contradictorios apoyaron y justificaron el levantamiento de la lactancia y sus sustitución por leche de vaca. Tanto es así que el programa de entrega de leche en polvo para madres pobres es ANTERIOR (1937) a la creación del Ministerio de Salud”.*

Todos estos aspectos, tanto del orden productivo como de las políticas del estado, de la fractura social producida, de la situación de desprotección social de la mujer lactante, de la acción de los medios y de las representaciones que estos impulsan constituyen un contexto relevante al momento de la intelección de las

crecientes dificultades que se observan en el sostenimiento del amamantamiento exclusivo y su incidencia en las representaciones y en las prácticas de las madres.

En el trabajo titulado “Disposiciones hacia el amamantamiento en el posparto y el comportamiento posterior de madres de Entre Ríos Argentina” (Pepe y col., 1999), al abordar las categorías referidas a actitud hacia el amamantamiento y su relación con características sociodemográficas, influencia de la promoción de sucedáneos y alimentos complementarios, efectos sobre la salud y sobre el cuerpo, influencia del trabajo y tiempo disponible y calidad del mismo los investigadores las analizan desde una perspectiva cuantitativa y llegan a las siguientes conclusiones: *“...a pesar de existir una alta disposición hacia el amamantamiento en el posparto inmediato en los dos grupos estudiados (ambos con notables diferencias sociodemográficas), el amamantamiento exclusivo al término del tercer mes se redujo a un 33%. Esto llevó a explorar y encontrar otros componentes que no se habían considerado que tuvieran peso en las decisiones, resultando al menos un mayor conocimiento de las madres sobre marcas de leche en polvo, sobre la manipulación de las mismas y sobre suplementos y complementos alimentarios para los bebés, referencias a cuestiones estéticas (caída de los senos), múltiples actividades que le demanda el trabajo y la atención del hogar. También podría suponerse, ante esta contradicción entre disposición y práctica, que el método de reconstrucción del discurso enunciativo de estas madres no logró penetrar hacia la autenticidad de las opiniones, o que las cuestiones de poder en los servicios médicos no pudieron soslayarse, y entonces el discurso de las madres resultó el más aproximado al que los que detentan el poder allí se suponen que sostienen: el amamantamiento es lo mejor”.*

El conflicto señalado entre disposición y práctica pone de manifiesto la existencia de otros factores que no han sido considerados en las condiciones en que se realizaron las entrevistas a las madres encuestadas, las cuales tuvieron lugar

dentro de las maternidades. Esta situación podría ser un condicionante para las respuestas de las madres y forzadas por el contexto.

Esta contradicción entre disposición y práctica puede deberse, incluso, a que no se hizo una distinción entre disposición inicial hacia el amamantamiento total y disposición inicial hacia el amamantamiento exclusivo.

Este último aspecto es abordado en el trabajo titulado “Metodología combinada para entender la duración del amamantamiento en barrios pobres de Managua, Nicaragua” (Picado, Olson y Rasmussen, 1997), al abordar las categorías referidas a actitud hacia el amamantamiento, percepción del amamantamiento exclusivo respecto a el niño y la madre, valoración del amamantamiento de personas significativas e influencia de los mensajes de los programas de promoción los investigadores las analizan desde una perspectiva cuantitativa y cualitativa y llegan a las siguientes conclusiones: *“el patrón de alimentación del lactante en esta población puede describirse como una tasa relativamente elevada de inicio del amamantamiento, la inexistencia casi total de amamantamiento exclusivo y el destete de 30% de los bebés a las 12 semanas. La elevada tasa de iniciación hallada es coherente con las discusiones de los grupos, que revelaron tanto una actitud favorable hacia el amamantamiento como los estímulos externos que las madres reciben para seguir esa práctica. Sin embargo, la percepción del amamantamiento exclusivo no parece ser muy favorable, ya que se considera insuficiente para el niño y perjudicial para la salud materna. Contrariamente a lo previsto, la duración del amamantamiento exclusivo no es un factor predictivo del amamantamiento total, ya que muchas mujeres amamantan a sus hijos por períodos prolongados en una población en la que el amamantamiento exclusivo es raro. Existen otros factores más importantes para la determinación del amamantamiento total. Si como indica este estudio, en esta población el amamantamiento exclusivo no se considera posible ni bueno para la*

madre, es probable que las madres no escuchen los mensajes de los programas de promoción actualmente en marcha. Los trabajadores de salud quizá estén hablando un idioma “distinto” al de la población destinataria. Se necesitan programas específicos para crear una imagen favorable del amamantamiento exclusivo”.

En el trabajo titulado “Estudio de Representaciones Sociales de la Lactancia Materna Exclusiva” (Grajales y col. 2003), al abordar las categorías referidas a percepción del amamantamiento exclusivo, efectos sobre la salud y sobre el cuerpo, influencia sobre la vida social de la mujer, vinculación del compañero con la crianza del niño y con las tareas domésticas, influencia de las instituciones sociales e influencia de las creencias y tradiciones transmitidas los investigadores las analizan desde una perspectiva cualitativa y llegan a las siguientes conclusiones: *“aunque se reconocen significados positivos de la lactancia exclusiva (LE) en términos de nutrición, inmunización, fortalecimiento de las relaciones afectivas y ahorro económico, estos parecen ser insuficientes para hacer de la LE una práctica exitosa. Los significados negativos (implicaciones estéticas, imposibilidad de acceder a empleo y dependencia del niño a la madre) juegan su papel en la toma de decisiones sobre cuándo iniciar otras leches u otros alimentos. Estos aspectos, junto con las expectativas prenatales irreales de las mujeres de mayor ayuda en el hogar, entre otras, confluyen para limitar la práctica de LE. En relación con las instituciones de salud, la información y la educación recibida de éstas poco favorece la práctica de LE. Los mensajes son diversos al respecto. Es común la influencia de las abuelas de los bebés para la introducción temprana de otros alimentos”.*

En el trabajo titulado “Factores asociados a la práctica de lactancia exclusiva en Cali, Colombia, 2003: informe final” (Mateus y Cabrera, 2003), al abordar las categorías referidas a conocimientos sobre los beneficios de la lactancia materna, percepción de la autoeficacia para amamantar, valoración del amamantamiento de

personas significativas y percepción del apoyo recibido los investigadores las analizan desde una perspectiva cualitativa y llegan a las siguientes conclusiones: la duración de la lactancia, así como otros aspectos de la salud materno-infantil, son afectados por distintas variables: lactancia en el puerperio inmediato, seguridad para dar lactancia, opinión positiva del padre sobre lactancia, peso del recién nacido, falta de apoyo a la madre más allá del puerperio inmediato. *“En este estudio el conocimiento de aspectos básicos de la lactancia no se encontró asociado a la duración de la lactancia exclusiva”.*

En el trabajo titulado “Vivencias de la maternidad en un grupo de estudiantes de la Universidad de Costa Rica” (Tacsan, 1999), al abordar las categorías referidas a conocimientos sobre los beneficios de la lactancia materna, percepción del amamantamiento exclusivo respecto a el niño y la madre, influencia de los mensajes de los programas de promoción e influencia del trabajo la investigadora las analiza desde una perspectiva cualitativa y llega a las siguientes conclusiones: *“hay consenso entre las entrevistadas sobre las bondades de la lactancia materna, sobre la importancia de dar leche exclusiva hasta los seis meses, opinión que se explica por la información a la que ellas han tenido acceso por los diferentes medios. Sin embargo, existen dificultades para poner en práctica ese ideal, como el tener que volver a la universidad”.*

En el trabajo titulado “Aproximación a las representaciones del cuerpo de las mujeres de la localidad de Tunjuelito y su relación con amamantar o no amamantar” (Infante Gutiérrez y Rojas Casas, 1998), al abordar las categorías referidas a actitud hacia el amamantamiento, conocimientos sobre sus beneficios, influencia de las creencias y tradiciones transmitidas, influencia de las instituciones sociales, efectos sobre la salud y sobre el cuerpo, valoración del amamantamiento de personas significativas y vinculación del compañero con la crianza del niño y con las tareas

domésticas las investigadoras las analizan desde una perspectiva cualitativa y llegan a las siguientes conclusiones: *“la representación de cuerpo con el rol asignado socialmente a la crianza de los hijos tiene implícito un deber moral que conduce a las madres a alimentar a sus hijos al seno. Es así como la gran mayoría de las mujeres de Tunjuelito amamantan a sus hijos porque están plenamente convencidas que ello hace parte del deber de ser “buena” madre. Al interpelar sobre los beneficios que para ellas tiene el amamantar, la mayoría de respuestas se limitaron a la prevención del cáncer de seno o de útero. Las dos únicas mujeres madres de las entrevistadas que no dieron pecho argumentaron, una de ellas, por satisfacer la demanda del compañero para que no se dañaran sus senos y, la otra, por el efecto de un trabajo de brujería que le sacó la leche. Son las madres y las abuelas los personajes más relevantes en la transmisión de saberes, cuidados y acciones sobre el cuerpo y la decisión de dar o no el pecho. Asimismo, los argumentos provenientes del personal de salud, médicos, enfermeros y nutricionistas ocupan un lugar muy importante para estas mujeres pues la mayoría de las veces su palabra es asumida como verdad absoluta. Los compañeros de vida de las mujeres creen que parte de su función como madre es amamantar. Se pudo percibir un gran descontento por la falta de apoyo del padre con las labores domésticas”.*

En el trabajo titulado “La comunicación primigenia: el primer encuentro madre-hijo o hija” (Reyes Partida y Molina), al abordar las categorías referidas a la actitud hacia el amamantamiento y a la experiencia previa de amamantamiento las investigadoras las analizan desde una perspectiva cualitativa y llegan a la siguiente conclusión: *“la altísima incidencia de amamantamiento entre las madres estudiadas puede guardar relación con los datos de las entrevistas donde se reporta el hecho de que todas ellas a su vez fueron amamantadas por sus propias madres”.*

En el trabajo titulado “Imponer el amamantamiento, ¿es facilitarlo?” (Morrone, 2001), al abordar la categoría referida a la influencia de las instituciones sociales en las prácticas de lactancia materna, la investigadora analiza la importancia del conocimiento de las representaciones sociales y la personalización de la atención de las madres. Sobre estos aspectos, llega a la siguiente conclusión: *“no conocer las representaciones previas de la demanda frente al amamantamiento, así como no personalizar la atención de cada situación convierten la atención en rutinaria, mecanizada, violentamente despersonalizada”*.

Marco conceptual:

El fenómeno de la lactancia ha estado presente entre nosotros desde hace muchos años.

Cuando hablamos de lactancia nos referimos tanto a aquellos aspectos biológicos como culturales, los cuales han recorrido el tiempo siguiendo distintos trayectos.

Desde la mirada biológica, es incuestionable que la LM es el mejor alimento para la especie humana.

Sin embargo, durante miles de años se han priorizado ciertos y no otros contenidos culturales, como por ejemplo la separación de la mujer aristocrática de su función nutricia, el comienzo de la era industrial y la aparición de las leches industriales y la valoración de la mujer integrada al mundo del trabajo asalariado, que se han convertido en modelo de lo que “se debe hacer” o “se debe ser”.

El desprecio por la lactancia comienza a perder sustento con el fin de la era industrial y se inicia así la reinstalación de la LM presentándose como una recuperación de sentidos. Esta recuperación de la LM inscribe sobre todo en la

recomposición de aquellos guiones culturales que permitan a las mujeres dan de mamar a sus hijos.

En la sociedad actual, con fenómenos emergentes, entre otros cuestiones de género, como por ejemplo la incorporación de la mujer al trabajo; la resignificación de sus roles laborales, familiares, sociales; la irrupción en el mercado de productos alternativos a la leche materna y con fuerte respaldo en los medios; la ansiedad de las madres por satisfacer inmediatamente al bebé; el síndrome de *“leche insuficiente o mala”*; así como también la emergencia de nuevos valores, son contextos relevantes del amamantamiento.

El abordaje de esta temática, ampliada desde una perspectiva que rescata la presencia del sujeto social, nos lleva a identificar los significados que atribuyen los distintos actores sociales, tanto aquellos que intervienen en el proceso de amamantamiento como los vinculados a la atención de la madre lactante. En cuanto a los primeros, que son aquellas mujeres con hijos menores de un año residentes del barrio La Concepción, nos interesa identificar los significados que atribuyen a la lactancia y a los factores contextuales vinculados al acto de amamantamiento y, en cuanto a los segundos, que es el personal de salud residente del Centro de Salud La Concepción y del Hospital Justo José de Urquiza, identificar los significados que atribuyen a las prácticas institucionales vinculadas a la promoción de la lactancia.

Ante esto la búsqueda del conocimiento nos lleva a inscribirnos bajo el paradigma alternativo que aborda la interpretación y la comprensión de las significaciones intersubjetivas, tomando en cuenta los motivos, propósitos y significados que los sujetos atribuyen a sus acciones y conductas, es decir, sus RS.

