

# Representaciones Sociales de la Lactancia Materna



**Relación entre las Representaciones Sociales  
de la Lactancia Materna de las madres  
y el Estado Nutricional de los niños**

**Autor: Ana Errecaborde**  
Licenciatura en Nutrición

**Tutor: Lic. Sergio C. Scacchia**  
**Co-tutora: Lic. Natalia Sordini**  
Departamento de Metodología e Investigación

Universidad FASTA



Facultad de Ciencias de la Salud



DE LA FRATERNIDAD DE AGRUPACIONES SANTO TOMAS DE AQUINO



BIBLIOTECA UNIVERSITARIA  
UFASTA

ESTE DOCUMENTO HA SIDO DESCARGADO DE:

THIS DOCUMENT WAS DOWNLOADED FROM:

CE DOCUMENT A ÉTÉ TÉLÉCHARGÉ À PARTIR DE:



REPOSITORIO DIGITAL  
UFASTA

ACCESO: <http://redi.ufasta.edu.ar>

CONTACTO: [redi@ufasta.edu.ar](mailto:redi@ufasta.edu.ar)

---

*Esperando, el nudo se deshace y la fruta madura.*

Federico García Lorca

Dedico este trabajo:

A mi padre, que donde esté, estará descorchando un vino tinto. ¡Salud Pichón!

A mi madre, Beba, por acompañarme codo a codo en este largo camino con su inteligencia, generosidad y humor.

A mis hijos; Pedro, por impulsarme y enseñarme que todo es posible; Julián por su contención y su paz; Jorgelina por su alegría y sus consejos.

A los 3 por hacerme sentir una madre amada.

Agradezco:

A Ángel por su gran colaboración, estímulo y por creer en mí.

Al Dr. Julio Woscoboinik por su generosidad.

Al Dr. Oscar Cianciarullo y al Cdor. Juan José Gambina, por ser profesores inolvidables.

A todos mis compañeros y compañeras, por disipar la barrera generacional, compartiendo hermosos momentos dentro y fuera de la Facultad

A mi tutor Profesor Sergio Scacchia.

A la profesora Vivian Minnaard por su ayuda y estímulo.

A mi co-tutora, Lic. Natalia Sordini por su generosidad, ayuda y amistad.

A mi compañera del alma, Meli, con la cual compartimos largos años de lágrimas, risas, nervios, logros, fracasos, pizzas, mates, cafés, cigarrillos, charlas, cuadros sinópticos memorizados a la perfección, confidencias, consejos, noches sin dormir, cronogramas de estudio nunca cumplidos, etc, etc, etc.

Dentro del marco del Cartografiado sobre Seguridad Alimentaria y Situación Nutricional de niños de 6 a 24 meses, realizado desde el Departamento de Metodología e Investigación de la Universidad Fasta, se realiza este trabajo de investigación cuyo tema es: “Relación entre las representaciones sociales de la lactancia materna y el estado Nutricional de los niños”.

El objetivo general es identificar las representaciones sociales de lactancia materna que tienen las madres que concurren a los controles pediátricos de los Centros de Salud “ Las Américas”, “Ameghino”, “Newbery”, “Centenario”, “Camet” y “Apand”, en los años 2008 – 2009, y el Estado Nutricional de los niños.

La población son los niños de 6 meses que concurren a los controles pediátricos de seis Centros de Atención Primaria de la Salud: Ameghino, Newbery, Las Américas, Centenario, Camet y Apand.

La muestra es de 41 madres de niños de 6 meses que asisten a los controles de dichos Centros, ya que son ellas los actores sociales protagonistas del amamantamiento y se realiza la indagación de las representaciones en forma grabada para analizarlas con la mayor fidelidad posible.

Se efectúan entrevistas a 5 profesionales de la salud con la misma modalidad para conocer la metodología utilizada con respecto a la estimulación de la lactancia materna.

La investigación es de corte transversal, descriptiva, cuali-cuantitativa.

La finalidad de este trabajo es contribuir a un mayor conocimiento tanto de las madres como de los agentes de salud de las prácticas de amamantamiento.

Al analizar los datos vemos que la mayoría de las madres alimenta a su hijo con lactancia materna y la mitad lo hace de forma exclusiva; En cuanto a los agentes de salud transmiten la información de manera personalizada, ya que no logran realizar charlas informativas por falta de espacio físico dentro de la sala.

En esta investigación, no se encuentra relación entre las distintas variables y el estado nutricional de los niños; esto genera interrogantes para futuras investigaciones, como el relevamiento de datos con respecto a la lactancia, de las madres de los barrios de influencia de los CAPS, que no concurren a los controles y también los motivos de esa ausencia.

Palabras claves: **amamantar – vínculo – nutrición - sistema inmunológico - salud**

Abstract.....	IV
Introducción.....	2
Objetivos.....	5
Capítulo 1	
Lactancia Materna.....	8
Capítulo 2	
Mitos de LM y Técnicas de amamantamiento.....	19
Capítulo 3	
Representaciones Sociales.....	35
Diseño Metodológico.....	47
Variables.....	48
Instrumento.....	52
Análisis de los datos cuantitativos.....	54
Análisis de los datos cualitativos de las madres.....	66
Análisis de los datos cualitativos de los profesionales.....	73
Conclusión.....	81
Bibliografía.....	85



## Introducción

Gran parte de los problemas de morbilidad en niños menores a 1 año en nuestro país, están asociados a condiciones desfavorables de vida y nutrición. La lactancia materna constituye un factor clave para la salud psicofísica de estos niños y, a pesar de que existen programas de promoción de la LM, sólo un pequeño porcentaje del total de los niños, se amamanta en forma exclusiva hasta los seis meses de edad. Esto indicaría que, a pesar de la información que las madres reciben, existen otros factores involucrados en su decisión de amamantar o no a sus hijos. Esto podría estar relacionado con la historia personal de las madres y el contexto en el que viven.

Este trabajo tiene por objetivo relacionar las representaciones sociales de la lactancia materna con el estado nutricional de los niños. Estas representaciones dan lugar a que una madre prolongue la lactancia más allá de los seis meses o la interrumpa antes de esa edad; estas dos opciones influirían en el estado nutricional del niño.

Además, este trabajo tiene por finalidad contribuir a un mejor conocimiento desde el punto de vista de las madres como actores sociales protagonistas del amamantamiento.

Según Adriana Tettamanti:

*“Cuando una mujer se hace madre, una nueva forma de amor la atraviesa y nace a enigmas que intenta descifrar. La dupla madre-bebé actúa en soledad, librada a sus propias capacidades y limitaciones”.*<sup>1</sup>

Refiere que hay una maternidad ideal y una maternidad real. Esto crea una ambivalencia de amor - odio; fascinación - fastidio; entrega - repliegue; retención - desprendimiento; inmediatez - trascendencia; aceptación - rechazo.

Adriana Tettamanti agrega:

*...“Estos sentimientos dignos de la maternidad real, (cuidadosamente ocultos por la maternidad idealizada, y por lo tanto formando parte de “lo no dicho trans - generacional”) son normales y pertinentes”.*<sup>2</sup>

Barros Leite Carvalhaes y col, identifican factores asociados a la lactancia materna exclusiva y los motivos presentados por las madres para la introducción de alimentos complementarios en los primeros 4 meses de vida.<sup>3</sup> La lactancia exclusiva está representada en el 38% de los niños; el 33,4% consumía leche de vaca; el 29,2%

<sup>1</sup> Tettamanti, A. *“Madre-hijo Secretos de un vínculo”* Ed. Deldragón, 2007- Buenos Aires.

<sup>2</sup> Ibid

<sup>3</sup> www.eerp.usp.br/riae Barros Leite Carvalhaes y otros *“Factores asociados a la situación de lactancia materna exclusiva en niños menores de 4 meses en Botacatu-SP”*

té y el 22,4% agua. Las madres justificaron la introducción de leche de vaca por factores relativos a la cantidad/calidad de la leche materna y “necesidad” del niño.

El uso de chupete y relato de dificultad con la lactancia se asociaron a la ausencia de lactancia materna exclusiva.

Así, factores modificables fueron identificados como de riesgo para la interrupción de la lactancia materna exclusiva.

Entre agosto y diciembre de 2002, se realiza en Colombia un estudio “*Representaciones de lactancia en un grupo de mujeres de Cali*”<sup>4</sup>, donde investigaron acerca de conocimientos, actitudes y prácticas de lactancia en zonas marginadas y en instituciones de salud de grandes ciudades colombianas.

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

Las mujeres expresaron significados de la LE en enunciados positivos y negativos que reflejan la construcción social desarrollada sobre el tema. Los significados positivos fueron relacionados con la buena salud del niño en términos de protección inmunológica<sup>5</sup>, de ser leche apta para el bebé, de ofrecer una mejor nutrición, crecimiento, desarrollo, de estrechar el vínculo afectivo entre madre e hijo; ahorro económico.

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

Además, las mujeres relatan los sentimientos que les despiertan en los supermercados y tiendas la infinidad de productos en oferta para alimentar bebés. Se

---

<sup>4</sup> [www.colombiamedica.univalle.edu.co](http://www.colombiamedica.univalle.edu.co) Díaz, C y otros “*Representaciones de lactancia en un grupo de mujeres de Cali*” Año 2002.

<sup>5</sup> La leche materna transmite al bebé, los anticuerpos maternos que lo protegen de las enfermedades más comunes.

percibió como de gran influencia sobre la decisión de las mujeres y de los padres acerca de la “bondad” que se dice tiene la introducción de otros alimentos antes de los seis meses de vida de sus hijos; la publicidad le crea a los padres la “necesidad” de darles compotas, leches sustitutas y otros alimentos semejantes.<sup>6</sup>

Aunque se reconocen significados positivos para iniciar el amamantamiento y mantenerlo por un tiempo, estos parecen ser insuficientes para hacer de la LE, una práctica exitosa.