El concepto de **RS** puede caracterizarse como un *“conocimiento de sentido común, o bien pensamiento natural, por oposición al pensamiento científico. Este conocimiento se constituye a partir de nuestras experiencias, pero también de las*

informaciones, conocimientos, y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social. De este modo, este conocimiento es, en muchos aspectos, un conocimiento socialmente elaborado y compartido” (Jodelet, 1986).

La importancia de la noción psicosocial de representación radica en que hace referencia a una visión socialmente compartida de la realidad circundante y al hecho de que es determinada socialmente por las condiciones sociales, políticas y económicas que afectan de manera diferente a los individuos y grupos.

Con respecto a las RS, Serge Moscovici ha señalado las siguientes consideraciones: *“la RS es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos”* (Moscovici, 1979).

Robert Farr, estudioso de las RS, parafraseando a Moscovici las define como: *“sistemas cognoscitivos con una lógica y un lenguaje propios. No representan simplemente opiniones acerca de’, `imágenes de’, o `actitudes hacia’ sino `teorías o ramas del conocimiento’ con derechos propios para el descubrimiento y la organización de la realidad. Sistemas de valores, ideas y prácticas con una función doble: primero, establecer un orden que permita a los individuos orientarse en su mundo material y social y dominarlo; segundo, posibilitar la comunicación entre los miembros de una comunidad proporcionándoles un código para el intercambio social y un código para nombrar y clasificar sin ambigüedades los diversos aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal”.* (Farr, 1982).

En cierta forma, el estudio de las RS intenta comprender cómo “teorizan” o “hablan” las personas sobre sus experiencias y cómo esas teorías permiten la construcción de la realidad y determinan su conducta.

Siguiendo a Moscovici (2002), definidas las RS como una forma de conocimiento de sentido común, estructural y funcionalmente se distinguen de otras nociones cognitivas. Con la intención de clarificar dichas diferencias, se muestran las definiciones de los conceptos cognitivos que integran las RS:

- ✓ *Información*: datos y hechos que nos permiten atribuirle significado; cuerpo de conocimientos organizados con que cuenta un sujeto respecto de un objeto. Es posible distinguir niveles de conocimiento y definirlos ya sea por la cantidad de información relativa al objeto, ya sea por la calidad de esa información, particularmente su carácter más o menos estereotipado y prejuicioso. No compromete al sujeto, sin embargo, la información también habla de la actitud (a mayor interés, mayor información).
- ✓ *Percepción*: es una instancia relacional entre la cosa exterior y el estímulo y el concepto que de ella nos hacemos; rasgos que la persona le atribuye al blanco de su percepción.
- ✓ *Opinión*: es una fórmula a través de la cual el individuo fija su posición frente a objetos sociales cuyo interés es compartido por el grupo (puede ser indicadora de actitud). Es verbal, tiene conceptos, es descriptiva y compromete al sujeto.
- ✓ *Imagen*: cualidades de un objeto presentes en la mente, creadas por un sujeto; reproduce de modo visible un concepto, permitiendo que lo teórico se manifieste a través de un conjunto gráfico y coherente que ayuda a la comprensión de sus componentes y las relaciones internas. Es gráfica, es una expresión condensada y no tiene conceptos. Supone una generalización funcional, es decir que determina prácticas.
- ✓ *Actitud*: incluye todo lo anterior. Es la orientación global positiva o negativa de una representación; es una estructura de orientación de la práctica, muestra disposición a comportarse, no es lo que hace, es la disposición, la cual es

positiva, neutral o negativa. Abarca no sólo resultados, sino también procesos. Incluye valoraciones.

Las informaciones seleccionadas entre aquellas que circulan dentro de una sociedad se ordenan alrededor de un esquema coherente que constituye el núcleo que genera imágenes o el modelo figurativo de la representación. Mediante este proceso se materializa lo abstracto, posibilitando operar en un nivel sensible con conceptos de alto grado de abstracción. Es así como creamos objetos mediante imágenes. Las figuras de esta fase, que son referentes de los conceptos, terminan por convertirse en figuras de la realidad. A todo este proceso se lo denomina Objetivización.

Es sobre la base de estos sistemas de representaciones que se incorpora la novedad. Es decir, se asimila a lo conocido, a los saberes previos, a las imágenes previas. Proceso conocido como Anclaje.

En cuanto a las funciones de la RS podemos destacar:

- Comunicación social
- Cohesión y permanencia del grupo
- **Orientación de prácticas**

A modo de cierre, importa resaltar que las representaciones corresponden a una persona y grupo en un **contexto** familiar, social, económico, histórico y cultural único.

“Pertener a un grupo, identificarse con el mismo, haber nacido y haberse desarrollado en el seno de una familia, de una clase social, de un país, en un momento histórico no sólo es condicionante de una salud o de una exposición a la enfermedad específica, sino también de tener una representación del cuerpo, de la salud y de la enfermedad. Estas representaciones intersubjetivas no son nociones

autónomas ni patrimonio de sujetos aislados, surgen por analogía con las representaciones de los miembros de la comunidad a la que pertenecen; se reproducen o cambian en relación a una experiencia con el mundo externo, o sea, se aprenden” (Samaja, 1994).

Estas representaciones son orientadoras de prácticas y también son resultantes de prácticas sociales situadas. Las prácticas de amamantamiento nacen partir del vínculo de la madre con su niño y tienen un gran valor desde el punto de vista físico, mental y afectivo y a partir del cual se benefician tanto la madre como el niño.

Decimos que tiene un gran valor desde el punto de vista físico porque *“la leche humana es un líquido vivo y cambiante que se adapta a las necesidades del niño en desarrollo. No existe ninguna forma de duplicar la leche humana”*, asegura la Liga Internacional de la Leche. En algunas épocas se ha hablado del valor de los productos elaborados, las leches que el hombre prepara, pero nada ha logrado igualar a la sustancia materna. Los beneficios del amamantamiento para los lactantes de todo el mundo son incontestables. Pero en el caso de los bebés de las madres pertenecientes a los sectores de mayor vulnerabilidad, como en el caso específico del barrio La Concepción que se lo asocia a situaciones de pobreza, la **LM** tiene una importancia vital pues la supervivencia de los bebés depende -en muy alto grado- de las propiedades nutritivas e inmunológicas de la leche materna. La leche materna brinda al bebé todos los elementos nutritivos que necesita. Cuando se la combina con alimentos apropiados resulta una fuente nutritiva invaluable hasta los 2 años, ya que impide la malnutrición y posibilita que el niño se desarrolle plenamente. También contiene anticuerpos y células vivas que protegen al bebé de los gérmenes patógenos, bacterias y virus.

Pero para ellos los sucedáneos son inferiores sobre todo por las condiciones sociales vinculadas a su preparación, ya que existe una mayor probabilidad de que se produzca contaminación de los biberones y de que falte el agua potable para mezclar la preparación, siendo éstas las principales causas de mortalidad entre los lactantes alimentados con sucedáneos de la leche materna; otra razón importante es que las familias no pueden adquirir una cantidad adecuada de preparación para los lactantes y se ven forzadas a diluirla excesivamente.

Aquí se pone de manifiesto la relevancia que tiene el contexto, en este caso la condición social, en los efectos de los sucedáneos sobre el niño. En cuanto a los efectos de la lactancia sobre el niño, también es relevante el contexto en que opera el amamantamiento (valoración de personas significativas, influencia de las familias, de las instituciones de salud, del trabajo, etc.), ya que condiciona las prácticas sociales (cuidados, afectividad, etc.), las cuales están vinculadas a las representaciones que tienen las madres sobre el tema.

Pero además de las propiedades inigualables en materia de nutrición e inmunización de la LM, ésta establece vínculos profundos entre madre e hijo. La lactancia crea un ambiente propicio para la expresión del afecto. El contacto piel a piel, los latidos del corazón de la madre, su voz, sus besos, caricias y ternura, son elementos vitales en el desarrollo integral del recién nacido (sienta las bases de su psiquismo), ya que para él es tan fuerte la necesidad de alimentarse como la de sentirse amado, protegido y acariciado. Es en el primer encuentro del bebé con su madre que se inicia la experiencia comunicativa que le permitirá madurar psicológica y socialmente a cada ser humano. Ya desde 1923 Freud en "El Yo y el Ello" (Freud, 1986), planteó que los inicios del desarrollo del niño tenían su base en el contacto de la piel y del cuerpo del niño o niña por parte de la madre.

Cuando el amamantamiento empieza durante la primera hora después del nacimiento, la placenta es expulsada más rápidamente y se reduce el riesgo de hemorragia posparto, que puede poner en peligro la vida de la madre. La LM también reduce sustancialmente el riesgo de cáncer de mama y brinda protección contra el cáncer ovárico.

La LM ahorra dinero ya que no requiere más recursos que los que ya tienen las madres y familias. Representa una ventaja económica para los hospitales, las comunidades y los países.

También permite un “ahorro de trabajo” ya que no es necesaria la preparación de la leche y todo lo que ello implica.

Tomando como referente todo lo expuesto con anterioridad dentro del marco conceptual, en este trabajo se van a considerar los siguientes aspectos reveladores de las representaciones de LM: aspectos socioculturales (conocimientos sobre sus beneficios tanto para el niño como para la madre, percepción de la capacidad para amamantar, efectos sobre la salud y sobre el cuerpo), aspectos contextuales (influencia del trabajo, vinculación de personas significativas con la crianza del niño y con las tareas domésticas, percepción por parte de las madres de la influencia de las creencias y tradiciones transmitidas y de la influencia de las instituciones sociales y de los mensajes de los programas de promoción) y aspectos actitudinales que definen la orientación de la conducta en un sentido positivo, neutral o negativo (ésta es una *meta categoría* ya que comprende a las demás, las sintetiza; al referirla se pueden tomar cualquiera de los datos de las otras categorías). Todos estos aspectos son las principales *categorías y subcategorías* que desde la perspectiva de este trabajo se consideran de mayor relevancia en la decisión y acto de amamantamiento por parte de una madre.

Las relaciones que pueden establecerse entre las categorías analizadas en las representaciones de la población objeto de estudio están mediadas por procesos educativos, tanto formales como informales, y de salud de distintas instituciones. En el entendimiento que estos procesos, se inscriben en el marco de supuestos teóricos, epistemológicos, axiológicos que estructuran las prácticas educativas y de salud, importa analizar los modelos implícitos en ellas a partir de las entrevistas realizadas a las madres y al personal de salud.

En este campo se toman los aportes de María Teresa Rodríguez, en su trabajo titulado “La integración docencia-asistencia en las prácticas docentes de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNER”, año 2002, de quien tomamos los conceptos de modelos educativos.

Al referirse al concepto de modelo señala: *“Cuando hablamos de modelos - vocablo polisémico- aludimos a una construcción teórica, caracterizada por un nivel de abstracción(...) Los modelos teóricos tienen entre otras, las siguientes características: consisten en un conjunto de supuestos acerca de algún objeto o sistema; describen un tipo de objeto o sistema atribuyéndole lo que podría llamarse una estructura interna, una composición o un mecanismo que explicara, al tomarlo como referencia, diversas propiedades de ese objeto o sistema(...) La importancia de los modelos teóricos reside en que permiten el establecimiento de hipótesis y el planteamiento de problemas en un conjunto ordenado; hacen posible el abordaje de situaciones concretas y específicas, que a su vez proveen de la información necesaria para su validación y, eventualmente, para la construcción de una teoría”* (Arredondo, Amaetalt, 1979).

Se toman como referencia los siguientes modelos pedagógicos con sus rasgos más sobresalientes:

- ✓ Modelos centrados en la enseñanza.

- ✓ Modelos centrados en el aprendizaje.
- ✓ Modelos centrados en la formación.

Esta clasificación se realiza para una mejor comprensión de los modelos, lo que no significa que los mismos se den en forma pura.

Modelos centrados en la enseñanza:

Como *“transmisión verbal de contenidos sin conexión directa con la realidad y organizados de manera acumulativa y disciplinaria”* (Porlan R. y Martín. R., 1991; 6).

Entre sus rasgos más característicos se encuentran la importancia asignada a los contenidos, el profesor es el que sabe y el estudiante el que no sabe y durante el proceso de aprendizaje el estudiante no es activo sino pasivo, sometido a las enseñanzas del profesor. La enseñanza no tiene que ver con toda la persona, sino solo con lo intelectual y lo consciente. El trabajo es sobre todo individual.

Modelos centrados en el aprendizaje:

Aquí lo más importante es lo que se aprende, no lo que se enseña. A diferencia del anterior, el profesor es sólo un elemento facilitador y el estudiante tiene un rol activo en el proceso de aprendizaje. Se respetan las diferencias individuales en cuanto a estilo y ritmo de aprendizaje.

Modelos centrados en la formación:

“La pedagogía de la formación está orientada a la des-sujetación. Por ello, a la libertad responsable del sujeto que aprende”.