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

El bebé recién nacido sufre de ansiedad persecutoria,<sup>7</sup> provocada por el proceso de nacimiento y la pérdida de la situación intrauterina. Estos sentimientos se alivian en cierto grado por las diversas medidas tomadas para darles calor, ayuda y bienestar, y particularmente por la gratificación que siente al recibir el alimento y al succionar el pecho. Las relaciones del bebé con su primer objeto, la madre, y con la comida, están desde el principio mutuamente ligadas. Por consiguiente, el estudio de las pautas fundamentales de actitud hacia la comida parece el mejor acceso a la comprensión de los bebés.

Debemos considerar plenamente cada detalle de la forma en que la madre alimenta y trata al bebé.

Como sostiene Klein, M:

*“es de la mayor importancia el trato paciente y comprensivo de la madre desde los primeros días en adelante”<sup>8</sup>...*

Gazali, C<sup>9</sup> presenta en Rosario, un trabajo, donde indica que se propone identificar los significados que atribuyen a la lactancia y a los factores contextuales vinculados al acto del amamantamiento de las madres del barrio Concepción y también a los agentes vinculados con la atención de la madre lactante, como fue el personal de salud residente del Centro de Salud La Concepción y del Hospital Justo José de

---

<sup>6</sup> La publicidad inunda el mercado con productos alimenticios infantiles y crea la “necesidad” a los padres de ofrecer dichos alimentos a sus niños. Por ejemplo, Actimel, Danonino, entre otros.

<sup>7</sup> Klein, M, “Desarrollos en psicoanálisis”. Ed.Hormé 1967.Buenos Aires.

<sup>8</sup> Es conveniente poner al recién nacido al pecho, ya a la primera hora de nacido.

<sup>9</sup>Gazali C, Tesis presentada para la Licenciatura en Nutrición. “Representaciones sociales de Lactancia materna y de las prácticas Institucionales” Rosario. Año 2005

Urquiza, identificando los significados que se atribuyen a las prácticas vinculadas a la promoción de la lactancia.

También se estudian las condiciones económicas, educativas, sociales y sanitarias de la población a partir de la recolección de datos provenientes del Censo Barrial 2001.<sup>10</sup>

La Academia Americana de Pediatría, realiza un trabajo<sup>11</sup> alcanzando la conclusión de que, aunque las presiones económicas, culturales y políticas frecuentemente interfieren en las decisiones acerca de la alimentación del bebé, la AAP adhiere a la posición de que el amamantamiento asegura la mejor salud posible así como los mejores resultados en desarrollo y evolución psicosocial para el niño.

Ante lo dicho anteriormente, surge el siguiente problema de investigación:

¿Cómo se relacionan las representaciones sociales de la lactancia materna con el estado nutricional de los niños que concurren a los controles pediátricos de los Centros de Atención primaria de la Salud de la Municipalidad de General Pueyrredón de Mar del Plata en los años 2008 -2009?

El objetivo general planteado es:

- ✦ Relacionar las representaciones sociales de lactancia materna que tienen las madres que concurren a los controles pediátricos de los Centros de Salud “Las Américas”, “Ameghino”, “Newbery”, “Centenario”, “Camet” y “Apand” de Mar del Plata, en los años 2008 - 2009, con el Estado Nutricional de sus niños.

Los objetivos específicos son:

- ✦ Averiguar la edad de la madre y el grado de instrucción.
- ✦ Indagar la actitud de la madre en la lactancia de sus hijos anteriores.
- ✦ Determinar si la lactancia fue exclusiva o mixta.
- ✦ Averiguar sentimientos asociados al acto de amamantar.
- ✦ Evaluar si la madre realiza otras actividades mientras amamanta.
- ✦ Indagar la presencia de mitos relacionados al acto de amamantar.
- ✦ Determinar percepción de ventajas y desventajas de la leche materna.
- ✦ Identificar la contención familiar y/o institucional de la madre hacia el amamantamiento.

<sup>10</sup> Censo de Evolución demográfica del Gran Rosario. (INDEC)

<sup>11</sup> www.sarda.org.ar Lawrence Gartner y otros. “Alimentación al pecho y uso de leche humana” Rev.Hosp.Mat.inf.Ramón Sardá 2000, 19 (1)

- ✦ Investigar el Estado Nutricional del bebé.
- ✦ Explorar las pautas de lactancia transmitidas por los profesionales de la salud en los CAPS.



# Capítulo 1 Lactancia Materna

Con respecto a la anatomía de la glándula mamaria, esta se ubica por delante de la 3ª a la 7ª costilla, delante de la musculatura torácica y de la aponeurosis pectoral, se extiende en sentido transversal, desde el borde del esternón, hasta la línea axilar anterior, tiene una prolongación axilar, que nace en el cuadrante súpero-externo.

Se puede distinguir un surco submamario, que es un repliegue mantenido por tractos fibrosos; la areola que tiene fibras musculares de disposición radiada y circulares y que posee una superficie irregular por mamelones que corresponden a los tubérculos de Morgagni (glándulas sebáceas).

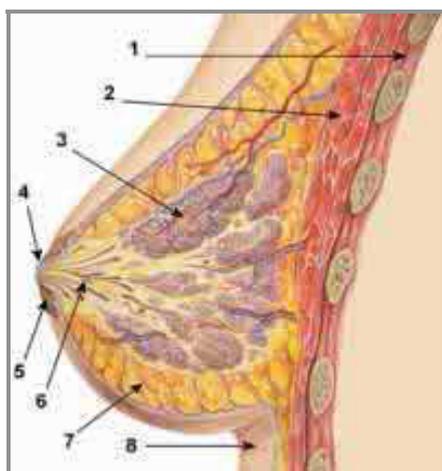
El pezón, normalmente sobreelevado, en el que desembocan 12 a 20 conductos galactóforos.

La mama está constituida por 12 a 20 lóbulos glandulares o acinos y por tejido fibroadiposo.

Los ligamentos de Cooper son tractos fibrosos, penetran en la glándula, rodeando los conductos y conductillos y separando los lóbulos glandulares entre si.<sup>1</sup>

Las mamas comienzan a desarrollarse en la pubertad; este desarrollo es estimulado por los estrógenos<sup>2</sup>, que despiertan el crecimiento de la glándula mamaria y favorecen el depósito de grasa que aumenta el volumen de la misma. Con el embarazo las glándulas aumentan mucho más de tamaño y el tejido glandular se prepara para la secreción de la leche.

Figura N° 1



**Diagrama esquemático de un seno**  
(sección de una hembra adulta humana)

Leyenda:

1. Caja torácica
2. Músculo pectoral
3. Lóbulos
4. Pezones
5. Areola
6. Ducto
7. Tejido adiposo
8. Piel

Fuente: [www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org)

Durante el embarazo la placenta secreta enormes cantidades de estrógenos y todo el sistema de conductos crecen y se desarrollan. Para que las mamas completen dicho desarrollo, interviene también la progesterona<sup>3</sup> que actúa sinérgicamente con los

<sup>1</sup> [www.eco.unc.edu.ar](http://www.eco.unc.edu.ar)

<sup>2</sup> Hormona secretada por los ovarios en respuesta a las dos hormonas adenohipofisarias: foliculoestimulante y luteinizante

<sup>3</sup> Hormona secretada por los ovarios

estrógenos; estas dos hormonas inhiben la secreción de leche, pero, por otro lado la madre secreta prolactina<sup>4</sup> y también la placenta secreta grandes cantidades de somatomamotrofina coriónica humana que también tiene actividad lactogénica.

El líquido que la mama secreta en los primeros días anteriores al parto se llama calostro, el cual contiene las mismas concentraciones de proteínas y lactosa que la leche, pero no contiene grasa.

Una vez producido el nacimiento, desaparece bruscamente la secreción de estrógenos y progesterona y sólo actúa la prolactina que es ahora, el natural estimulador de la producción de leche; en unas semanas el nivel de la secreción de prolactina vuelve al que tenía antes del embarazo, pero la succión del bebé produce señales nerviosas que pasan desde el pezón al hipotálamo y se produce una elevada secreción de prolactina que dura aproximadamente una hora; esta hormona actúa sobre las glándulas mamarias que mantienen la secreción láctea en sus alvéolos para las siguientes mamadas.<sup>5</sup>

El alimento ideal para el recién nacido, es la leche de su madre. En la mayoría de los casos, el aporte de leche llega a ser suficiente si la succión es continuada, incluso en los casos donde al principio parece insuficiente. La lactancia también ejerce un efecto beneficioso sobre la involución<sup>6</sup> del útero, ya que la estimulación repetida de los pezones conduce mediante una liberación de oxitocina<sup>7</sup>, a una estimulación del miometrio.

La mayoría de los medicamentos administrados a la madre, son segregados en la leche. Entre éstos figuran los antibióticos, sulfamidas, la mayoría de los alcaloides, salicilatos, bromuros, quinina, alcohol, y varios catárticos, absorbidos por el tracto intestinal de la madre. La concentración de estos fármacos en la leche no suele ser nociva para el niño, a menos que se administren dosis elevadas o que la terapia se prolongue durante mucho tiempo, recientemente ha causado preocupación el contenido de pesticida DDT en la leche humana y bovina.

El amamantamiento es un acto vital instintivo por el que la madre nutre a su bebé recién nacido con la leche producida por sus mamas.

La composición de la leche materna, la cual contiene todas las proteínas, grasas, vitaminas y demás elementos indispensables para la alimentación del recién nacido, como inmunoglobulinas, que lo protegen contra las infecciones, sigue siendo una fuente importante de nutrientes por lo menos hasta los dos años.

---

<sup>4</sup> Hormona hipofisaria

<sup>5</sup> Guyton, Arthur-Hall, John "Tratado de fisiología médica" Editorial Interamericana. 9na Ed. 1998 Méjico

<sup>6</sup> Retorno del útero al estado de reposo, después del parto.

<sup>7</sup> Hormona liberada por la hipófisis posterior.

Sufre diferentes cambios en su composición, a medida que el niño crece, lo cual incide positivamente en su salud y nutrición.

Por el contrario, la alimentación artificial, genera múltiples problemas en el recién nacido.

Lo importante no es la cantidad absoluta de proteínas, de grasas o de vitaminas que tenga la leche materna comparándola con la de vaca, sino la proporción en que ellas se encuentran en la leche. Dicha proporción debe ser equilibrada y debe responder a las necesidades que tengan los distintos órganos y funciones del cuerpo. Estas necesidades varían de un niño a otro, de una edad del mismo niño a otra edad diferente, de un momento del día a otro y de un momento de la mamada a otro<sup>8</sup>.

Por lo general, cada niño sólo recibe la leche de su propia mamá, la cual se ha adaptado completamente a su edad y a sus necesidades y que las de vaca son leches ordeñadas de muchas vacas que están amamantando a terneros de distintas edades y son ordeñadas en distintos momentos del día.

El término lactancia materna por sí solo es insuficiente para describir los tipos de lactancia; OMS y UNICEF unificaron los términos para la recolección de información<sup>9</sup>:

**Tabla Nº 1 Clasificación de lactancia**

COMPLETA	El lactante es alimentado exclusiva o predominantemente al pecho
EXCLUSIVA	No recibe ningún otro alimento o bebida incluyendo agua, excepto medicinas o vitaminas o gotas de minerales.
PREDOMINANTE	Es amamantado pero también recibe pequeñas cantidades de agua o bebidas a base de agua como el té.
PARCIAL	El niño es amamantado algunas veces y otras recibe alimentos artificiales, ya sea leche o cereales u otro tipo de alimentos.

Fuente: Adaptado de OMS y UNICEF

<sup>8</sup> Guyton, Arthur-Hall, John *“Tratado de fisiología médica”* Ed. Interamericana. 9na Ed. 1998. Méjico.

<sup>9</sup> Busto Marolt, M. *“Nutrición Pediátrica”* Ed. Corpus. 1º Ed. 2004. Argentina

Si uno tiene en cuenta todo lo analizado hasta aquí, la leche materna se encuentra siempre en perfectas condiciones higiénicas, a la temperatura ideal, y que el bebé la puede ingerir aún si la mamá está enferma, embarazada o menstruando.

No siempre tiene la misma composición, sino varía según la edad del niño amamantado, puede ser calostro o leche madura. Si se trata de la leche del comienzo de la mamada o del final de la misma. Si el niño es prematuro o a término.

La secreción de los pechos durante los primeros días después del parto, el calostro, es amarilla y más espesa que la leche madura y contiene más anticuerpos y leucocitos, los cuales se encuentran en una concentración muy alta.

Esto es exactamente lo que el niño necesita en este momento, ya que al nacer se va a encontrar rodeado de muchos virus y bacterias contra los cuales necesita ser protegido. El volumen de calostro que produce la madre es muy pequeño, pero el niño no necesita más. Normalmente, el recién nacido viene con reservas alimenticias y líquidas suficientes para que pueda esperar todo el tiempo que la leche tarde en bajar, excepto en algunos niños de riesgo.

A lo largo de las semanas que siguen al parto, aumenta la cantidad de leche que la madre produce, y la apariencia y la composición de ésta cambian; se vuelve menos espesa y comienza a verse azulosa y aguada. A pesar de su aspecto, cuando está madura contiene todos los nutrientes que el niño necesita para crecer durante los primeros seis meses, sin recibir nada más. Estos nutrientes son de excelente calidad y en suficiente cantidad, para que el niño los siga recibiendo, junto con los alimentos complementarios, por un tiempo largo, hasta los dos años de vida y durante un período más largo, si la madre y el niño así lo desean.

Algunas mamás, al comparar la leche madura con la de vaca y verla menos espesa, creen que no les bastará a sus bebés y comienzan a darles suplementos. La mejor manera de convencerlas es logrando que sus bebés sean pesados con regularidad, para que así se den cuenta qué tan rápidamente y qué tan sano está creciendo su niño.

La del comienzo es la que sale cuando el niño comienza a mamar. Tiene una apariencia acuosa y es de color azulado; como tiene mucho agua, le calma la sed al niño; también es rica en proteínas, vitaminas, minerales y lactosa.

La del final de la mamada es más blanca que la del comienzo, debido a que tiene más cantidad de grasa. Esta grasa hace, de la leche del final, un líquido rico en energía, necesario para que el niño quede satisfecho y aumente de peso satisfactoriamente. Si se retira al niño del pecho muy pronto, éste no obtendrá la del final y no crecerá adecuadamente. Si se cambia a un niño muy rápidamente de un

pecho a otro, sin que haya obtenido la leche del final, sino solamente la del comienzo, el exceso de lactosa recibido puede causarle intolerancia a ésta, lo cual, en algunos casos, puede ser responsable de los cólicos vespertinos que algunos bebés presentan hacia los tres meses de edad.

Además, por su mayor contenido de grasa, la leche del final es rica en vitaminas liposolubles<sup>10</sup>.

La lactancia en un niño prematuro, en comparación con la de un niño a término, provee mayor número de defensas para luchar contra las infecciones, especialmente contra aquellas potencialmente fatales para el recién nacido prematuro, como la enterocolitis necrotizante y la meningitis neonatal.

El contenido de proteínas, sodio, cloro y hierro es mayor en la leche de la madre de un niño prematuro, tal como éste la necesita, que en la leche de una mamá con un niño a término. Por esta razón es altamente recomendable darle únicamente leche materna a un prematuro.<sup>11</sup>

Entre las ventajas de la lactancia materna<sup>12</sup>, se destaca que es nutricionalmente superior a cualquier alternativa, siendo bacteriológicamente segura y siempre está fresca, contiene una diversidad de factores antiinfecciosos y células inmunológicas. Además, es el menos alergénico de todos los alimentos infantiles. Los bebés amamantados son menos susceptibles de ser sobrealimentados; favorece un buen desarrollo mandibular y dental; cuesta menos que las fórmulas infantiles comerciales que están disponibles en el mercado y automáticamente favorece el contacto cercano entre la madre y el hijo.

Imagen N° 1 Contacto madre-hijo



Fuente: Terra.com

---

<sup>10</sup> Vitaminas A, D, E, K.

<sup>11</sup> [www.monografias.com](http://www.monografias.com)

<sup>12</sup> Krause, Marie "Nutrición y Dietoterapia" McGraw-Hill Interamericana, 9na edición 1998, Méjico.

A continuación se presenta una tabla comparativa donde se establecen las diferencias en la composición química de las leches en cuestión.

**Tabla Nº 2- Composición de la leche materna y de vaca por litro**

	<b>Leche materna</b>	<b>Leche de vaca</b>
Kcal	750	624
Proteínas (g)	11	33
Grasas (g)	45	34
Hidratos de Carbono (g)	70	47
Calcio (mg)	340	1211
Fósforo (mg)	140	948
Sodio (mg)	161	499
Potasio (mg)	570	1539
Hierro (mg)	0.2	huellas
Fuente de proteínas	Lactoalbúmina caseína	Caseína
Fuente de grasas	Grasa humana	Nata
Fuente de HdC	Lactosa	Lactosa
Comentario	Proteínas de fácil digestión; adecuada en todos los nutrientes, salvo Vit.D y Flúor	Inadecuada para lactantes de menos de 12 meses de edad

Fuente: Krause, Marie "Nutrición y Dietoterapia"

Es indudable que con el progreso alcanzado en la preparación adecuada de la leche de vaca y la eficacia de los antibióticos, la morbilidad y la mortalidad en los niños no alimentados a pecho ha disminuido; con todo, resulta interesante analizar algunos datos que nos acercan a la conclusión de que todos los niños alimentados por su madre, aunque sea por poco tiempo, se enferman menos que los alimentados artificialmente.

Los doctores Baerlöcher y Berger<sup>13</sup>, en una encuesta realizada en el Hospital de Niños de Basilea, notaron que entre los niños que salieron de su Maternidad en el año 1962, un 20% de los que no recibieron pecho requirió atención médica, en tanto que de los alimentados a pecho sólo un 12%. Se pudo observar anemia en un 18% de los alimentados artificialmente y tan sólo en un 9% de los alimentados a pecho.

<sup>13</sup> Woscoboinik, J. "Psicoprofilaxis de la lactancia materna" Ed. Paidós Buenos Aires, 1972

La incidencia y la severidad de la infección a coli<sup>14</sup> era menor en los prematuros alimentados con leche humana que con los otros tipos de leches de vaca, ácidas o no.

E.L.Robinson y W.L. Thompson<sup>15</sup>, Ohio, Cleveland, señalan que el mayor progreso de los niños alimentados a pecho se debería, más que a las proteínas, a la llamativa diferencia del contenido bacteriano del tracto intestinal y de las heces en ambos grupos. En los alimentados a pecho, las heces son ácidas con predominio de lactobacilo; en los alimentados a leche de vaca, las heces son menos ácidas y existe una flora de bacilos gran negativos tipo coli. El predominio de lactobacilo favorecerá la inhibición de gérmenes patógenos y la absorción de sales de calcio.

Los niños parcialmente amamantados aun sólo 2 ó 3 días, muestran un significativo mayor aumento de peso que aquellos alimentados exclusivamente a biberón; cuando al biberón se le agregó lactobacilo acidófilo, el aumento de peso durante el primer mes fue superior a los del grupo control pero sólo se aproximó y nunca igualó al aumento de aquellos lactantes que habían sido amamantados aunque sea parcialmente.

La leche de vaca tiene un tiempo de permanencia más prolongado en el estómago y mayor duración del tránsito digestivo total; además tiene mayores exigencias secretorias, no tiene lipasa láctea propia, aporta escaso ácido ascórbico y no tiene sustancias inmunitarias.