Aquí la teoría y la práctica son una sola cosa, no están divididas. Tanto la enseñanza como el aprendizaje contribuyen a la formación. El trabajo es sobre todo grupal. Toda la persona está involucrada en la formación, es decir, tanto lo intelectual

y lo consciente como lo afectivo y lo no consciente. El profesor es solo un mediador, ya que el alumno debe construir su propia forma, ya que solo a través de la reflexividad va a promover su autonomía y compromiso con el proceso de formación. El alumno es considerado en contexto, atravesado por múltiples determinaciones.

*“La educación es algo más que una actividad racional e intencional por lo cual un ser humano influye en otro. Los procesos educativos, como toda actividad humana, se distinguen por su carácter ético y encuentran su valor en su mismo sentido y no como instrumentos o medios para conseguir objetivos extrínsecos. Los fines educativos se realizan no tanto **mediante** acciones docentes como **en** las acciones mismas, donde se da el plexo de relaciones entre sujetos, conocimiento y contextos institucionales en los que se inscribe el proceso de formación”* (Rodríguez, 2002).

Hecho el análisis de los modelos implícitos en las prácticas educativas, es importante rescatar la relación que guardan entre ellos y con otros modelos referidos al campo de la salud.

El modelo centrado en el aprendizaje y el centrado en la formación guardan relación en cuanto a su raíz epistemológica de corte constructivista, en donde existe una primacía del sujeto sobre el objeto de conocimiento.

El **modelo tradicional de enseñanza** guarda relación con el modelo de salud denominado **Modelo médico hegemónico** (MMH), en cuanto a su raíz epistemológica de corte positivista.

“El Positivismo, con Comte, sistematiza simultáneamente la necesidad de liberar a las ciencias “empíricas” de la metafísica y de ofrecer un modelo político donde, ante las dificultades de mantener el contacto, se instituye una nueva Razón de Poder: la Ciencia. Esta se constituye en el máximo del empirismo, por observación de

las regularidades de los fenómenos. Aquello que se repite se plasma en ley; la norma adquiere categoría de ley natural” (Stolkiner, 1987).

Decimos que guardan relación ya que en el interior de ambos modelos existe una primacía absoluta del objeto sobre el sujeto de conocimiento. Se establecen relaciones autoritarias basadas en la superioridad del que sabe (docente-médico) y la inferioridad del que no sabe (estudiante-paciente). Convierten a las personas, ya sean alumnos o pacientes, en seres pasivos sometidos a las enseñanzas del profesor o a las decisiones del médico. Ambos son individualistas. El MMH también se caracteriza por ser mercantilista; ya *“que ha dejado de ser un servicio y se ha tornado en una actividad lucrativa más, que ya no responde a una ética de tipo normativo”* (Belmartino, 2001).

El conocimiento de estos supuestos epistemológicos tiene como finalidad aportar para producir un cambio en las prácticas institucionales y orientarlas a la promoción de la práctica de amamantamiento. Esto es factible en la medida en la que el personal de salud está directamente vinculado a la atención de la madre lactante.

En este punto, es importante definir qué se entiende por práctica. Aquí se toman los aportes de Silvia Analía Echagüe, en su trabajo titulado “La Formación de los Jóvenes Graduados en la Empresa. Estudio de caso en una compañía multinacional”, año 2004, quien citando a Ferry señala que:...*“Cuando hablamos de la práctica se designa a lo que se hace, lo que se produce y con ello se implica siempre una transformación en pos de lograr ciertos objetivos organizacionales”* (Ferry, 1997).

Menéndez caracteriza al MMH como *“Aquel que se supone operante sobre una “biología” pura, portador de un saber sin fisuras, centrado en la cura de la enfermedad”* (Stolkiner, 1989).

Los conceptos de salud y enfermedad se constituyen en los ejes del denominado MMH y de sus prácticas centradas en la cura de la enfermedad.

El concepto de **salud** es definido así por la OMS: “estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no solo la ausencia de enfermedades”, la cual es muy cuestionada pero a pesar de su crítica sigue vigente.

Una explicación a esta vigencia es el hecho de que el hombre es sano en la medida en que fue creado como un ser perfecto y ese es su estado natural, original, sin que la enfermedad esté presente.

“Resulta pues que no estábamos ante un concepto biológico o médico como creíamos, es la expresión de una concepción global del mundo, la concepción idealista, teleológica y cristiano occidental” (Vasco Uribe, 1987).

De esta manera, la **enfermedad** es esa pérdida del estado original, natural del hombre, que conduce a suponer que su causa es externa y que tiene un origen determinado.

“En otras palabras es la fuente misma de la idea de uncausalidad externa, que ha acompañado al pensamiento médico dominante, desde tiempos remotos hasta la actualidad, no sin pasar por el aplastamiento de otras formas de pensar, de otras interpretaciones” (Vasco Uribe, 1987).

Una vez que se descubre la causa de la enfermedad la terapéutica consistirá en la curación de la enfermedad.

“No puede negarse que la Medicina Científica produjo aportes al bienestar.... Sin embargo su promesa de ganar su batalla contra la enfermedad y la muerte, basada en el mito del dominio del hombre sobre la naturaleza, no ha sido cumplida sino en parte. Su paradigma tiende a mostrar sus límites frente a los grandes problemas de salud colectivos y frente a enfermedades recalcitrantes a su comprensión como el cáncer” (Stolkiner).

Esto es lo que nos ha impulsado a cuestionar el “modelo indiscutido” y a considerar modelos alternativos, vinculándolo con la orientación de la investigación, el

protagonismo de los actores sociales y sus perspectivas sobre la temática social de la lactancia.

En este campo se toman los aportes de las Dras. Denise Majmanovich y Vera Lennie, en su trabajo titulado "Pasos hacia un pensamiento complejo en salud", de quienes tomamos las principales categorías del modelo alternativo:

- ✓ La salud es pensada en referencia al itinerario que la misma vida fija, a los valores que el hombre construye, a las prácticas culturales que le dan sentido.
- ✓ El cuerpo es un nodo cambiante en la vibrante trama de la vida.
- ✓ El Sujeto no es considerado solo sino en relación con el medio, del que se nutre y al que modifica.
- ✓ No existen barreras infranqueables entre lo propio y lo ajeno, el cuerpo y la mente, el individuo y la sociedad.
- ✓ El paciente se considera que tiene una participación activa en el cuidado de su salud.
- ✓ Es esencial el trabajo interdisciplinario en interacción con las comunidades para poner en marcha planes de salud.

Con respecto a la relación que guarda este modelo de salud con los modelos educativos, se puede decir que al modelo alternativo se corresponde en el campo de la educación, el denominado modelo de la formación, en cuanto a su raíz epistemológica de corte constructivista.

En cuanto a las raíces epistemológicas guardan relaciones de correspondencia los modelos de educación y salud:

- En cuanto a su raíz epistemológica de corte positivista, se relacionan el modelo tradicional de enseñanza y el MMH.

- De igual modo y en cuanto a su raíz epistemológica de corte constructivista existe una relación entre el denominado modelo de la formación y el modelo alternativo.

Estos modelos, comparten supuestos epistemológicos comunes acerca de la enseñanza y la salud que se encuentran implícitos en las prácticas profesionales. Las prácticas médicas son también prácticas docentes. Las prácticas de un modelo educativo son afines a las prácticas de un modelo médico en los modos de concebir a los sujetos, ya sea como estados y / o procesos –propio del modelo tradicional de enseñanza y el MMH- o como sistemas complejos –propio del modelo de la formación y el modelo alternativo-.

Es responsabilidad de los actores en instituciones de educación y salud problematizar estos procesos así como los contextos en los que se desarrollan, para poder conocer su funcionamiento y cuestionar su epistemología de base. De esta manera se podrán superar procesos tecnocráticos a partir de la construcción de nuevos espacios de pensamiento que enriquezcan las prácticas profesionales con el desarrollo de modelos alternativos en salud y educación.

DIMENSIÓN METODOLÓGICA

Estrategia general de investigación:

Para esta investigación se adoptó una perspectiva fenomenológica, intentando comprender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del actor social (la realidad que importa es lo que los actores sociales perciben como importante) y luchando por la comprensión en un nivel personal de los motivos y creencias que están detrás de las acciones de la gente. Para ello se utilizó la *metodología cualitativa*, es decir, la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable y la cual requiere como actitudes fundamentales la abertura, la flexibilidad, la capacidad de observación y de la interacción con el grupo de investigadores y con los actores sociales envueltos. Estudiar a las personas cualitativamente significó llegar a conocerlas en lo personal y experimentar lo que ellas sienten en sus luchas cotidianas en la sociedad, ya que los significados posibles no emergieron de los significados propuestos por la investigación sino de las relaciones que los actores sociales establecieron. Es decir que éste es el método que permitió conocer las representaciones sociales de lactancia materna de un grupo de mujeres con hijos menores de un año residentes del barrio La Concepción y las representaciones sociales de las prácticas institucionales del personal de salud vinculado directamente a la atención de la madre lactante residente del Centro de Salud La Concepción y del Hospital Justo José de Urquiza en C. del U., E. R., en el año 2004.

La cuestión de la muestra en investigación cualitativa merece comentarios especiales de aclaración. En primer lugar, debe quedar claro que nuestro propósito principal es generar la teoría, no establecer verificaciones con los hechos. El descubrimiento de teoría desde los datos se denomina *Teoría de base*. Por lo tanto,

el tipo de muestreo que se utilizó en la investigación fue un *muestreo teórico* (por contraposición a muestreo estadístico), en que la recolección de información se efectuó en conjunto con el análisis de los datos, hasta lograr la saturación teórica, es decir, cuando las entrevistas con personas adicionales no produjeron ningún dato ni interpretación auténticamente nueva. Por lo tanto, no se pudo citar el número de personas de las cuales se seleccionaron los datos hasta que estuvo completa la investigación.

Técnicas de recolección y análisis de los datos:

Dado el perfil cualitativo del trabajo, los instrumentos de recolección de datos utilizados fueron las *entrevistas en profundidad*.

Se realizaron entrevistas en profundidad a once mujeres con hijos menores de un año residentes del barrio La Concepción que concurren al Centro de Salud del barrio. Las preguntas se realizaron teniendo en cuenta aquellos aspectos que se consideran son reveladores de las representaciones de LM:

- ✓ Aspectos socioculturales (conocimientos sobre sus beneficios tanto para el niño como para la madre, percepción de la capacidad para amamantar, efectos sobre la salud y sobre el cuerpo).
- ✓ Aspectos contextuales (influencia del trabajo, vinculación de personas significativas con la crianza del niño y con las tareas domésticas, percepción por parte de las madres de la influencia de las creencias y tradiciones transmitidas y de las instituciones sociales y de los mensajes de los programas de promoción).
- ✓ Aspectos actitudinales que definen la orientación de la conducta en un sentido positivo, neutral o negativo (ésta es una *meta categoría* ya que comprende a

las demás, las sintetiza; al referirla se pueden tomar cualquiera de los datos de las otras categorías).

Todos estos aspectos son las principales *categorías y subcategorías* que desde la perspectiva de este trabajo se consideran de mayor relevancia en la decisión y acto de amamantamiento por parte de una madre.

Además, se realizaron entrevistas en profundidad a dos enfermeras residentes del Centro de Salud La Concepción y del Hospital Justo José de Urquiza de C. del U., E. R. Las preguntas se realizaron teniendo en cuenta aquellos aspectos que se consideran son reveladores de las representaciones de las prácticas institucionales: manera en que es promovida la lactancia, funciones del equipo de lactancia durante el embarazo, posparto inmediato y posparto tardío, características de las madres que asisten, apoyo social, estatal y familiar, dinámica institucional, capacitación del personal y trabajo interdisciplinario.

También, de Rodríguez 2002, se extractó una entrevista en profundidad en la que se hace referencia al programa Materno Infantil y a la LM en general. El entrevistado fue un médico pediatra neonatólogo jefe de residentes del sector de pediatría del Hospital J. J. de Urquiza de C. del U., E. R. y vicedecano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Entre Ríos.

El *análisis de los datos* se realizó tomando como referencia los conceptos cognitivos que integran las RS: información, percepción, opinión, imagen y actitud, lo que se correspondió con el **análisis horizontal** de los datos para cada una de las entrevistadas.

También se dimensionaron cada una de las subcategorías anteriormente mencionadas a partir del **análisis vertical** de los datos, el cual toma en cuenta la población de madres.

TRABAJO DE CAMPO

Historia natural de la investigación:

El trabajo de campo se desarrolló entre los meses de diciembre de 2004 y febrero 2005.

En primer lugar, se procedió a recolectar datos secundarios provenientes del Censo Barrial 2001 para la descripción de las condiciones de la población. Acerca del contexto específico de la población objeto de estudio se consideraron relevantes sus características económicas, educativas, sociales y sanitarias.

Finalizada esta primera etapa, se realizaron entrevistas en profundidad a mujeres con hijos menores de un año residentes del barrio La Concepción que concurren al Centro de Salud de dicho barrio en sus propias casas.