En cuanto a los aspectos psicológicos, el pezón y la boca: dos palabras; para el recién nacido: la vida. El primer momento de la vida. La primera estación tras el pasaje riesgoso y temible, donde el bebé recibe por primera vez el calor, el alivio y la cordialidad del otro. De allí que esta primera etapa se denomine oral, aunque también es respiratoria y sensorial. Mientras el niño succiona y se alimenta, también respira, coordinando todo esto con la deglución. Comienza a sentir, primero los brazos de la madre que lo sostienen, luego, su mejilla contra el seno, se desarrolla el olfato, succiona, deglute, se alivia, levanta sus ojos, mira y sonríe. La sonrisa que será privilegio exclusivo de él y de su especie.

---

<sup>14</sup> Escherichia coli, bacilo gramnegativo presente en el intestino, causante de diarreas y algunas cepas producen el Síndrome Urémico Hemolítico

<sup>15</sup> Robinson, E. y Thompson, W, "Effect on Weight Gain of the Addition of Lactobacillus Acidophilus to the Formula of Newborn Infants" en Journal of Pediatrics, t 41, n° 4, Año 1952

Durante los seis primeros meses, la succión es la actividad más gratificadora. A través de su “sentido” más desarrollado en ese momento que es precisamente la succión y las funciones alimenticias, el niño no sólo llena su estómago, sino que hace sus primeros aprendizajes de la realidad exterior. El sentimiento inicial de seguridad,

Imagen N° 2 Estímulo de la succión



Fuente: consignaspdf.cl

satisfacción, placer y éxito está estrechamente vinculado a su actividad con la boca. Esta conducta, está relacionada con el lenguaje y otras expresiones de la vida mental. La actividad de la boca alivia la tensión psíquica y establece de un modo importante el vínculo con la madre. A ella están asociadas tres funciones: la alimenticia, la emocional y la intelectual.

Figura N° 3 El vínculo con la madre



Fuente: terra.cl

Cuando el niño se prende al pecho tiene una *gestalt*<sup>16</sup> visomotora que no es la del niño a mamadera. Aquél succiona y al mismo tiempo apoya sus manitas sobre el seno, blando y cálido. El juego en el regazo y con los dedos, que surge de la interacción de la madre y el niño, influye para el desarrollo de los aparatos de autonomía primaria del yo y para el desarrollo de los procesos sintéticos del yo.

El recién nacido necesita para sobrevivir del cuidado estrecho de miembros de su misma especie, de la satisfacción de sus necesidades más elementales: alimento, abrigo, calor. Si bien esto es común a casi todas las especies superiores, lo que varía

<sup>16</sup> Los psicólogos de la Gestalt consideran que los principios de la organización perceptual, no sólo explican nuestras percepciones visuales, sino también nuestras percepciones auditivas y táctiles y procesos superiores como la memoria.

es el tiempo y la calidad de la atención exigida. Entre los animales los hay que nacen tan maduros, que pueden casi inmediatamente defenderse por sus propios medios. En este sentido el hombre nace muy indefenso; abandonado a sí mismo el recién nacido no podría vivir<sup>17</sup>.

La madre africana o la indígena transporta a su hijo pegado a su piel; es la compañía obligada de sus tareas, de sus tristezas, de sus alegrías, de sus canciones. Se ha comprobado que hasta los seis meses de edad y por este vínculo estrecho: pecho al hambre y calor de piel al afecto, el niño africano madura más y se desarrolla mejor que el niño de Inglaterra. Claro que a partir de esa edad, la escasez de proteínas para el niño africano, su miseria y pauperismo, la insuficiencia del pecho como único alimento, determinan que sea sobrepasado notablemente en su desarrollo y salud por el niño occidental.

Las diversas culturas resuelven estas primeras instancias de diferentes formas. Según estudios de Mead, M citada por Woscoboinik, las pautas son determinantes del tipo de relación social adulta. Señala:

*“Las relaciones entre los hombres y las mujeres y entre padres e hijos, constituyen los puntos cruciales de las relaciones humanas. Estas relaciones son transmitidas, ya delineadas conforme a un patrón por la madre de la criatura mientras la amamanta, y el niño, antes de empezar a gatear, y a ha asimilado un estilo de relaciones entre los sexos y ha aprendido a desechar otros estilos.”<sup>18</sup>*

También afirma que el amor a la vida está en íntima relación con las primeras experiencias orales.

Mead, M., realizó un estudio comparativo entre varias culturas tradicionales concluyendo que los pueblos más violentos, son los que privaban a los bebés y niños del contacto físico con los adultos.

Woscoboinik cita también a J.C. Filloux<sup>19</sup>, quien en su estudio sobre la personalidad, dice que la duración de la lactancia y la frecuencia de las mamadas varían de una cultura a otra y que el mundo con que entra en contacto el bebé a través del pecho de la madre no es universalmente el mismo; y éstas diferencias influyen sobre el desarrollo de la personalidad.

---

<sup>17</sup> Woscoboinik, Julio *“Psicoprofilaxis de la lactancia materna”* Ed. Paidós, Buenos Aires, 1972

<sup>18</sup> Mead, Margaret, *“el hombre y la mujer. Un enfoque revolucionario entre ambos sexos”* Buenos Aires, Fabril. Año 1961

<sup>19</sup> Filloux, J.C., *“La personalidad”* Ed. Eudeba, Buenos Aires, Año 1962

En determinadas culturas, el niño es amamantado varios años; en otras, ese lapso se acorta cada vez más. A veces, es alimentado cada vez que llora; otras el bebé es sometido a un estricto régimen de horarios.

Algunas sociedades son indulgentes en las relaciones alimentarias. En otras, el recién nacido debe luchar para obtener suficiente alimento.

En otro orden de cosas, el recién nacido es recibido en la sala de partos, y según el poder adquisitivo de los padres, será llevado a una nursery, separándolo de su madre. Simbólicamente, la nursery es el útero frío e impersonal, esterilizado; con niños dispuestos como la mercadería en un supermercado, con una inmensa ventana donde los padres pueden conocer a su hijo y enterarse de su sexo por el color celeste o rosa de sus cunitas<sup>20</sup>.

Allí hay un reglamento y un reloj, pero muchas veces el bebé llora cuando debe dormir y duerme cuando debe comer; a determinada hora, los niños son “repartidos” según el número de sus habitaciones. La madre recibe de visita a su hijo y se supone que debe comer, a veces él quiere dormir, entonces se le pellizca, se le sacude, se le sopla para poner el pezón en su boca. Si el amamantamiento no tiene el éxito esperado, muchas veces se le ofrece al bebé un biberón, viéndose así dificultada la tan preciada lactancia materna<sup>21</sup>.

Dice Winnicott, citado por Woscoboinik:

*“el bebé que toma el pecho, pronto desarrolla una capacidad para utilizar ciertos objetos como símbolo del pecho y por ende de la madre. La introducción de la mamadera sólo tiene sentido si se presenta como juguete en un momento adecuado, cuando el bebé ya ha tenido experiencias con el pecho”.*<sup>22</sup>

La importancia del amamantamiento en el establecimiento de las relaciones objetales, no reside en saciar el hambre o la sed sino en que pone en contacto al bebé con el cuerpo de la madre. Esto hace posible la lenta autonomía respecto de la madre al imponer y facilitar un intercambio entre las acciones y las sensaciones del cuerpo del niño y las de la madre. Aunque los niños que no se han alimentado al pecho, se desarrollan bastante bien, en el futuro pueden sentir una gran nostalgia por el pecho y aunque el vínculo con la madre sea satisfactorio, hay una gran diferencia en el desarrollo psíquico.

<sup>20</sup> Woscoboinik, J. “*Psicoprofilaxis de la lactancia materna*” Ed. Paidós, Buenos Aires 1972

<sup>21</sup> *Ibid* p.35

<sup>22</sup> Winnicott, D. “*El niño y el mundo externo*” Buenos Aires, Hormé, Año 1965.



Capítulo 2  
**Mitos de la Lactancia Materna  
y Técnicas de Amamantamiento**

Cada año nacen en Argentina 680.000 niños. En todo el mundo, 9.700.000 menores de 5 años mueren anualmente por causas que pueden prevenirse. El 60% de los niños menores de 5 años en países sub-desarrollados mueren por desnutrición. La alimentación exclusiva con leche materna de todos los bebés durante los seis primeros meses de vida permitiría evitar alrededor de un millón y medio de muertes infantiles cada año.

Cada año el 55% de las muertes de los niños pequeños debidas a enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas puede reducirse mediante la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida, y con una alimentación complementaria apropiada mientras se mantiene la lactancia hasta al menos los dos años de edad.

La buena alimentación para lograr un sano crecimiento del recién nacido está ligada incuestionablemente a la información que maneja la madre. Por tal motivo, en la Semana Mundial de la Lactancia Materna -que se lleva a cabo del 1 al 7 de Agosto- la "Liga de la Leche Argentina", organización internacional sin fines de lucro, cuyo objetivo es promover un mejor entendimiento de la importancia de la lactancia materna, informa cuáles son los mitos más comunes que enfrentan comúnmente las mamás que amamantan.

Existen una serie de mitos de la lactancia materna<sup>1</sup>

**Mito 1: *Si un niño no aumenta bien de peso, es posible que la leche de su madre sea de baja calidad.***

Los estudios demuestran que aún las mujeres desnutridas son capaces de producir leche de suficiente calidad y cantidad para suplir las necesidades de crecimiento del niño. En la mayoría de los casos, el escaso peso se debe a la baja frecuencia con que se prende al bebé al pecho, a una mala técnica en la posición o bien se trata de un problema orgánico del niño.

**Mito 2: *Las madres lactantes deben espaciar las tomas para que puedan llenársele los pechos. Si la mujer no siente el pecho lleno, es que no tiene leche.***

El cuerpo de una madre lactante siempre está produciendo leche. Sus senos funcionan en parte como "depósitos de reserva", algunos con mayor capacidad que otros. Cuanto más vacío esté el pecho, más rápido trabajará el cuerpo para reabastecerlo. Cuanto más lleno esté el pecho, más lenta será la producción de leche.

---

<sup>1</sup> [www.ligadelaleche.org.ar](http://www.ligadelaleche.org.ar)

Si una madre espera sistemáticamente a que se le "llenen" los pechos antes de amamantar, su cuerpo puede recibir el mensaje de que está produciendo demasiada leche y, por lo tanto, reducirá la producción.

**Mito 3: *Las madres lactantes deben usar siempre ambos pechos en cada toma.***

Es mucho más importante dejar que el bebé termine de tomar del primer pecho antes de ofrecer el segundo, aunque esto signifique que rechace el segundo durante esa toma. La última leche (que contiene más calorías) se obtiene gradualmente conforme se va vaciando el pecho. Algunos niños, si se les cambia de lado de forma prematura, se llenarán con la leche primera, más baja en calorías, en vez de obtener el equilibrio natural entre la leche primera y la segunda. Como resultado, el niño no se satisfará y perderá peso.

**Mito 4: *El metabolismo del niño se encuentra desorganizado al nacer y requiere que se le imponga una rutina u horario para ayudar a resolver esta desorganización.***

Los niños nacen programados para comer, dormir y tener períodos de vigilia. No es un comportamiento desorganizado, sino un reflejo de las necesidades únicas de cada recién nacido. Con el transcurso del tiempo los bebés se adaptan gradualmente al ritmo de vida de su nuevo ambiente sin precisar entrenamiento ni ayuda.

**Mito 5: *La Lactancia prolongada más allá de los 6 meses del niño carece de valor, ya que la calidad de la leche materna empieza a deteriorarse a partir de los seis meses de vida.***

La composición de la leche materna cambia de acuerdo con las necesidades del niño conforme éste madura. Aun cuando el niño ya es capaz de recibir otro tipo de alimentos, la leche materna es su fuente primordial de nutrición durante los primeros 12 meses. Se convierte en complemento de los alimentos al segundo año de vida y más. Además, el sistema inmunológico del niño tarda entre dos y seis años en madurar. La leche materna continúa complementando y ayudando al sistema inmune mientras el niño la siga tomando.

**Mito 6: *Las madres que amamantan no pueden quedar embarazadas***

El método de amenorrea de la lactancia (MELA) es un anticonceptivo natural. Se basa en la infertilidad natural del postparto, que ocurre siempre y cuando la mujer se encuentre en ausencia de la menstruación y amamantando plenamente, dado que la succión del lactante inhibe la producción de las hormonas necesarias para la ovulación. Para que sea eficaz deben haber transcurrido menos de 6 meses desde el alumbramiento y la lactancia materna debe ser exclusiva sin dejar transcurrir largos períodos entre una alimentación y otra, de día y de noche. Las mujeres que no reúnan estas condiciones deben emplear algún método anticonceptivo, ya que un breve período entre embarazos puede poner en serio riesgo la salud de la madre como la del bebé.

**Mito 7: *Las madres que miman a sus hijos demasiado y los llevan demasiado en brazos los malcrían.***

Los niños a quienes se lleva en brazos a menudo lloran menos horas al día y muestran mayores rasgos de seguridad al crecer.

**Mito 8: *No hay suficiente hierro en la leche humana para satisfacer las necesidades del bebé. Debe suplementárselos rutinariamente.***

No es recomendable la suplementación rutinaria con hierro en menores de 6 meses sanos ya que no solo reduce la absorción del hierro de la leche materna, sino que inhibe el papel bacteriostático de la lactoferrina, pues la satura. Los bebés alimentados a pecho exclusivo no tienen riesgo de anemia ferropénica. La biodisponibilidad del hierro de la leche materna es del 50%, mucho mayor a la de fórmula (7%).

**Mito 9: *Una madre necesita amamantar únicamente, cada tres horas o 7 veces al día para mantener una buena cantidad de leche.***

Cuando una madre amamanta frecuentemente desde que nace el niño, con un promedio de 9,9 veces cada 24 horas durante los primeros 15 días, su producción de leche es mayor, el niño aumenta mejor de peso y la madre amamantará durante un período de tiempo más largo. La producción de la leche ha demostrado estar

relacionada con la frecuencia de las tomas. La cantidad de leche empieza a disminuir cuando las tomas son poco frecuentes o restringidas.

**Mito 10: *Cuando una mujer tiene escasez de leche, generalmente se debe al estrés, la fatiga o el bajo consumo alimenticio y de líquidos.***

Las causas más comunes de leche escasa son: tomas infrecuentes y/o problemas con la colocación y postura del bebé al mamar. Ambos problemas se deben en general a información incorrecta que recibe la madre lactante. Los problemas de succión del niño también pueden afectar de forma negativa a la cantidad de leche que produce la madre. El estrés, la fatiga o la mala nutrición rara vez son causas de baja producción de leche, ya que el cuerpo humano ha desarrollado mecanismos de supervivencia para proteger al lactante en tiempos de hambruna.

**Mito 11: *Una madre debe tomar leche para producir leche.***

Una dieta saludable de verduras, frutas, cereales y proteínas es todo lo que una madre necesita para nutrirse adecuadamente y producir leche. El calcio se puede obtener de una gran variedad de fuentes no relacionadas con los lácteos, como las verduras verdes, semillas, frutos secos y pescados como la sardina y el salmón con espina. Ningún otro mamífero toma leche para producir leche.

**Mito 12: *Chupar sin el propósito de alimentarse (succión no nutritiva) no tiene base científica.***

Aunque las necesidades de succión de algunos niños se satisfacen primordialmente cuando comen, otros niños requieren más succión al pecho, aun cuando hayan acabado de comer hace unos minutos. Muchos niños también maman cuando tienen miedo, cuando se sienten solos o cuando algo les duele.

**Mito 13: *Algunos niños son alérgicos a la leche materna.***

La leche materna es la sustancia más natural y fisiológica que el niño puede ingerir. Si el bebé muestra signos de sensibilidad relacionadas con la alimentación, en general se deben a alguna proteína ajena que ha logrado entrar a la leche materna, y

no a la leche materna en sí. Esto se remedia fácilmente eliminando el alimento ofensivo de la dieta materna durante un tiempo.

Entre las técnicas de amamantamiento, las más importantes son, cómo elegir el mejor momento para amamantar, estimular la adaptación del bebé y su mamá en los primeros días posparto, la higiene y la postura para amamantar.

La lactancia materna es lo más importante para los niños y para sus madres, por motivos relacionados con la salud, nutricionales, inmunológicos y psicológicos. A través de la historia, las mujeres se han ayudado entre sí a dominar este arte de la lactancia y además se han desarrollado programas para la formación de los profesionales de la salud; las madres y los padres deben tener acceso a una información objetiva y completa acerca de las prácticas apropiadas de alimentación, libres de toda influencia comercial. Deben conocer el período recomendado de lactancia natural exclusiva y continua, el momento de introducir los alimentos complementarios, qué alimentos deben utilizar, en qué cantidad, con qué frecuencia y cómo proporcionarlos de forma inocua. Los profesionales de la salud, deben coordinarse para proporcionar apoyo especializado y cuidados completos a la embarazada antes del parto, para ayudarlos en la práctica alimentaria y a prevenir y superar las dificultades que se presenten. Los médicos, enfermeras, pediatras, nutricionistas y trabajadores sociales, deberían formar parte integrante no sólo de la atención regular prenatal, obstétrica y postnatal, sino también de los servicios que se prestan a los lactantes sanos y a los niños enfermos. En las políticas sanitarias de todos los países debería existir una atención integral basada en la evaluación minuciosa de las necesidades de cada madre que amamanta, así como el fomento de un entorno en el que se protejan, se estimulen y se apoyen prácticas apropiadas de alimentación del lactante.<sup>2</sup>

La succión es una característica vital para la supervivencia de los mamíferos. Tomar el pecho es diferente que tomar el biberón; la leche pasa de la madre al niño mediante la combinación de una expulsión pasiva,<sup>3</sup> reflejo de eyección o “subida de la leche” y una extracción activa por parte del bebé, la succión<sup>4</sup>. Por efecto de la oxitocina, la leche es expulsada de los alvéolos mamarios y se acumula en los senos galactóforos; de ahí debe extraerla el bebé, colocando la lengua debajo de dichos senos. La boca debe estar muy abierta, los labios evertidos formando un ángulo de casi 180° y la totalidad del pezón y una buena porción de la areola dentro de su boca. La lengua debe estar sobre las encías e incluso sobre el labio inferior, por lo que el

---

<sup>2</sup> Medina Santana R., Estévez González M., Aguilar Cordero M., “*Lactancia Materna*”, Ed. Elsevier, 2005, España.

<sup>3</sup> Salida de la leche provocada por la secreción hormonal, sin mediar la succión del bebé.

<sup>4</sup> Ibid p 121

pezón queda más cerca del labio superior que del labio inferior. Durante la succión, se produce un movimiento de la lengua en forma de ondas peristálticas de presión que se inician en la punta y se desplazan hacia atrás, exprimiendo la leche almacenada en los senos galactóforos; al mismo tiempo, la baja presión relativa que queda tras su paso atrae más leche del interior de la glándula, que vuelve a llenar los senos. Tras algunos ciclos de succión, se acumula en la orofaringe la cantidad de leche suficiente para desencadenar el reflejo de deglución. Para esto, el bebé debe agarrarse al pecho de forma eficaz.

Al comenzar a mamar el bebé mueve rápidamente la musculatura peribucal, sin hacer ruido con los labios, para estimular el pezón y desencadenar el reflejo de eyección. Una vez que empieza a salir la leche, el ritmo de succión cambia; los movimientos son más lentos y más amplios y afectan a la mandíbula y a la inserción craneal de los músculos temporales. Las mejillas no se hunden, sino que protruyen. Cada varias succiones, se escucha el sonido del bebé al tragar.