A medida que los datos se iban recolectando también se analizaban -mediante su codificación e interpretación-, y esto es característico del muestreo teórico que se llevó a cabo en esta investigación –con el propósito de generar teoría y no establecer verificaciones con los hechos-, hasta que se logró la saturación teórica, es decir, cuando las entrevistas con personas adicionales no produjeron ningún dato ni interpretación auténticamente nueva.

Fue necesaria la profundización de aspectos de algunas entrevistas, con el fin de obtener mayor claridad de datos ambiguos y de no caer en el error de la suposición a que estos conducen. En las nuevas entrevistas se obtuvieron datos mucho más significativos, sobre todo debido a mi propia evolución como entrevistadora a medida que realizaba una nueva entrevista. Se efectuó la desgrabación de cada entrevista después de su realización y luego la tarea consistía en detectar y corregir los errores al entrevistar que obstaculizaban el fluir de la conversación. Esto me permitió sobre todo ir controlando la ansiedad, factor que en

las primeras entrevistas conspiró contra los resultados, razón por la que se tuvieron que realizar por segunda vez.

Una vez concretada esta segunda etapa, se procedió a entrevistar en profundidad a las enfermeras -una fue entrevistada en su casa y la otra en el Centro de Salud-. Estas entrevistas me resultaron mucho más sencillas, no sólo por la experiencia adquirida, sino porque las enfermeras estaban muy dispuestas para las entrevistas, de manera que se obtuvieron respuestas fluidas y no fue necesaria su profundización mediante la realización de segundas entrevistas.

Finalizada esta tercera etapa, se extractó de otro trabajo de investigación (Rodríguez, 2002) una entrevista en profundidad realizada al Director del programa Materno Infantil y del Hospital JJ de Urquiza de C. del U., en la que se hace referencia al programa y a la LM en general. Se procedió de esta manera debido a que por distintas razones no fue posible realizarle la entrevista personalmente.

Acerca del contexto:

“La Concepción es uno de los barrios cuya tradición ha estado vinculado a los orígenes mismos de la ciudad. También con justicia se lo asocia a situaciones de pobreza ya por su composición socio-demográfica, ya por las inundaciones que históricamente han asolado la zona”.

“Poco más de dos tercios de las familias están constituidas por jefes de hogar acompañados de cónyuges o parejas de hecho que sustentan su convivencia familiar. Pero 33,11% de ellas están sostenidas por jefaturas de hogar monoparentales. Este es uno de los indicadores de N.B.I., puesto que estos jefes de hogar solos y solas disminuyen notoriamente sus posibilidades de inserción en el mercado laboral, dándose en ellos la superposición de roles (subsistencia económica, tareas

domésticas, cuidado de los hijos, etc.) lo que agrega una severa dificultad para la construcción de los vínculos familiares”.

“Los niveles de educación de los jefes de hogar nos indican que un 70,73% ha realizado estudios primarios, sólo un 10,93% ha completado estudios secundarios y un ínfimo 1,92% tiene estudios superiores; pero el dato sobresaliente del punto escudriñado es que 16,39% no ha recibido formación escolar alguna. Estos tópicos nos manifiestan un fuerte condicionamiento tanto en la modalidad de inserción de estos jefes de familia en el mercado laboral, como en las condiciones menos favorables en términos de estabilidad y nivel de ingresos, vinculándolos de manera directa a los niveles de pobreza”.

En consecuencia, podemos decir que prácticamente la mitad de las familias del barrio tiene severas dificultades laborales y un incierto futuro.

“El tratamiento de la salud del grupo familiar prácticamente divide por mitades la población del barrio que posee o no cobertura de obra social. El 57,87% asiste su salud en el hospital de zona, el 29,58% se atiende en forma particular y el 12,54% hace lo propio en el Centro de Salud del barrio”.

“Con respecto a las mujeres embarazadas, la mayor parte supera los 21 años”.

“Si bien en el informe se señala que la atención médica de los niños menores de un año puede calificarse como muy buena, en virtud de que el 89,58% recibe atención mensual y el 4,16% trimestral, es importante rescatar lo que una de las enfermeras entrevistadas nos dice al respecto: “claro, teóricamente vos para entregarle la leche todo chico tiene que tener el carnet de vacunas al día y los controles médicos al día, en el primer año de vida todos los meses al médico”, “vos les das ellos responden, vos no les das no responden”, “es así, es lamentable pero es así”.

Esto pone de manifiesto un patrón de relación mercantilista y falta de sentido de la percepción del riesgo y conciencia de que la prevención también depende del protagonismo del actor social, de su involucramiento y compromiso, por lo que las cifras del informe pueden inducir a errores en la apreciación de las condiciones sanitarias de la población.

“Existe un 6,25% que no realiza controles médicos, lo cual nos pone frente a un grupo de riesgo cuyas consecuencias pueden ser definitivas en el desarrollo de la vida del lactante. Cuando se analiza este mismo tópico entre los niños que van de 1 a 3 años, baja notoriamente el nivel de atención”.

“Respecto de las viviendas del barrio “La Concepción”, poco más de la mitad muestran un buen nivel de conservación y han sido adaptadas a los requerimientos de las necesidades de las familias que las habitan. Los departamentos denominados “48 viviendas” en la mayoría de los casos muestran un buen nivel de conservación. Luego están las “viviendas económicas” que han sido construidas con materiales de inferior calidad que las casas, pero son adecuadas para el desarrollo de la convivencia familiar. El resto de las viviendas presentan un notable deterioro y no se han adaptado a las necesidades de las familias que las habitan, advirtiéndose que en muchas de ellas existen importantes niveles de hacinamiento. Finalmente, una mínima cantidad son “ranchos”, todos ellos construidos con materiales de muy baja calidad y en general presentan importantes niveles de hacinamiento. Respecto de las viviendas específicas de la población objeto de estudio, durante el trabajo de campo se pudo constatar que la mayoría se inscribe dentro del grupo denominado “viviendas económicas””.

“Una de las dificultades sobresalientes de este barrio han sido las sucesivas inundaciones que tienen particular incidencia en la zona sur”.

“La red cloacal alcanza a un 48,13% de las viviendas, un 50,50% evacua sus excretas sólidas en pozos absorbentes, el 0,67% las arroja a cielo abierto y el 0,67% utiliza otra metodología”.

“La red de agua corriente cubre casi la totalidad del barrio”.

“La inmensa mayoría de las calles son de tierra con broza, lo que permite la transitabilidad de las mismas aún en adversas condiciones climáticas, salvo en algunos lugares bien determinados del barrio”.

“Existe una gran proliferación de insectos (moscas, mosquitos, cucarachas) y animales domésticos (perros, gatos, aves de corral) que se encuentran en contacto permanente con las personas que habitan el barrio”.

“Finalmente, el barrio La Concepción –como dijimos anteriormente- es uno de los lugares donde se acuna buena parte de la historia y las tradiciones populares de la ciudad. Pero en general se lo asocia a situaciones de inundaciones, pobreza y marginalidad”.

Aquí se pone de manifiesto la alta vulnerabilidad social y sanitaria de este sector y por qué debería sostenerse la práctica de la lactancia natural hasta los seis meses en forma exclusiva en un lugar con estas características.

La descripción de las características socio-demográficas del barrio La Concepción permite una mejor comprensión de los contextos de los cuales las RS son tributarias.

Representaciones de las madres-conclusiones provisorias:

Conocimientos sobre sus beneficios tanto para el niño como para la madre:

La totalidad de la población de madres hace referencia a las propiedades inmunológicas e higiénicas de la LM y a la comodidad que para ellas implica el dar de mamar.

En cuanto a la dimensión inmunológica las madres expresan: *“claro, porque no tienen enfermedades, no cazan diarrea”, “por la diarrea”, “es sanita”, “sanitos, más que un resfrío por ahí”, “yo pienso como que tiene más defensas, digamos viste, de la madre”, “es mejor el pecho por las enfermedades, no tiene diarrea, no se enferma ni nada”, “y las vacunas que le ponen, no es como otros bebés así que se cazan mucha fiebre, a él no le caza nada”.*

En cuanto a la dimensión higiénica: *“y es más higiénico viste, la mamadera que la mosca, que la tetina, que el agua hervida, que el agua mineral”, “que la contaminación con la mamadera, que el agua, que la leche...”.*

Esta referencia sobre todo a las propiedades inmunológicas e higiénicas de la LM podría deberse a que, dadas las características sociodemográficas de la población objeto de estudio, son más vulnerables al respecto.

En cuanto a la dimensión práctica: *“dándole la mamadera ahora en verano es muy complicado”, “aparte con el pecho vos salís, no necesitas llevar mamadera”, “la mamadera a mí se me complica...”, “...y me resultó fácil”, “vas a cualquier lado y tenés que darle la leche y tenés que pedir a alguien o llevar un bolso o cosas para prepararle una mamadera”, “aparte es más cómodo, más por la comodidad”, “...y práctico”, “la mamadera es mucho trabajo, porque a donde salís chau, tenías que salir con el cargamento”, “ahora con la teta es mucho más fácil”.*

Algunas madres reconocen significados positivos de la LM en términos nutritivos (*“...que dicen que la teta tiene un montón de alimentación...”*, *“porque la*

alimentación es mejor) y afectivos (*“la comunicación que había entre uno y el bebé”, “entonces son tan mimosos ves, así están todo el día encima mío, estoy sentada estoy con los cuatro a la vuelta”, “es por la teta, son apegados por la teta”*).

Una de las madres expresa un efecto tranquilizador sobre el bebé de la LM (*“porque viste se calma, se tranquiliza, le falta eso y parece que...”*).

En cuanto a la salud materna no se reconocen beneficios. Sólo se hace referencia al ahorro económico que la LM produce en las familias (*“un poco que la situación no estaba como para comprarle la leche que se le tiene que comprar a ella”, “...más económico”, “vos no tenés y tenés para poder darle mejor”*).

A modo de síntesis, podemos decir que hay consenso entre las entrevistadas sobre las bondades de la LM. Sin embargo, hay algunas que no dan de mamar a sus hijos y esto puede estar relacionado con factores contextuales que tienen mayor peso en la decisión y acto de amamantamiento, como por ejemplo cuestiones emocionales entre las cuales un conflicto de pareja podría ser relevante, tal y como surge del relato de una de las entrevistadas (*“ellos estuvieron en la maternidad y en la maternidad no te dejan darle la mamadera, porque dicen que tenía que prenderse del pecho..., y estuvimos esos dos días que estuve internada y cuando llegué acá le hice la mamadera porque...”*, *“...porque con mi primer matrimonio tuve que dejarlo porque él era de salir y yo quedaba en la casa; en los bailes era mujeriego, por ahí venía enojado que se había peleado con la que había estado allá y venía y se desquitaba conmigo, entonces vivía más nerviosa”*).

En el trabajo de Grajales y col., 2003, también se reconocen significados positivos de la LM en términos de inmunización, nutrición, fortalecimiento de las relaciones afectivas, ahorro económico, etc. Sin embargo, la decisión de dar de mamar también parece estar vinculada con otros factores, pero relacionados con

implicaciones estéticas, imposibilidad de acceder a empleo, dependencia del niño a la madre y expectativas prenatales irreales de mayor ayuda en el hogar.

En el trabajo de Tacsan, 1999, hay consenso entre las entrevistadas sobre las bondades de la LM. Sin embargo, entre aquellas dificultades para poner en práctica el ideal de dar leche exclusiva hasta los seis meses se menciona el tener que volver a la universidad.

Esto podría indicar que, independientemente de la información que las madres tienen respecto de las bondades de la LM, existen otros factores involucrados en su decisión de amamantar o no a sus niños y que estos podrían estar relacionados con la historia personal de estas madres y el contexto en el que viven.

En este trabajo de investigación las entrevistadas en ningún momento mencionan los factores relacionados con implicaciones estéticas, imposibilidad de acceder a empleo o a la universidad, dependencia del niño a la madre y expectativas prenatales irreales de mayor ayuda en el hogar, lo que pone de manifiesto que la diferencia de respuestas está ligada particularmente a las diferentes condiciones económicas, educativas, sociales y sanitarias de los contextos relevados.

Percepción de la capacidad para amamantar:

La mayor parte de las madres manifiestan certeza de su capacidad para amamantar y esto es consistente con el tiempo que duró el amamantamiento con sus otros hijos (*“hasta el año”, “sí, la que más tomó fue ella hasta los cuatro”, “casi a los dos años dejó la teta él”, “y la más chiquita tomó hasta el año y los siete meses...”*).

Se observa que la percepción que tiene una madre de su capacidad para amamantar se ve influenciada por experiencias previas de amamantamiento con sus otros hijos.

Algunas de ellas dudan de su capacidad para amamantar y esto en cuanto a la disponibilidad de leche en cantidad y calidad suficientes y a la succión del pecho por el bebé (*“yo pensé que no iba a poder darles el pecho porque no me salía nada”, “ya te vienen diciendo dale el pecho, dale el pecho, pero yo por ahí pensaba capaz no tengo leche, porque los primeros días hasta que te baja recién todo...”*, *“que no sabes si se te va a prender, si se va a alimentar”*). Sin embargo, esto parece no tener relevancia a la hora de decidir dar o no el pecho. En esta decisión podría estar teniendo su peso la actitud de estas madres hacia el amamantamiento la cual guarda estrecha relación con factores contextuales.

En una de las entrevistas la madre no da de mamar a sus hijos y esto es concordante con su actitud neutral la cual guarda relación con una pobre influencia familiar (*“mi mamá no nos dio la teta a ninguna y nosotros somos siete”*), con la relación de tensión que vivía con su pareja (*“...porque con mi primer matrimonio tuve que dejarlo porque él era de salir y yo quedaba en la casa; en los bailes era mujeriego, por ahí venía enojado que se había peleado con la que había estado allá y venía y se desquitaba conmigo, entonces vivía más nerviosa”*) y con la buena situación económica que estaba atravesando (*“tranquila, porque en ese momento teníamos para comprarle la leche a los nenes”*).

Otra entrevistada les da el pecho a sus hijos y esto puede estar asociado con su actitud positiva la cual guarda relación con la influencia familiar (*“y aparte mi mamá también nosotros somos siete hermanos y ella a todos nos dio el pecho”, “ella también hablaba que mientras vos tengas leche dale, no tengas vergüenza de sacar el pecho delante de la gente”*) y con las opiniones favorables de personas significativas (*“tengo mi cuñada...y ella me felicita a mí porque dice que lindo vos que le das la leche y entonces esas son cosas que a uno le hacen pensar”*).

Se da un tercer caso en que una madre también les da el pecho a sus hijos y esto puede estar relacionado con su actitud positiva la cual guarda relación con la presencia de un contexto que la puso en condición de cuidadora de sus sobrinos desde chiquita; no les daba de mamar pero les daba de comer (*“de acá de mi casa mi hermana la mayor ya ha tenido y ya de ahí yo, viste que están los sobrinos, que los criás, que los malcriás, que los tenés, y ya vas sabiendo viste”*).

A partir de estos datos podemos concluir que la percepción de la capacidad para amamantar no es un factor que determina la práctica de amamantamiento. Existen otros factores, en este caso la actitud de una madre hacia el amamantamiento y su relación con el contexto, que parecen tener mayor relevancia a la hora de decidir dar o no el pecho a sus hijos.

Efectos sobre la salud y sobre el cuerpo:

A nivel de sus percepciones algunas madres reconocen significados negativos de la LM tales como dolor al dar de mamar (*“la impresión que te da al principio cuando empieza el dolor, porque te cuesta”*, *“es toda una sensación viste, que estás con dolor de panza”*), presión y calor (*“siento la presión viste, el calor que te entra y te sale la leche”*, *“es como una máquina que si vos no la succionas estás continuamente con la leche”*) y cansancio (*“con ella sí sufría porque quería sacarle la teta, porque quería todo el día, toda la noche con la teta en la boca, porque yo era día y noche que yo estaba así”*, *“porque llega un momento que te cansa estar tantas horas sentada”*). Estas percepciones negativas parecen no tener incidencia en el tiempo total de amamantamiento, evidenciándose un largo período de amamantamiento a partir del relato de algunas de las madres (*“hasta el año”*, *“sí, la que más tomó fue ella hasta los cuatro”*, *“casi a los dos años dejó la teta él”*, *“y la más chiquita tomó hasta el año y los siete meses...”*).

También, algunas madres reconocen significados positivos de la LM tales como tranquilidad y seguridad al dar el pecho (*“yo me siento tranquila dándole la teta”, “vos decís bueno, estás alimentándolo y no tenés otra preocupación”, “viste que vos sentís una seguridad”*) y satisfacción (*“porque es una sensación linda que de vos esté comiendo tu bebé”, “yo me sentía bien, es más, cuando no le podía dar me sentía re mal, me sentía como inútil”, “o sea, no me sentía mamá completamente”, “yo me siento bien, me siento contenta porque le puedo dar todavía el pecho”*) y esto se pone de manifiesto en el tiempo total de amamantamiento.

Es importante destacar la no mención a cuestiones estéticas, lo que nos permite suponer que este tipo de valores está presente en otros estratos sociales y que aquí predominan otros, como por ejemplo el pleno convencimiento de las madres de que dar de mamar hace parte del deber de ser madre (*“porque tenía que darle”, “sabía que tenía que darle, como que yo sabía que tenía que darle”, “o sea, no me sentía mamá completamente cuando no le podía dar el pecho”, “más que una explicación o que te enseñen un instinto fue”*).

A diferencia de este trabajo, en los antecedentes se hace mención a cuestiones estéticas y en todos los casos conspira contra la práctica de amamantamiento.

En el trabajo de Pepe y col., 1999, se exploraron y encontraron otros componentes que no se habían considerado que tuvieran peso en las decisiones, tales como referencias a cuestiones estéticas (caída de los senos).

En el trabajo de Infante Gutiérrez y Rojas Casas, 1998, de las dos únicas mujeres madres de las entrevistadas que no dieron pecho una de ellas argumentó por satisfacer la demanda del compañero para que no se dañaran sus senos

Influencia del trabajo:

La mayor parte de las madres entrevistadas no trabaja fuera del hogar. Las que lo hacen tienen el “Plan Trabajar”, el cual beneficia a aquellas personas que se encuentran desocupadas.

En cuanto al reglamento del “Plan Trabajar”, éste exige a sus beneficiarios un tiempo de trabajo de cuatro horas de lunes a viernes en contraprestación a una suma fija de dinero estipulada mensualmente y otorga la licencia correspondiente por maternidad que es de tres meses.

En cuanto a cómo perciben las madres su influencia sobre la práctica de LM: *“trabajo una sola vez a la semana, tengo el plan; le doy la teta y la dejo durmiendo y después vuelvo, son poquitas horas”, “se aguanta, como son tres horas nomás que yo voy a un jardín por el plan”, “...pero sino antes a la tarde era medio difícil, quedaba llorando, tenía que comprarle si o si ahora último un vasito de yogur para dejarle a los hermanos para que le den; y si, entraba a la una y salía a eso de las cuatro y media cinco, así que era demasiado”.*

Se puede observar que, a pesar de que el reglamento del “Plan Trabajar” exige un tiempo de trabajo de cuatro horas de lunes a viernes es bastante flexible y así lo perciben las madres, al no referirse al trabajo como una dificultad para poner en práctica el amamantamiento. Sin embargo, vemos como a medida que aumenta el cumplimiento de horas de trabajo mayores son las complicaciones con la práctica de la lactancia. Y esto se pone de manifiesto en diferentes trabajos de investigación presentes en los antecedentes.

En el trabajo de Pepe y col. 1999, entre aquellos factores que se consideraron que conspiran contra las prácticas de amamantamiento se hace referencia a las múltiples actividades que demanda el trabajo.

En el trabajo de Tacsan, 1999, entre aquellas dificultades para poner en práctica el ideal de dar leche exclusiva hasta los seis meses se menciona el tener que volver a la universidad.

Percepción por parte de las madres de la influencia de las creencias y tradiciones transmitidas:

Son las madres, tías y abuelas los personajes más relevantes para las entrevistadas en cuanto a transmisión de saberes populares (*“y ella nos decía (mamá) ustedes denle teta, teta gurisas, y si no tienen leche tomen agua, agua y mate, mucho mate”*, *“y aparte tomo mucho mate y cosas que naturalmente funcionan para dar mucha leche”*, *“con ella no sabía mucho y me obligaron a tomar quaker y todo eso”*, *“la familia siempre, siempre viste los anteriores que tenés que darle el pecho, porque el pecho es lo mejor, porque no se te enferman”*, *“mi mamá me dijo mejor, es más sano, no se te enferma tanto”*) y experiencia previa de amamantamiento (*“mi mamá -somos dieciocho hermanos nosotros- y a todos nos crió con teta”*, *“y aparte mi mamá también nosotros somos siete hermanos y ella a todos nos dio el pecho”*, *“en toda la familia cuando tienen un bebé te queda la influencia de que supuestamente tenés leche y le das”*, *“a eso lo tenés de chico, a eso como que lo traemos”*, *“todos les daban, o sea, mis tías cuando tuvieron los nenes les dieron”*, *“la abuela de ellos siempre dice que es mejor darle la teta; siempre ella dice dale la teta, dale la teta”*). Esto es concordante con la actitud positiva de estas madres hacia el amamantamiento y la presencia de la práctica de amamantamiento en todos los casos y con todos sus hijos.

En algunos casos, la ausencia de experiencia previa de amamantamiento en la familia (*“mi mamá no nos dio la teta a ninguna y nosotros somos siete”*, *“mi mamá se fue a Bs. As. con mi hermano que se enfermó y mi mamá le tuvo que sacar el pecho,*

después que yo no lo tomaba mucho como experiencia”) puede estar relacionada con la presencia de actitudes neutrales, y la ausencia de la práctica de amamantamiento por lo menos con sus primeros hijos.

Por lo tanto, la familia parece ser muy influyente en la conformación de las actitudes de las madres hacia el amamantamiento y en su decisión y práctica de amamantamiento.

En el trabajo de investigación de Grajales y col., 2003, la influencia de las abuelas para la introducción temprana de otros alimentos es concordante con la presencia de una pobre práctica de LM.

A diferencia del anterior, en el trabajo de investigación de Infante Gutiérrez y Rojas Casas, 1998, son las madres y las abuelas los personajes más relevantes en la transmisión de saberes, cuidados y acciones sobre el cuerpo y la decisión de dar o no el pecho y esto puede estar vinculado con la presencia de la práctica de amamantamiento, ya que estas madres alimentan a sus hijos al seno.

Vinculación de personas significativas con la crianza del niño y con las tareas domésticas:

En general se hacen referencias a actitudes de colaboración con la crianza de los niños (*“yo viajo semana por medio, le dejo a mi prima que le dé la teta porque no quiere tomar mamadera”, “y así que me voy dos días queda él, queda con las tías y con ella” (la hermana mayor del bebé), “pero cuando él está acá (compañero) si alguien llora o algo primero están ellos”, “o sino con él, lo caza a él, lo lleva a algún lado, lo distrae viste”*) y a valoraciones positivas en distintos grados (*“tengo mi cuñada...y ella me felicita a mí porque dice que lindo vos que le das la leche y entonces esas son cosas que a uno le hacen pensar”, “él no quiere que le dé mamadera, dale el pecho me dice” (compañero)*). Esto puede estar relacionado con

las actitudes positivas de estas madres hacia el amamantamiento y la presencia de la práctica de lactancia en todos los casos.

También, en otro caso, se hace referencia a problemas de relación que afectan la posibilidad de la lactancia (*"...porque con mi primer matrimonio tuve que dejarlo porque él era de salir y yo quedaba en la casa, en los bailes era mujeriego, por ahí venía enojado que se había peleado con la que había estado allá y venía y se desquitaba conmigo, entonces vivía más nerviosa"*). Se observa cómo la influencia negativa del contexto afecta la disposición de esta madre hacia el amamantamiento, ya que no les da de mamar a sus hijos.

No se registran referencias explícitas a la contribución del compañero con las tareas domésticas. Una de las madres hace mención a la cuestión de que la atención del hogar le demandaba muchas actividades y por eso no dio de mamar a sus primeros hijos (*"es distinto, que tenés que cocinar, que tenés que lavar, capaz que bueno, optas por la mamadera y chau, con los cuatro más grandes me pasó eso"*). Sin embargo, es importante destacar que a sus últimos hijos sí les dio el pecho, lo que pone en duda esta cuestión de la atención del hogar, ya que a más hijos más actividades. El hecho de que les diera de mamar a sus últimos hijos guarda más relación con el hecho de sentirse más tranquila, con una cuestión subjetiva (*"más trabajo y es más fácil, es más fácil"*).

A diferencia de este trabajo, en el trabajo de Grajales y col., 2003, presente en los antecedentes, las expectativas prenatales irreales de las mujeres de mayor ayuda en el hogar, entre otras, confluyen para limitar la práctica de la lactancia.

En el trabajo de Mateus y Cabrera, 2003, la duración de la lactancia también se ve afectada por la falta de apoyo a la madre más allá del puerperio inmediato.

Percepción por parte de las madres de la influencia de las instituciones sociales y de los mensajes de los programas de promoción:

Las instituciones de salud son reconocidas como proveedoras de información (“yo fui a una charla al Centro de Salud con el Dr. Pepe y nos dio toda la información sobre la lactancia, y bueno, a partir de ahí...”, “por ahí veo carteles cuando lo llevo al Centro”), como apoyo técnico (“lo que me ayudó por ahí la charla fue a preparar el pezón, a cómo sentar al bebé para darle, para que no se le vaya la leche al oído, para que no se te ahogue, lo técnico”, “en el hospital siempre te explican, acá te toman la paciencia de explicarte”, “mamá prendelo así...”) y apoyo económico (“en la salita te dan la leche”, “yo lo hago atender en la capillita (en referencia al Centro de Salud próximo a la capilla) y me dan leche, así por mes, me daban una caja y ahora me dan dos, para que le dé a él”).