La capacidad de succión se desarrolla en el feto durante el segundo trimestre del embarazo. Con la ecografía, se ha visto la coordinación entre la succión y la deglución como un movimiento de la laringe. Los bebés a término, tienen dicha coordinación instaurada desde las primeras horas de vida. A lo largo de la toma, la relación entre succión y deglución, va cambiando. La deglución tiene lugar en la pausa entre espiración e inspiración, y esto depende de la cantidad de leche disponible. En los bebés pretérmino, ese reflejo no está maduro, aunque depende de la edad gestacional, lo que puede representar problemas con la alimentación de leche por la boca en los primeros días posparto.<sup>5</sup>

La leche materna se asocia con una respiración más regular en comparación con el niño alimentado con fórmula. La coordinación entre la respiración y la deglución mejora con el aumento de la disponibilidad de leche. Los recién nacidos pueden succionar inmediatamente después del parto, y toleran mejor esa leche materna conocida como calostro, pues se mantiene el patrón fisiológico de la respiración. La succión inadecuada puede afectar la producción de leche, pero puede mejorarse con una técnica eficaz.

La colocación del bebé en una posición incorrecta puede provocar una serie de problemas, como por ejemplo, que la boca no abarque todo el pezón, y al no poder extraer la leche con la lengua, el bebé se ve obligado a aspirar el vacío; sus mejillas se hunden y efectúa una fuerza superior a la normal, por lo que hace ruido con chasquidos de los labios; el labio inferior se vuelve hacia dentro y no cambia el ritmo de succión, sino que continúa con los movimientos rápidos de sus labios; la lactancia

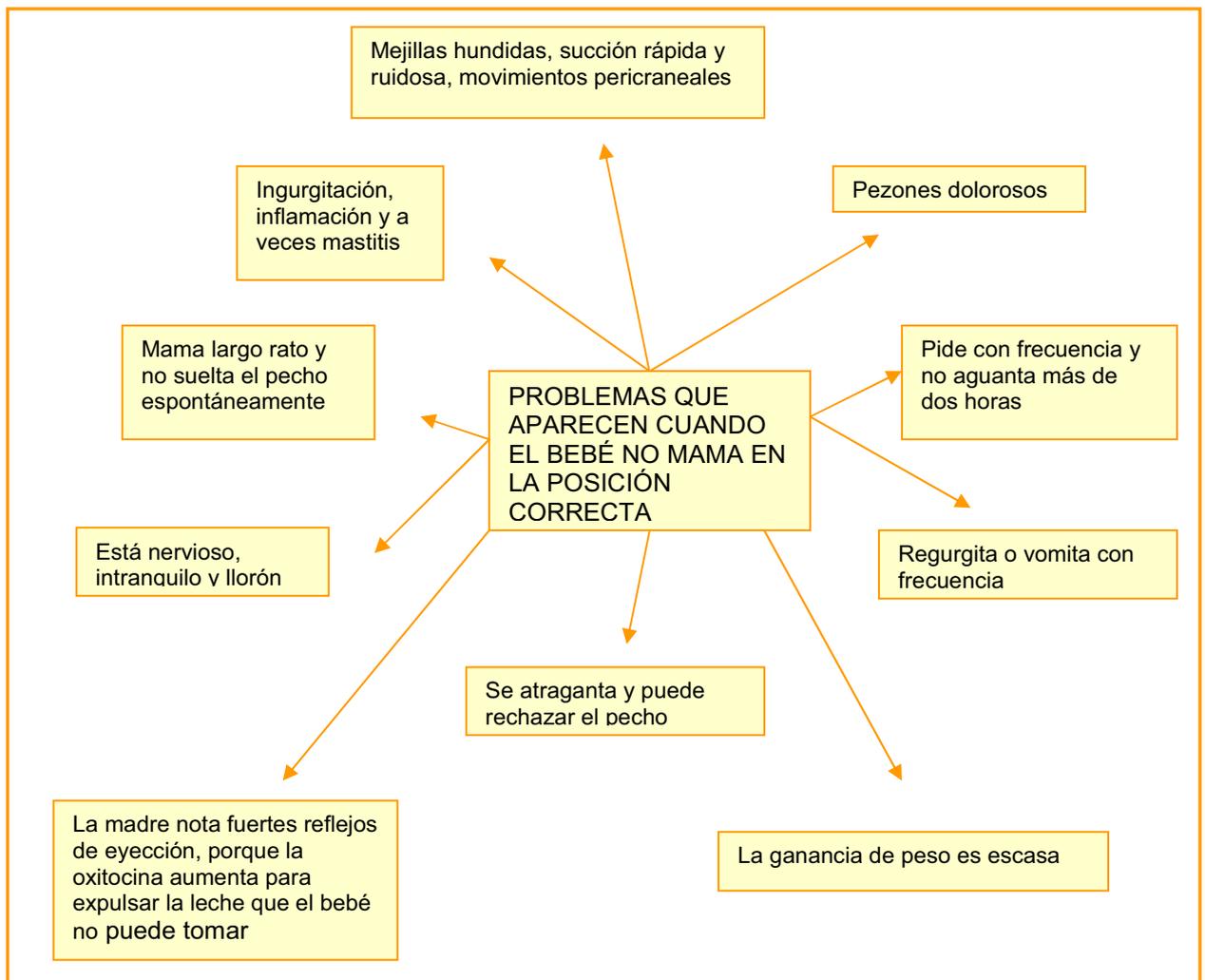
---

<sup>5</sup> Medina Santana R., Estévez González M., Aguilar Cordero M., Ob.cit. p. 121

normal no suele producir más ruido que el de la deglución. La leche inicial, pobre en grasas, sale sin esfuerzo por la acción de la oxitocina; la extracción de la leche final, es rica en grasas y calorías, requiere una succión adecuada. La extracción no tiene lugar por succión, sino por los movimientos peristálticos de la lengua, que aprieta hacia arriba para exprimir los senos galactóforos, situados bajo la areola.

Cuando el bebé no mama en la posición correcta, aparecen una serie de problemas:<sup>6</sup>

Diagrama N° 1 Problemas cuando se amamanta en una posición incorrecta



Fuente: Adaptado de Kitzinger, S.

Sería conveniente evitar los horarios rígidos de alimentación y tratar que el recién nacido tome cuando él lo pida, lo que asegura una succión más fuerte y un vaciamiento completo de la mama. Tampoco se debería limitar la duración de la toma para no impedir que el niño tome la leche del final de la tetada, que tiene una mayor concentración de grasas.

<sup>6</sup> Kitzinger, S. "Cómo amamantar a tu bebé". Madrid Ed. Interamericana 1998.

Esto es difícil de conseguir, mientras la madre y el niño están hospitalizados, ya que el personal hospitalario tiene normas estrictas, sobre todo cuando el recién nacido está fuera de la habitación. Por eso es aconsejable que el personal tenga un estrecho contacto con la madre lactante y faciliten y ayuden a solucionar los pequeños problemas que pueden surgir en la lactancia, sobre todo en madres primerizas.

**Tabla 3. Aspectos a considerar sobre el amamantamiento<sup>7</sup>**

Cuando empezar a amamantar	La lactancia materna no es una habilidad innata; requiere un aprendizaje. Los dos requisitos más importantes para el éxito son: alimentación a demanda y postura adecuada para dar el pecho. Se debe poner el bebé al pecho inmediatamente después del parto. La primera puesta al pecho tiene varios inconvenientes: el bebé tiene una fase de sueño y disminuye el reflejo de succión y la madre entra en una fase de cansancio luego del esfuerzo del parto. Dar biberón en las primeras horas, reduce el impulso de la succión del pecho.
Primeros días posparto	Son días de adaptación del bebé y su madre. El estrés puede interferir en la subida de la leche, por lo que la madre debe relajarse y tomarse el tiempo necesario. Debe hacerse en un ambiente tranquilo y con una posición cómoda; asegurarse que el bebé agarra el pecho y no el pezón.
Higiene para el amamantamiento	La única higiene necesaria es una ducha diaria. La piel del pezón está equipada con glándulas que lubrican con aceites naturales. El pezón debe ser humedecido antes de colocarse el bebé al pecho.
Postura para amamantar	Para los primeros días se recomienda la postura de acostada. La madre se acuesta de lado, apoya la cabeza y la espalda en la almohada y el bebé se coloca acostado frente a ella, para que puedan tener contacto visual. La segunda posición es la sentada clásica; es la postura más tradicional, más utilizada y más cómoda. Se apoya la espalda en una silla con respaldo, se inclina el cuerpo ligeramente hacia delante, de manera que el pezón caiga dentro de la boca del bebé. Otra posición no tan usada es la sentada inversa: se coloca al bebé a un lado, apoyado sobre una almohada, con su vientre sobre las costillas de la madre, Está recomendada cuando los pechos son grandes y después de una cesárea, así como para amamantar gemelos.

Fuente: Aguilar Cordero M.

El momento ideal para poner al bebé al pecho, es inmediatamente después del parto, mediante el contacto inicial precoz. Después del nacimiento existe un período de tiempo conocido como *período crítico*, en el que el recién nacido está receptivo y despierto, con un reflejo de succión fuerte; es en ese momento cuando se debe aprovechar para iniciar el primer contacto entre la madre y el niño. Si se pierde ese momento, el recién nacido entra en una etapa de letargia o sueño y puede perder todo deseo de succión durante las 24 horas siguientes y parecer desorientado cuando se intenta ponerlo al pecho o puede protestar o enojarse. Este período empieza a los 20-30 minutos después del parto y dura unas 2 horas. Este primer contacto del bebé con los pezones, estimula la liberación de las hormonas de la subida de la leche.

<sup>7</sup> Aguilar Cordero, R y otros, *Lactancia Materna*, Ed. Elsevier, 2005, España.

*Lo ideal es empezar a dar el pecho lo antes posible.* Es aconsejable que la mamá y su hijo puedan permanecer juntos para facilitar la alimentación a demanda; esa no consiste en alimentar al niño cada vez que lllore, sino en aprender a reconocer cuando “pide”.