También, algunas entrevistadas refieren que la información y la educación recibida de las instituciones de salud poco favoreció la práctica de la lactancia (“ellos estuvieron en la maternidad y en la maternidad no te dejan darle la mamadera, porque dicen que tenía que prenderse del pecho..., y estuvimos esos dos días que estuve internada y cuando llegué acá le hice la mamadera porque...”, “los médicos me decían trate de prenderlo al pecho porque..., pero yo los prendía y se prendían esos días que estabas vos en el hospital lo más bien, capaz que era el cambio viste, la casa, el ambiente y no había forma de prenderlos a la teta”). Esto puede estar asociado con la presencia de factores contextuales desfavorables, como la relación de tensión que vivía una de estas madres con su pareja y la gran cantidad de actividades que le demandaba la atención del hogar a la otra.

Otras madres refieren que las explicaciones no fueron requisito indispensable para que ellas dieran el pecho (“en el hospital donde me fui a atender te daban el paquetito y arréglatelas, no te explicaban nada como acá”, “pero yo nunca fui, yo

nunca, viste que cuando te dicen el posparto, que anda por el problema de la lactancia, si tenés problema para darle el pecho, no yo no, yo me las arreglaba, yo hacía así y le daba la teta nomás”). Esto es consistente con la presencia de factores contextuales favorables, como la presencia de un contexto que las puso en condición de cuidadoras de sus sobrinos o hermanos desde chiquitas; no les daban de mamar pero les daban de comer.

También se dan casos en que existe una valoración positiva de esta influencia (*“porque los primeros días hasta que te baja recién todo, entonces yo me ponía mal porque la nena lloraba que tenía hambre viste, entonces los médicos me decían que siga intentando que me iba a salir, y bueno, cuando yo vi que ella se llenaba...”*). Hay que destacar que esta influencia va unida a factores contextuales favorables, como la transmisión de saberes populares y de experiencia previa de amamantamiento por parte de la familia.

En el trabajo de Infante Gutiérrez y Rojas Casas, 1998, también se valoran positivamente los argumentos provenientes del personal de salud, pero hay que destacar que esta influencia también va unida a factores contextuales favorables, como el rol asignado socialmente a la crianza de los hijos que tiene implícito un deber moral que conduce a las madres a alimentar a sus hijos al seno y la creencia de sus compañeros de vida de que parte de su función como madre es amamantar.

A partir de la integración de las categorías analizadas, se puede concluir que lo que parece tener mayor relevancia a la hora de decidir dar o no el pecho son las actitudes de las madres hacia el amamantamiento.

Estas actitudes guardan estrecha relación con factores contextuales. Las actitudes positivas con un entorno favorable y las actitudes neutrales con un entorno obstaculizador.

Entre los factores ambientales favorables se encuentran los contextos familiares que estas madres tuvieron como hijas, los cuidados que recibieron durante su vida, el vínculo afectivo que estuvo presente, ya que es en su formación como hijas donde aprendieron a ser madres. A partir de esto, atribuyen significados a todas las dimensiones del cuidado y del vínculo afectivo, entre las que se encuentra el amamantamiento, y esto determina sus actitudes.

Entre los factores contextuales obstaculizadores se encuentra siempre presente la falta de experiencia previa de amamantamiento en la familia, unida a distintas influencias negativas del contexto referidas sobre todo a cuestiones emocionales, entre las cuales un conflicto de pareja podría ser relevante, tal y como surge del relato de una de las entrevistadas.

La influencia del trabajo, a pesar de que la mayor parte de las madres entrevistadas no trabaja fuera del hogar, puede ser considerado como un factor contextual negativo para aquellas pocas que sí lo hacen, ya que a medida que aumenta el cumplimiento de horas de trabajo mayores son las complicaciones con la práctica de la lactancia.

En cuanto a la percepción por parte de las madres de la influencia de las instituciones de salud y de los mensajes de los programas de promoción, su sola presencia o ausencia parece no ser un factor determinante para que una madre dé el pecho a su hijo. Por encima de los mensajes de las instituciones de salud están operando otros factores contextuales de mayor relevancia.

Estas relaciones que se han establecido entre las categorías analizadas en las representaciones de la población objeto de estudio están mediadas por procesos educativos de distintas instituciones, y que se ponen de manifiesto en los relatos de las madres entrevistadas, al igual que el modelo médico predominante.

En las entrevistas, algunas madres manifiestan haber recibido información por parte de las instituciones de salud sobre LM. Al respecto puntualizan: *“yo fui a una charla al Centro de Salud con el Dr. Pepe y nos dio toda la información sobre la lactancia...”*, *“los médicos me decían trate de prenderlo al pecho porque...”*, *“en el hospital siempre te explican...”*.

Esto podría estar dando cuenta de que el protagonismo de las instituciones de salud es percibido desde la perspectiva del modelo tradicional de enseñanza. Según estos relatos los profesionales de la salud son quienes deben transmitir los conocimientos –los cuales son técnicos- y preocuparse por promover el aprendizaje sobre la LM. No se hace referencia al protagonismo de los actores sociales y sus perspectivas sobre la temática social de la lactancia, por lo que podría suponerse no son tenidas en consideración.

En algunos casos también se manifiesta que la información y la educación recibida de las instituciones de salud tuvo relativa incidencia en la práctica de la lactancia: *“los médicos me decían trate de prenderlo al pecho porque..., pero yo los prendía y se prendían esos días que estabas vos en el hospital lo más bien, capaz que era el cambio viste, la casa, el ambiente y no había forma de prenderlos a la teta”*.

Aquí se observa como se produce la transmisión verbal de contenidos con un vínculo muy parcial que no posibilita la necesaria empatía y conocimiento de la subjetividad de los actores implicados, lo cual limita los efectos formativos de la transmisión de información técnica sin la consideración de estos otros factores, que son determinantes en los procesos formativos.

Este mismo proceso parecería estar presente en el trabajo de Grajales y col., 2003, donde también se hace referencia a que la información y la educación recibida

de las instituciones de salud poco favorece la práctica de LE y que los mensajes son diversos al respecto.

Otras madres expresan: *“en la salita te dan la leche”*, lo que pone de manifiesto un patrón de relación mercantilista, rasgo característico del MMH.

En el trabajo titulado “La cultura de la leche en la Argentina” presente en los antecedentes, se ponen de manifiesto los diversos factores que promueven la lactancia artificial. Entre ellos la promoción del estado de la leche en polvo como el “mejor alimento” entre la población pobre y la “prédica médica de 80 años de desvalorización del amamantamiento natural”.

A modo de conclusión provisoria podemos decir que los mensajes de las instituciones de salud están implícitamente embebidos por un modelo tradicional de enseñanza y que por encima de las instituciones también está operando lo “macro” con políticas de Estado que no ayudan.

En algunos casos también se ha podido observar, a partir de los relatos de algunas madres, que las instituciones de salud asignan particular importancia a la prevención sin que se registraran referencias indicadoras de actividades de promoción. Sin embargo, esta prevención no se inicia desde la salud sino desde la enfermedad, ya que se centra en la disminución de la incidencia de problemas específicos, planteados como necesidad a partir del diagnóstico (*“claro, porque no tienen enfermedades, no cazan diarrea”, “por la diarrea”, “es sanita”, “sanitos, más que un resfrío por ahí”, “es mejor el pecho por las enfermedades, no tiene diarrea, no se enferma ni nada”*). Aquí también se pone de manifiesto otro rasgo característico del MMH.

El tipo de relaciones establecidas entre el personal de salud y las madres, caracterizado por la unidireccionalidad de la comunicación, parece estar afectando la eficacia de los propósitos del programa. Los efectos formativos de la transmisión de

información técnica se encuentran limitados ya que no se hace referencia al protagonismo de los actores sociales y sus perspectivas sobre la temática social de la lactancia, por lo que podría suponerse no son tenidas en consideración. El vínculo establecido parece no posibilitar la necesaria empatía y conocimiento de la subjetividad de los actores implicados, lo cual limita los efectos formativos de la transmisión de información técnica.

La ausencia de referencias a interés de los médicos en los conocimientos previos podría estar generando vínculos que no favorecen la relación de empatía. Esto se pone de manifiesto en los relatos de algunas madres entrevistadas: *“lo que me ayudó por ahí la charla fue a preparar el pezón, a cómo sentar al bebé para darle, para que no se le vaya la leche al oído, para que no se te ahogue, lo técnico”, “los médicos me decían trate de prenderlo al pecho porque..., pero yo los prendía y se prendían esos días que estabas vos en el hospital lo más bien, capaz que era el cambio viste, la casa, el ambiente y no había forma de prenderlos a la teta”*.

En el trabajo de Morrone, 2001, también se hace referencia a que *“no conocer las representaciones previas de la demanda frente al amamantamiento, así como no personalizar la atención de cada situación convierten la atención en rutinaria, mecanizada, violentamente despersonalizada”*.

Representaciones de las enfermeras-conclusiones provisionarias:

Para situar el tema cabe aclarar que, una de las enfermeras entrevistadas trabajó durante un tiempo en el Hospital Justo José de Urquiza donde formaba parte del equipo de LM y la entrevista fue realizada en su casa. La otra enfermera trabaja en el Centro de Salud La Concepción, lugar donde se llevó a cabo la entrevista.

Las preguntas se realizaron teniendo en cuenta aquellos aspectos que se consideran son reveladores de las representaciones de las prácticas institucionales: manera en que es promovida la lactancia, funciones del equipo de lactancia durante el embarazo, posparto inmediato y posparto tardío, características de las madres que asisten, apoyo social, estatal y familiar, dinámica institucional, capacitación del personal y trabajo interdisciplinario.

Las representaciones de las enfermeras están mediadas por procesos educativos de distintas instituciones, y que se ponen de manifiesto en sus relatos, al igual que el modelo médico predominante.

En relación con la manera en que es promovida la LM, una de las enfermeras realizó las siguientes afirmaciones: *“nosotros exigimos, brindamos demasiada información respecto a los beneficios de la LM tanto para la madre como para su hijo, pero lo damos en dos segundos, sin tener en cuenta el entorno familiar donde está inmersa esa madre con ese bebé, sea adolescente o adulta, no sabemos qué le pasa a esa madre de la puerta del hospital para afuera, no se sabe. Entonces por ahí exigís demasiado la teta y la madre sale convencida de que la teta es lo más beneficioso, lo ideal, todos los beneficios, todas las ventajas ella lo reconoce y todo, pero que pasa, llega por ejemplo a su casa donde tiene demasiadas exigencias y nadie la acompaña. Obviamente que la madre en esas condiciones no da la teta, o da la teta a medias, le da un rato la teta y después cuando se cansa de todas las influencias negativas que tiene por el entorno familiar deja de dar la teta”*.

La entrevistada parece percibir que la transmisión de información técnica sin la consideración de los factores contextuales podría estar generando vínculos que no favorecen la relación de empatía y obstaculizando el proceso de formación. Esto puede relacionarse con los relatos de algunas de las madres: *“los médicos me decían trate de prenderlo al pecho porque..., pero yo los prendía y se prendían esos días que estabas vos en el hospital lo más bien, capaz que era el cambio viste, la casa, el ambiente y no había forma de prenderlos a la teta”*.

Las percepciones y valoraciones manifestadas están evidenciando la impronta de una formación tradicional con conocimientos impartidos de tipo técnico y la necesidad de incorporar un modelo alternativo que contemple los factores contextuales de los actores sociales.

En este campo se toman los aportes de Sandra Chaher en su trabajo titulado “Elecciones personales”, en donde se manifiesta: *“quienes promueven el amamantamiento acuerdan en que la ausencia de redes y sostén familiar, social, estatal conspira contra el mismo, pero tienen una posición voluntarista: el eje es la información, que las mujeres sepan que todas pueden amamantar”*. Con referencia a su opinión sobre la consideración de los factores ambientales de los actores sociales la autora manifiesta que: *“La lactancia debe ser enfocada desde las necesidades del bebé, que son las de tener a su mamá dándole el pecho al menos los primeros seis meses de vida”*. Esta es la razón por la que hace mención a que *“faltan guarderías, licencias por maternidad y paternidad extendidas y un sostén social para que las mujeres puedan ver claramente cuál es su deseo, que suele ser el de amamantar”*.

Se hace referencia a los procesos de enseñanza y aprendizaje desde una concepción del conocimiento como “contenido” a incorporar por las madres. A tal fin se prioriza la intervención profesional para facilitar el aprendizaje. Estos son indicadores de un modelo tradicional que se manifiesta en expresiones como: *“lo que*

se hace es insistir mucho en esas 48/72 hs. que están en el puerperio inmediato mientras la madre está internada, pero después cuando esa madre se va del alta a su casa no se le hace seguimiento”.