Imagen N° 4 Rechazo del pecho



Fuente: [zgz-propartonatural.com](http://zgz-propartonatural.com)

Si se espera a que el niño lllore, el exceso de hambre puede dificultar la puesta al pecho; lo importante es reconocer las señales que indiquen que está interesado en mamar; esas pueden ser, llevarse las manos a la boca, estirarse, gesticular como si iniciara un bostezo y bracear. Se observa que succiona con fuerza y, al tocarle la boca o mejilla, se gira buscando el pezón, lo agarra y hociquea.

Los primeros días después del parto, tanto la madre como el bebé comienzan a aprender uno del otro y pueden darse algunos pasos equivocados hasta encontrar el ritmo adecuado. Conviene que la madre elija un ambiente apacible, se coloque en una posición cómoda y no se apure; levante al bebé para darle el pecho antes de que se ponga impaciente, y relajarse. Es conveniente tener un vaso con agua o jugo al lado para beber si tiene sed. La energía que se requiere para comprar, esterilizar, preparar, calentar, y dar biberones es mayor de la que se necesita para llevar al bebé al pecho, abrazarlo y dejar que fluya la leche.

La comodidad física de la madre mientras lacta es importante. Es posible que tienda a desvalorizar su incomodidad ante las necesidades del bebé. Puede que algunas posturas que le resulten cómodas más adelante no lo sean al principio, sobre todo si tiene suturas perineales, o ha recibido anestesia epidural o raquídea.

Uno de los momentos más importantes del amamantamiento es el de la colocación del bebé, puesto que de una mala fijación, puede derivarse en pezones dolorosos, congestión, leche insuficiente, mastitis, conductos obstruidos, abscesos en el pecho y un bebé que llora de hambre continuamente.

Imagen N° 5: Posiciones de la madre para amamantar

 <p style="text-align: center;"><b>Acostada</b></p> <p>Fuente: profeblog.es</p>	 <p style="text-align: center;"><b>Sentada clásica</b></p> <p>Fuente: semujer.com</p>	 <p style="text-align: center;"><b>Invertida</b></p> <p>Fuente: lima.oxl.com.pe</p>
 <p style="text-align: center;"><b>Para amamantar gemelos</b></p> <p>Fuente: mujerglobal.es</p>	 <p style="text-align: center;"><b>No convencional</b></p> <p>Fuente: crecebebe.com</p>	

El cuerpo del niño debe estar muy próximo al de su madre, “vientre contra vientre”, la cabeza y los hombros de frente, el labio superior y la nariz a la altura del pezón. No debe girar la cabeza ni mirar el techo, porque se dificulta el agarre. Es conveniente que la cabeza y la espalda del bebé, descansen sobre el antebrazo de la madre, no en el hueco del codo. Las nalgas del bebé deben estar apoyadas para que una mala posición no dificulte que el pezón penetre en su boca. Una vez preparados, la madre dirige el pecho hacia el tercio superior de la boca del bebé, porque más abajo, la lengua puede entorpecer la entrada. La palma de la mano y los cuatro dedos se colocan debajo del seno, para apoyarse sobre las costillas. El pulgar, por encima del mismo, un poco alejado del pezón, para no comprimirlo y con un brazo se acerca todo el cuerpo del niño al torso de la madre. No es conveniente presionar con los dedos ya que se estira el pezón y se impide al niño acercarse lo suficiente para mantener el pecho dentro de su boca. Si el bebé está bien agarrado, se notará el movimiento rítmico de las mandíbulas, y sus mejillas no se hundan hacia dentro. La encía comprime los senos galactóforos, situados debajo de la areola, lo que facilita la

extracción de leche sin producir dolor. Las primeras chupadas, que estimulan la secreción de oxitocina, son rápidas y superficiales. Cuando la leche empieza a fluir, el ritmo de succión cambia, se hace más lento y profundo, con pausas intercaladas y el movimiento se centra en la parte posterior de la mandíbula hasta llegar a las orejas. La mayoría de los bebés se agarran bien enseguida, algunos son lentos para asociarlo con el movimiento de succión; en este caso, lo mejor es retirarle el pecho y volver a intentarlo. Cuando ha tomado suficiente, el bebé lo suelta espontáneamente, tras lo cual, hay que levantarlo para que expulse el aire. Luego se ofrece el otro, que no siempre aceptará. Si se queda dormido sin dejar el pecho, la madre deberá introducir su dedo meñique en la comisura de los labios y abrir la boca del bebé para romper el vacío y permitir que suelte el pezón, para no lastimar el tejido de la mama y los pezones. Conviene alternar el pecho que se ofrece en primer lugar en cada toma, para lograr una buena estimulación del pezón y un adecuado vaciamiento.

Los motivos más frecuentes de problemas para que el bebé se agarre al pecho son los siguientes:

**Tabla Nº 4. Dificultades para agarrarse al pecho**

Pechos demasiado llenos	Impiden que el bebé se agarre al pezón. Conviene vaciarlos un poco antes de la toma.
Reflejo de eyección Demasiado intenso	El niño se atraganta; se deben hacer pausas durante la toma.
Dificultad para respirar por la nariz	Si está resfriado, se deben hacer lavados nasales con suero fisiológico.
Se ha acostumbrado Al biberón	Hay que eliminar esa práctica.
Mal sabor en la leche	Por algún alimento ingerido por la madre: ajo, cebolla, alcauciles, espárragos, tabaco. Se deben evitar durante la lactancia.
Reaparición de la menstruación	Este rechazo desaparece en pocos días
Rechazo de un solo pecho	Se puede usar una pezonera y utilizar la postura de sentado inversa.
El niño es demasiado perezoso	Se lo debe acariciar, empujar la barbilla hacia arriba y en las pausas, estimular de nuevo la succión.
Está muy excitado	Hay que calmarlo, darle palmaditas en la espalda; cambiarle el pañal puede tranquilizarlo; juntar su cara con la de la madre y susurrarle. Ofrecerle el pecho en una habitación tranquila, sin gente, con luz tenue y sin ruidos.

Fuente: Elaboración propia

La alimentación a demanda se recomienda en el primer mes de vida, porque el bebé necesita alimentarse muy a menudo. La cantidad es regulada por su apetito. Muchas madres pueden desesperarse al creer que este ritmo de tomas lo tienen que llevar durante muchos meses. A partir del primer mes, el propio bebé organiza su horario espontáneamente, generalmente a una toma cada dos horas. Estos niños que

regulan por sí mismos la frecuencia de las tomas, ganan más peso y son amamantados por más tiempo que aquellos a los que se les impone un horario rígido. Todo resulta más fácil, cuando la madre aprende a interpretar los deseos de su hijo.

Algunos tienen suficiente con las tomas recibidas durante el día y descansan de noche durante 5-6 horas; otros se despiertan porque tienen hambre. Los niños alimentados al pecho, tienden a tomar de noche, ya que la leche materna se digiere más rápido y la cantidad ingerida es menor en cada toma. Si llora de madrugada porque tiene apetito, se le debe dar el pecho. No se debe calmarlo con otros métodos distintos a darle el pecho. Normalmente el niño de 3 meses deja de pedir tomas nocturnas. Por otro lado, estas tomas previenen la ingurgitación<sup>8</sup> mamaria, al no pasar tanto tiempo sin vaciar la leche del pecho. Ayudan a prevenir la hipogalactia<sup>9</sup>, porque cuantas más tomas haga el lactante, más se estimula la producción.

Ayudan a retrasar la ovulación, lo que es útil como método anticonceptivo. Permiten un contacto íntimo entre la madre y el niño, que a veces no es posible durante el día.

Existen diferentes caminos de las madres con respecto a la lactancia: uno, es el camino de la duda y la inseguridad; “seguramente mi leche no sirve”, “no tengo suficiente”, “no le gusta” y esta actitud, conduce a un posible fracaso. Otro es el de la actitud positiva, donde no cuentan las barreras, los problemas o las actitudes ajenas. Aquí, seguramente la madre está convencida de que es lo mejor para su hijo y ante una crisis, aprende, crece y tiene éxito.

Por último, es útil que las madres sepan extraer su leche para que, si se encuentran lejos de sus hijos, otra persona pueda darle la toma; además los pechos congestionados se alivian si son vaciados. La madre debe lavarse las manos con agua caliente y jabón antes de manipular los pechos o el recipiente donde se colocará la leche extraída. Los materiales deben ser esterilizados; la posición debe ser cómoda y el ambiente tranquilo y relajado y con privacidad. Durante la extracción, es conveniente que tenga algo que le recuerde al niño; y siempre que sea posible, tener al bebé en contacto “piel con piel”, durante la extracción ya que se ha demostrado que así mejora la producción de leche materna. Antes de la extracción se deben colocar compresas calientes sobre las mamas, darse una ducha caliente, o introducir el pecho en un recipiente con agua caliente y realizar un pequeño masaje.

Se debe evitar apretar y exprimir el pecho porque se pueden provocar hematomas; resbalar las manos sobre el pecho puede causar irritación de la piel; tirar hacia fuera el pezón y el pecho, puede dañar los tejidos.

---

<sup>8</sup> Repleción

<sup>9</sup> Disminución en la producción de leche

La extracción puede ser manual o con bombas eléctricas, que actualmente son muy cómodas y eficaces.

El Ministerio de Salud de la Nación, recomienda que los niños sean amamantados con lactancia exclusiva hasta los seis meses de vida y que luego, comiencen a introducir alimentos en su dieta, sin abandonar la lactancia materna. Esta forma de alimentación debe extenderse hasta los dos años o más.

Para conocer la situación en nuestro país, desde la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, se recolecta información generada por todas las provincias argentinas, sobre indicadores relacionados con las prácticas de lactancia materna, con el objeto de comparar la situación actual con las recomendaciones nacionales e internacionales. Este relevamiento tiene como objetivo estimar la prevalencia de la lactancia materna exclusiva, parcial, completa y destete de los niños de 0 a 12 meses de vida.