De las afirmaciones de las entrevistadas se desprende que la función principal que cumple el programa de lactancia en el posparto inmediato es asistir a las madres en esas 48/72 hs. que están internadas.

Con referencia a qué funciones cumple el mismo durante el embarazo aparece el siguiente discurso: *“tanto médicos ginecólogos como las parteras tienen metido así en la cabeza que de la cintura para abajo les pertenece a ellos y de la cintura para arriba al pediatra, entonces no hacen un fomento de decirle mamá anda al consultorio de lactancia, charlá respecto al cuidado de mamas, preparación de pezones, para ver lo que te va a pasar después cuando nazca tu chiquito. Eso, desde que se largó el consultorio de lactancia nunca lo pudimos lograr. Entonces, si sale de ellas de ir al curso de psicoprofilaxis van a recibir la charla de LM, sino no”.*

A partir de esto podría inferirse que la asistencia a las madres durante el embarazo está prácticamente ausente.

Con respecto a qué funciones cumple el programa cuando la madre se va del alta a su casa ya se mencionó que no hay seguimiento, pero en referencia en qué lugar se continúan los controles del niño se manifiesta: *“algunas en el hospital, otras a donde puedan llevarlo. Algunas van a los Centros de Salud también porque les queda más cerca, por costo, porque depende de la distancia no tienen como para pagarse un remis o el colectivo. Muchas hacen esa primera consulta con el médico a los 10-15 días en el hospital y después van a los Centros de Salud”.*

En cuanto a cómo se promueve el amamantamiento en el Centro de Salud “La Concepción”, la enfermera a cargo expresa: *“Acá se controlan generalmente hasta el séptimo, octavo mes y después se las deriva al hospital que es adonde van a ir a*

parir. Entonces de ahí ya ellas son las que deciden. Acá vuelven ya cuando el chico tiene un mes o dos meses. No es mucho lo que se les puede enseñar”.

También, al referirse a las madres que asisten al Centro de Salud, en general las caracterizó como de bajos recursos, y dada su condición social es muy difícil educarlas y llegarles. Al respecto expresa: *“hay madres que les interesa, pero también tenés muchísimas que, ya te digo, por la condición social que tienen algunas madres les podés explicar veinte horas la importancia que tiene la teta para el bebé y bueno, y de ahí a que ellas salgan de acá y hacen lo que quieren...”, “y te digo que hay algunas que ni ahí, no les llegas con nada. Y vos no podés obligar a una persona, vos le estás brindando todo pero vos de ahí en adelante es la decisión de la persona, vos no podés obligarla. No es que falles vos, vos le brindas todo y la elección fue de ella”.* Esta caracterización de las madres es consistente con los datos del censo en el que se describe a la población del barrio La Concepción con muy bajos niveles de educación, lo que produce *“...un fuerte condicionamiento tanto en la modalidad de inserción de estos jefes de familia en el mercado laboral, como en las condiciones menos favorables en términos de estabilidad y nivel de ingresos, vinculándolos de manera directa a los niveles de pobreza”.*

De las afirmaciones anteriores puede inferirse que la asistencia a las madres en el posparto tardío también estaría prácticamente ausente, ya que no se realiza un seguimiento luego que dejan el Hospital y en el Centro de Salud los profesionales de la salud a cargo parecen no poner en práctica el programa de LM impartiendo la responsabilidad de los problemas a las propias madres al manifestar: *“hay madres que les interesa, pero también tenés muchísimas que, ya te digo, por la condición social que tienen algunas madres les podés explicar veinte horas la importancia que tiene la teta para el bebé y bueno, y de ahí a que ellas salgan de acá y hacen lo que quieren...”, “y te digo que hay algunas que ni ahí, no les llegas con nada. Y vos no*

podes obligar a una persona, vos le estás brindando todo pero vos de ahí en adelante es la decisión de la persona, vos no podes obligarla. No es que falles vos, vos le brindas todo y la elección fue de ella”.

Las afirmaciones realizadas, además de una caracterización de las madres, podrían implicar un desplazamiento de problemas que incumben abordar a los profesionales de la salud.

A partir de todos estos discursos se puede deducir que, el programa Materno Infantil opera sobre todo en el posparto inmediato instruyendo a las madres sobre la LM –distinto a las características que tienen otros programas de LM, como el denominado Hospital Amigo de la Madre y del Niño que asiste a las madres durante el embarazo, parto, posparto inmediato y posparto tardío- y que los conocimientos impartidos son solo técnicos, con un vínculo muy parcial con aquellos aspectos socioculturales y contextuales. Esto se pone de manifiesto sobre todo en las siguientes expresiones: *“lo que se hace es insistir mucho en esas 48/72 hs. que están en el puerperio inmediato mientras la madre está internada, pero después cuando esa madre se va del alta a su casa no se le hace seguimiento”, “nosotros exigimos, brindamos demasiada información respecto a los beneficios de la LM tanto para la madre como para su hijo, pero lo damos en dos segundos, sin tener en cuenta el entorno familiar donde está inmersa esa madre con ese bebé, sea adolescente o adulta, no sabemos qué le pasa a esa madre de la puerta del hospital para afuera, no se sabe”.*

En relación al sostén estatal, se ponen de manifiesto culturas instituidas en las personas que aparecen relacionadas con políticas de Estado, con el asistencialismo (*“la gente está muy mal acostumbrada a que se le faciliten las cosas a través de planes sociales, ¿entendés?. La gente tiene que aprender que yo traigo a mi hijo al control con el pediatra y que le hago las vacunas porque yo sé que es lo mejor para*

mi hijo. Lo que nosotros tenemos que hacer entonces es pedirle el control del médico, pedirle tener las vacunas para recibir la leche. Que ahora se empezó a implementar esto, porque sino antes se daban gratuitamente las cosas. Es un cambio que vos haces, estás canjeando una leche por prevención, por salud, por todo, que antes no se hacía. Vos le das ellos responden, vos no le das no responden. Es lamentable pero es así”).

Es decir que hay intencionalidad de un modelo alternativo de atención primaria y promoción de la salud, pero por encima de las instituciones y la voluntad de sus actores, hay factores políticos y sociales que las atraviesan determinando la orientación de sus prácticas.

Sin embargo, también se pone de manifiesto que la prevención que se lleva a cabo no se inicia desde la salud, sino desde la enfermedad, ya que a partir de la gran cantidad de embarazos registrados se comenzó a hacer educación sexual y reproductiva para disminuir su incidencia (*“y por ahí empezás con madres multíparas que empiezan a parir a los 14/15 años y vos te encontrás con una madre que tiene 26/27 años y tiene 7/8 gurises. Y ahora se está empezando a controlar un poco eso porque estamos haciendo información sexual y reproductiva, que eso lo podemos hacer nosotros también junto con los médicos que es la prevención de enfermedades de transmisión sexual y prevenir embarazos”).*

Aunque esto no se corresponde con el campo que nos compete, es un claro ejemplo de que estas prácticas médicas podrían estar inscriptas dentro del MMH centrado en la cura (en este caso la prevención) de la enfermedad.

Además, aparece en el discurso de unas de las enfermeras referencias recurrentes a la presencia de falencias institucionales que conspiran contra el cumplimiento de un buen programa de LM, una buena promoción de la LM y un buen apoyo a la LM.

En cuanto a la dinámica institucional refiere: *“porque esas madres que venían a las cinco, a las seis de la mañana para sacar turno para que a partir de las ocho de la mañana las empiecen a atender. A veces se anotaban, no sé, veinte, treinta, cuarenta chicos y terminaban saliendo capaz a las diez de la mañana. Entonces, por ahí el hecho de dedicarle una media hora, una hora más (para asistir al consultorio de lactancia) significaba un cansancio extremo en seguir esperando, y bueno, todas las dificultades porque bueno, no siempre tienen un solo chico sino que tienen infinidad de chicos y han de querer regresar a su casa”*.

En cuanto a la capacitación del personal y al trabajo interdisciplinario: *“porque quisimos llegar en muchas oportunidades a ser Hospital Amigo de la Madre y del Niño pero siempre nos queda el abismo entre el personal de enfermería de maternidad en aceptar una capacitación sobre le tema lactancia, que no la aceptan, que no lo hacen, que no le dedican el tiempo suficiente. Y también el otro eslabón que nos falta hacer es esa reconversión, es decir, esa otra mirada de lo obstétrico, tanto del médico como de la partera, ya que tanto médicos ginecólogos como las parteras tienen metido así en la cabeza que de la cintura para abajo les pertenece a ellos y de la cintura para arriba al pediatra”, “porque yo creo que si el equipo, como se dice un equipo interdisciplinario, trabajáramos todos con la misma mentalidad se lograrían muchas más cosas. Esto no me pertenece, esto no lo hago...son algunas de las cosas que se escuchan”*.

Esto da cuenta de una diversidad de problemas que permiten entender y delimitar algunos rasgos del contexto institucional donde se desarrollan las prácticas médicas.

Representaciones de un médico pediatra neonatólogo - conclusiones provisionarias:

En primer lugar, es importante aclarar que la entrevista realizada a este médico pediatra neonatólogo se extractó de Rodríguez, 2002. En cuanto a los cargos que desempeña, es jefe de residentes del sector de pediatría del Hospital J. J. de Urquiza de C. del U., E. R. y vicedecano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Entre Ríos.

En segundo lugar, en cuanto a las categorías implicadas en la entrevista, se hace referencia a beneficios de la LM, influencia del contexto, manera en que es promovida la lactancia, personas que integran el equipo de LM y funciones que cumple.

Las representaciones que surgen de esta entrevista también están mediadas por procesos educativos de distintas instituciones, y que se ponen de manifiesto en sus relatos, al igual que el modelo médico predominante.

El entrevistado destaca que la LM no sólo es beneficiosa para el bebé desde el punto de vista nutricional, sino también desde el punto de vista afectivo, ya que establece vínculos profundos entre madre e hijo (*“Siempre digo que la connotación de la lactancia es infinitamente mayor que lo estrictamente nutricional. El momento de la alimentación del chico es muy importante...”*, *“Bueno,..., tiene que ver ya desde la filogenia humana, de la relación que tienen las madres con sus hijos...”*).

También reconoce que la decisión y acto de amamantamiento por parte de una madre está condicionada por el contexto, particularmente el contexto familiar (*“Pero también está el tema de qué pasa con el resto de la familia y qué hace para que la madre le dé el pecho o no”*).

Estas son solo las representaciones que tiene con respecto a los beneficios de la LM y al contexto de las madres.

Sin embargo, si bien en lo discursivo lo subjetivo se reconoce, al respecto algunas madres manifiestan: *“los médicos me decían trate de prenderlo al pecho porque..., pero yo los prendía y se prendían esos días que estabas vos en el hospital lo más bien, capaz que era el cambio viste, la casa, el ambiente y no había forma de prenderlos a la teta”, “ellos estuvieron en la maternidad y en la maternidad no te dejan darle la mamadera, porque dicen que tenía que prenderse del pecho..., y estuvimos esos dos días que estuve internada y cuando llegué acá le hice la mamadera porque...”*.

Esto eventualmente podría ser un indicador de prácticas vinculadas al modelo dominante, ya que, desde otra perspectiva una enfermera manifiesta: *“nosotros exigimos, brindamos demasiada información con respecto a los beneficios de la LM, pero no sabemos qué le pasa a esa madre de la puerta del hospital para afuera, no se sabe; no hay un seguimiento después”, “no era una cosa de decir bueno, la semana que viene, dentro de ocho días volvé, dentro de quince días volvé a ver cómo vamos, ni yo iba a la casa de nadie”*.

El seguimiento, a partir de lo expresado por la enfermera, estaría ausente no sólo en el medio de las madres sino también dentro de la misma institución.

El entrevistado también hace referencia a las personas que integran el equipo de LM y las funciones que este cumple: *“Hacemos martes y jueves consultorio de LM. Están las enfermeras del staff de investigación, alumnos de enfermería de mi asignatura, médicos residentes y las madres con sus bebés, donde hacemos tipo auto ayuda y atención”*.

En cuanto a cómo es el trabajo con las madres señala: *“Le decimos: “Contáanos qué te pasa”, y la madre sola nos da la pista de cuál es el problema....Y el 70 u 80% de los problemas de las madres que concurren al consultorio son problemas de técnica....O sea, nosotros la vemos darle el pecho y nos damos cuenta de cómo se va*

dando, cómo se posiciona...Y el 30% son problemas emocionales, de ella o del entorno...”.

Aquí se hace referencia a que, el trabajo con las madres en el consultorio, permite el reconocimiento de los problemas -tanto objetivos como subjetivos- implicados en el acto de amamantamiento.

Sin embargo, a partir de las representaciones de las enfermeras en relación con la presencia de falencias institucionales en cuanto a su dinámica, capacitación del personal y trabajo interdisciplinario y sobre todo de las representaciones relacionadas con las funciones del equipo de LM, se puede deducir que la mayor parte de las madres que asisten al hospital no van al consultorio de lactancia, por lo que la atención prestada por el equipo de lactancia y descrita por el médico se realizaría con una pequeña cantidad de madres. La verdadera función que cumple el equipo de LM parecería estar más relacionada con lo manifestado por el personal de enfermería: *“lo que se hace es insistir mucho en esas 48/72 hs. que están en el puerperio inmediato mientras la madre está internada, pero después cuando esa madre se va del alta a su casa no se le hace seguimiento”*. Es decir que, el equipo de LM opera sobre todo en el posparto inmediato instruyendo a las madres sobre la LM.

DISCUSIÓN

Las prácticas profesionales del campo de la salud en relación con la LM, en general, son descritas por sus actores con rasgos propios de un modelo tecnocrático, en las que se privilegia la transmisión de información muchas veces sin considerar los saberes, los supuestos y la propia realidad de los sujetos a las cuales van dirigidas.

Tanto médicos como enfermeras creen que es suficiente comunicar, sin ver el sujeto madre y las circunstancias facilitadoras u obstaculizadoras de la concreción de los 6 meses de lactancia exclusiva. Ambos conciben a los sujetos como estados y / o procesos, por lo que actúan solo sobre cuerpos a los que hay que curar. Esto se pone de manifiesto en la forma que comunican y en el momento que comunican, ya que no hay prevención, se atiende en el momento del parto y no hay involucramiento de las madres que son receptoras pasivas del mensaje dicho desde el saber y el poder.

Aquí se está haciendo referencia a la dimensión “comunicacional – educativa” de las prácticas de los profesionales de la salud. En cuanto a la dimensión “atención”, los profesionales intervienen “técnicamente” sobre los cuerpos biológicos.

Estas dos dimensiones, pedagógica y técnica, se sustentan sobre una concepción positivista del saber en la cual se estudian estados o procesos de los objetos que tratan de explicar o intervenir sobre ellos ignorando la dimensión humana, que exige la comprensión e inclusión de los significados y sentidos que los actores sociales atribuyen a sus prácticas, ya sea como pacientes o como profesionales de la salud.

Todo esto se refleja en lo que las madres recogen, las que bastante poco se guían de lo que dicen médicos y enfermeras y mucho más por el contexto social en el que viven. Hacen referencia a que la LM es beneficiosa para la salud pero ya como

un saber común en su medio, en el que madres, tías y abuelas son los personajes más relevantes en la transmisión de saberes populares.

También incorporan la mercantilización y descalificación de la persona que propone el MMH y operan en consecuencia como demandantes “de leche” y de remedios. No demandan saberes, contención, guía; demandan “cosas”, “objetos materiales” (leche y remedios) de los que los profesionales de la salud son proveedores.

De igual modo, el MMH opera en su relación con el cuidado de sí y de sus hijos, van al médico para pedir remedios cuando la enfermedad propia o del hijo las supera convalidando con sus prácticas las que prescribe el modelo, de atención a la enfermedad en lugar de promoción y prevención de la salud. Ellas adoptan una posición pasiva ante su salud de sus hijos entre otras cosas porque ese es el lugar de "pacientes" que se les asigna en la relación con médicos y enfermeras.

Este patrón común que opera en las prácticas y representaciones de los miembros del equipo de salud y de las madres, no es monolítico ni homogéneo, hay también actitudes y prácticas propias de modelos alternativos y preocupación de los profesionales de la salud y de las madres por la ineficacia de las prácticas actuales frente a la dimensión de los problemas que se afrontan.

REFLEXIÓN FINAL

El estudio de la LM, ampliada desde una perspectiva que rescata la presencia del sujeto social, llevó a identificar los significados que le atribuyen los distintos actores sociales, tanto aquellos que intervienen en el proceso de amamantamiento como los vinculados a la atención de la madre lactante.

También permitió identificar los significados que atribuyen a los factores contextuales vinculados al acto de amamantamiento e indagar sobre los supuestos epistemológicos y pedagógicos implícitos en las prácticas profesionales del campo de la salud y en su relación con la LM.

Estas prácticas, en general, son descritas por sus actores con rasgos propios de un modelo tecnocrático, en las que se privilegia la transmisión de información muchas veces sin considerar los saberes, los supuestos y la propia realidad de los sujetos a las cuales van dirigidas. Se privilegia la transmisión de un contenido con abstracción de los sujetos y contextos en los cuales opera esta dimensión pedagógica de las prácticas de los profesionales de la salud.

La superación de estos modelos de prácticas demanda la construcción de nuevos espacios de reflexión que enriquezcan las prácticas profesionales con el desarrollo de modelos alternativos en salud y educación, que posibiliten nuevas actitudes y prácticas orientadas hacia la promoción de la lactancia en todas las etapas del proceso de la maternidad.

Estos modelos alternativos requieren la consideración de las dimensiones afectivas y emocionales que operan en los procesos de amantamiento y los supuestos y conocimientos previos de las madres que influyen en sus actitudes hacia la lactancia.

El desarrollo de estrategias de promoción que posibiliten obtener mayores logros en los vínculos con las madres destinatarias de los programas de promoción de LM plantea la necesidad de problematizar las prácticas profesionales y las propias actitudes y supuestos de los integrantes del equipo de salud, su conformación restringida -que en muchos casos se limita a médicos y enfermeros excluyendo a otros profesionales del campo, entre ellos, los Licenciados en Nutrición-. También es necesario abordar el debate y problematización acerca de los procesos de integración docencia-asistencia y en la perspectiva de procesos de formación superadores de los modelos tecnocráticos que se revelan en todas sus limitaciones en este problemático campo de la LM.

El abordaje de estos procesos de promoción de prácticas saludables de LM pone de manifiesto que no basta sólo con proveer información, brindar apoyo técnico y / o apoyo económico, sino que también, y como prioridad, debe estar presente el sostén familiar, social y estatal, no asistencialista, para que las madres puedan dar de mamar a sus hijos al menos los primeros seis meses de vida.

En el deseo de los actores sociales, de mejores prácticas de salud, de educación, de vida, anida un inmenso potencial transformador, que fluyendo entre las fracturas del MMH puede constituirse en el eje vertebrador un cambio posible para una mejor salud en una sociedad más justa y solidaria. A este fin pretende aportar este trabajo, que se inscribe como práctica inicial en mi hacer y mi proyecto como profesional de la salud.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

ACHIO TACSAN, M.; “Vivencias de la maternidad en un grupo de estudiantes de la Universidad de Costa Rica”. Publicado en la Revista de Ciencias Sociales, N° 84-85, 1999, Costa Rica, pp. 63-74.

AGEITOS, M. L.; “Lactancia materna, madres saludables, bebés saludables”. WABA, agosto de 2002.

AGEITOS, M. L. y WAISSMAN, J.; “Política institucional sobre lactancia materna. Criterios básicos para una propuesta modelo”. UNICEF – MSN, 2001.

AGUIRRE, P.; “La lactancia materna en el tiempo largo de la especie”. EnRedDatos Número 30. Diciembre de 2002.

AGUIRRE, P.; “Culture of milk”, publicado en el N° 3 de la revista del ICAF (International Comisión about anthropology and food).

BELMARTINO, S.; “Análisis del modelo médico hegemónico”. Extraído del Curso de Ambientación y Apoyo a ingresantes de la Fac. de Ciencias de la Salud, Año 2001, pág. 31.

CENSO BARRIAL 2001; “Censos Barriales: Informe Final”. Municipalidad de Concepción del Uruguay, Entre Ríos – Argentina -. Secretaría de Desarrollo Social. Proyectos Especiales 2001, pág. 138-140.

CHAHER, S.; “Elecciones personales”. Este trabajo se extrajo de internet.

DIAZ GRAJALES, C.; “Estudio de Representaciones Sociales de la Lactancia Materna Exclusiva”. Informe final. Componente del proyecto factores asociados a la práctica de lactancia exclusiva en Cali, Colombia, 2003. Para la Fundación FES Social – División de Salud. Santiago de Cali, Nov. 2002.

ECHAGÜE, S. A.; “La Formación de los Jóvenes Graduados en la Empresa. Estudio de caso en una compañía multinacional”. Universidad de San Andrés. Posgrado de especialización en Gestión Estratégica de Recursos Humanos. Bs. As., Marzo 2004, pág. 12.

FARR, R. M.; “Escuelas europeas de Psicología Social: la investigación en representaciones sociales”. En Revista Mexicana de Sociología N° 19, Año 1982, Instituto de Investigaciones Sociales/UNAM, pág. 641-657.

FREUD, S.; “El Yo y el Ello”, ed Amorrortu, Bs. As., 1986.

INFANTE GUTIERREZ, G. M. y ROJAS CASAS, E.; “Aproximación a las representaciones del cuerpo de las mujeres de la localidad de Tunjuelito y su relación con amamantar o no amamantar”. Informe final. Corporación Centro de Estudios Antropológicos y de apoyo a las comunidades. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Bogotá, Nov. 1998.

JODELET, D.; “La representación social: fenómenos, concepto y teoría”. En Psicología Social, II, Barcelona, Paidós, 1986, pág.

KAES, R.; “Comportementes et Representatnion culturelles Chez les Ouvrires, Perpective de Recherche er Resultats in images de la culture”, París, 1960. Material traducido al español y provisto a los maestrandos de la Maestría en Salud Mental, Facultad de Trabajo Social, UNER, 1996.

MAJMANOVICH, D. y LENNIE, V.; “Pasos hacia un pensamiento complejo en salud”. Este trabajo se extrajo de internet.

MATEUS, J.C. y CABRERA, G.; “Factores asociados a la práctica de lactancia exclusiva en Cali, Colombia, 2003: informe final”. Informe técnico final. División Salud – Fundación FES Social, Colciencias y Ministerio de la Protección Social. Cali, Colombia, 2003.

MORRONE, B.; “Imponer el amamantamiento, ¿es facilitarlo?”. Secretaría de Investigación y Posgrados. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata. Año 4 – Número 12 – Abril 2001.

MOSCOVICI, S.; “El psicoanálisis, su imagen y su público”, Bs. As., Huemul, 1979, pág. 17-18.

MOSCOVICI, S.; “La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici”. Martín Mora, Universidad de Guadalajara (México). Atenea Digital – num. 2 otoño 2002-, pág. 18.

OMS/OPS; “Pruebas científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural”, Ginebra, 1998.

PEPE, J.; “Disposiciones hacia el amamantamiento en el posparto y el comportamiento posterior de madres de Entre Ríos Argentina”. Publicado en la revista Ciencia, Docencia y Tecnología. Universidad Nacional de Entre Ríos. Nº 19 año 1999.

PICADO, J.I, OLSON, C.M y RASMUSSEN, K.M.; “Metodología combinada para entender la duración del amamantamiento en barrios pobres de Managua, Nicaragua”. Publicado en la Revista Panamericana de Salud Pública, vol. 2, n. 6, Dic. 1997, pág. 1-13.

REYES PARTIDA, N. y MOLINA, S.; “La comunicación primigenia: el primer encuentro madre-hijo o hija”. Las autoras pertenecen al ALAIC (Asociación Latinoamericana de investigadores de la comunicación). Este trabajo se extrajo de internet.

RODRÍGUEZ, M. T.; “La integración docencia-asistencia en las prácticas docentes de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNER”, año 2002, pág. 20-23, 77 y 95-102.

SAMAJA, J.; “La reproducción social y la relación entre salud y condiciones de vida”. OPS Argentina, 1994, pág. 38.

SIRVENT, M. T.; “Los diferentes modos de operar en investigación social”.
Universidad de Bs. As., Facultad de Filosofía y Letras. Año 2003.

STOLKINER, A.; “Distintos paradigmas de salud, sus instituciones y el psicólogo en ellas”. Salud y sociedad. Movimiento por un sistema integral de salud. Año 4 – Nº 14 y 15 – Agosto 1987, pág. 28.

STOLKINER, A.; Teórico Nº 1 del Primer Cuatrimestre de 1989. Cat. II Salud Pública, Salud Mental. Fac. de Psicología, pág. 5.

STOLKINER, A.; “Supuestos epistemológicos comunes en las prácticas de salud y educación” en Elichiry, N. E. El niño en la escuela. Reflexiones sobre lo obvio. Ediciones Nueva Visión, pág. 196.

TAYLOR, S. J. y BOGDAN, R.; “Introducción a los métodos cualitativos de investigación”, Barcelona, Paidós, 1998.

VALLENAS, C.; Clarín, Lunes 5 de octubre de 1998.

VASCO URIBE, A.; “Estructura y Proceso en la conceptualización de la enfermedad”. Taller Latinoamericano de Medicina Social, Medellín, Colombia, Julio de 1987, pág. 16-18.