La Dirección Nacional realiza capacitaciones para la recolección de datos y su posterior carga en el programa informático LACMAT. La encuesta tuvo lugar entre el 2 de enero y el 10 de octubre de 2007. Los datos de la ciudad de Buenos Aires fueron de 2006. Cada provincia realiza la carga en el programa informático y luego lo envía al Ministerio de Salud de la Nación.

Se consultaron madres de niños de hasta 2 años, sobre la ingesta de leche materna, otros tipos de leche, otros líquidos y otros alimentos durante el día anterior a la encuesta.

La muestra fue de 28.874 encuestas realizadas en hospitales (38%), en APS (47%) y lugares no especificados (15%).

**Tabla 5 Indicadores de Lactancia Materna según edades, total país**

<b>INDICADOR</b>	<b>2 meses</b> %	<b>4 meses</b> %	<b>6 meses</b> %	<b>12 meses</b> %
LM Exclusiva	57	46	36	No aplicable
LM Predominante	4	7	7	No aplicable
LM Completa	61	53	44	No aplicable
LM Parcial	29	33	44	61
Destete	10	14	13	34

Fuente: Documento de resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Año 2006.

Se observa, que el 57% de los niños de 2 meses de edad reciben leche materna de forma exclusiva y que con el correr de los meses, el porcentaje baja. Lo mismo se aprecia en la lactancia materna completa.

En el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el Plan Federal de Salud, se definieron objetivos para el año 2007, para disminuir la mortalidad de menores de 5 años y la mortalidad infantil. Dichos objetivos fueron incrementar al 45%

la prevalencia de LM exclusiva al 4º mes, y mantener la prevalencia de LM completa hasta el 6º mes en un 35%.

Estos objetivos fueron superados en el 2007, contribuyendo a aumentar la calidad de vida, a mejorar el crecimiento y desarrollo de los niños y a reducir la mortalidad infantil.

Bajo el lema de la semana de la lactancia materna del 2007:

*"Empezar a amamantar desde la primera hora de vida ayuda a vivir. Puede salvar cada año un millón de niños"<sup>10</sup>,*

los equipos de salud, trabajan sostenidamente fomentando y acompañando el inicio temprano de la lactancia materna y su mantenimiento hasta el 2º año o más, promoviendo una adecuada alimentación complementaria que no interfiera con el amamantamiento.

Según los datos de la ENNyS<sup>11</sup>, el 95% de los niños inician la LM sin presentar diferencias según condiciones socioeconómicas ni según regiones del país.

Ese porcentaje disminuye a medida que el niño crece debido a razones no médicas que podrían ser evitadas con el trabajo y la contención del sistema de salud.<sup>12</sup>

Asimismo, la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud conjuntamente con UNICEF/OPS/OMS, y con la Comisión asesora de LM del mismo Ministerio, promueve desde 1994 la adopción de prácticas adecuadas en los servicios de salud para favorecer el inicio precoz de la lactancia materna, mediante la capacitación y asistencia técnica en el marco de la Estrategia de Hospitales Amigos de la Madre y el Niño. Hasta el momento, hay 56 Hospitales Amigos en todo el territorio nacional.

---

<sup>10</sup> Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. 2007.

<sup>11</sup> Encuesta Nacional de Nutrición y Salud.

<sup>12</sup> Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Documento de Resultados. Año 2006. Buenos Aires.

Para lograr el sostenimiento de la LM, sorteando los obstáculos que se pueden presentar en los primeros años de vida del niño, La dirección Nacional de salud Materno Infantil del Ministerio de Salud desarrolla estrategias para la promoción de la correcta alimentación del niño; en la capacitación en consejerías en LM y en alimentación infantil; y en la Educación Alimentaria a la población general.

**Tabla 6: Motivos de abandono del amamantamiento, según edad, total país**

	Edad en meses					
	0/3	4/6	7/9	10/12	13/18	19/24
Motivo Referido	%	%	%	%	%	%
Me quedé sin leche	54	47	26	14	11	2
El bebé dejó solo	6	13	20	15	17	7
Tuve que salir a trabajar	7	15	12	11	10	1
Me lo indicó el médico	5	4	10	13	15	27
El bebé no aumentaba de peso	9	6	5	6	9	21
Me enfermé	8	4	6	11	9	9
Quedé embarazada	1	2	7	10	17	14
Decisión materna	2	1	3	6	5	24
El bebé se enfermó	3	3	5	4	1	0
Ya era grande	0	0	3	4	13	11

**Fuente: ENNyS. Documento de Resultados. 2006.**

Todo esto contribuye a aumentar el conocimiento entre los profesionales de la salud y en el público en general sobre la importancia de la LM y una alimentación complementaria oportuna y adecuada que no interfiera con la misma.



Capítulo 3  
Representaciones Sociales

El concepto de representaciones sociales, según Ibáñez, T. citado por Moscovici, S<sup>1</sup>, señala que su complejidad es la articulación de diversas características que difícilmente se pueden integrar en una sola unidad, sin dejar flexibilidad en sus interconexiones.

En este sentido dicho concepto relaciona varios aspectos que acercan a la comprensión de la realidad de las otras personas, como la experiencia personal, el sistema cultural en el que se desenvuelven, la sociedad y el grupo social con el que se relacionan.

Jodelet, D<sup>2</sup>, considera que la noción de representación social involucra lo psicológico o cognitivo y lo social, fundamentando que el conocimiento se constituye a partir de las experiencias propias de cada persona y de las informaciones y modelos de pensamiento que recibimos a través de la sociedad. Vistas desde este ángulo, las representaciones sociales surgen como un proceso de elaboración mental e individual en el que se toma en cuenta la historia de la persona, su experiencia y construcciones personales propiamente cognitivas.

Al respecto, Álvarez, M<sup>3</sup>, señala que las representaciones sociales articulan campos de significaciones múltiples, y que son heterogéneas. Llevan las trazas de los diferentes lugares de determinación, pueden articular elementos que provienen de diferentes fuentes que van desde la experiencia vivida hasta la ideología reinante. Son una forma de conocimiento que tiene un carácter colectivo e individual, esto coloca a las representaciones en dos universos teóricos relacionados con las determinaciones sociales y con la conceptualización. Es importante mencionar que la aprehensión de la realidad se construye a partir de la propia experiencia de las personas pero a la vez de la interacción que establece con otras, por lo que puede decirse que el conocimiento que se adquiere en este proceso es construido y compartido socialmente. En esta afirmación encontramos que en la persona influye lo que la sociedad le transmite a través del conocimiento elaborado colectivamente y que esto incide en cómo se explica la realidad y cómo actúa.

---

<sup>1</sup> Moscovici, Sergej; *“Psicología Social”* Tomo II, *Pensamiento y Vida social. Psicología Social y problemas sociales*. Ed. Paidós, Barcelona, España. Año 1993

<sup>2</sup> Ibid

<sup>3</sup> Ibid

Jodelet, D, coincide con esta idea cuando define las representaciones sociales como:

*"Una forma de conocimiento socialmente elaborado y compartido orientado hacia la práctica y que concurre a la construcción de una realidad común a un conjunto social".<sup>4</sup>*

Lo social se puede interpretar de varias maneras, por medio del contexto concreto en que se sitúan las personas, por la comunicación que se establece entre ellas, y por los marcos de aprehensión de valores, culturas, códigos e ideologías relacionadas con el contexto social en que se encuentran inmersas.

Vistas de esta forma, las representaciones sociales se relacionan directa y exclusivamente con el sentido común de las personas, debido a que parte de la propia realidad de los seres humanos. Asimismo, son producto social y, por lo tanto, el conocimiento generado es compartido colectivamente.

Yañez, J<sup>5</sup>, concuerda con esta apreciación puesto que considera que aparte de las realidades estrictamente personales, existen realidades sociales que corresponden a formas de interpretación del mundo, compartidas por todos los miembros de un grupo en un contexto dado.

La realidad social es una realidad construida y en permanente proceso de construcción y reconstrucción. En este proceso, que podría decirse que es a la vez cultural, cognitivo y afectivo, entra en juego la cultura general de la sociedad pero también la específica en la cual se insertan las personas, las que en el momento de la construcción de las representaciones sociales se combinan. Esto nos indica que toda persona forma parte de una sociedad, con una historia y un bagaje cultural, pero a la vez pertenece a una parte de la sociedad en donde comparte con otras ideologías, normas, valores e intereses comunes que de alguna manera los distingue como grupo de otros sectores sociales.

Desde otro punto de vista, las representaciones sociales se gestan en la vida cotidiana y el conocimiento que se obtiene por medio de éstas, se refiere a los temas de conversación cotidianos de los seres humanos.

No representan simplemente opiniones "acerca de", "imágenes de" o "actitudes hacia", sino teorías o ramas del conocimiento para el descubrimiento y organización de la realidad. Son un sistema de valores, ideas y prácticas con una doble función: primero, establecer un orden que permita a los individuos orientarse ellos mismos y

<sup>4</sup> Moscovici, Sergei "*Psicología Social*" Tomo II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Ed. Paidós, Barcelona, España. Año 1993.

<sup>5</sup> Op Cit

manejar su mundo material y social; y, segundo, permitir que tenga lugar la comunicación entre los miembros de una comunidad, proyectándoles un código para nombrar y clasificar los aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal.

La representación puede ser considerada, en sentido amplio, como un modo de organizar nuestro conocimiento de la realidad, que está construida socialmente. Este conocimiento se elabora a partir de nuestros propios códigos de interpretación, culturalmente marcados, y en este sentido constituye en sí un fenómeno social. Desde este punto de vista, el proceso de representación introduce un carácter de diferenciación en las lógicas sociales y en los rasgos individuales, dando lugar a una reconstrucción de la realidad, integrando de manera específica la dimensión psicológica y la dimensión social.

Admitir la hipótesis de un pensamiento social, implica no solamente la asunción de un pensamiento que es colectivo o comúnmente compartido, cosa que bien podría sostenerse desde los trabajos de la cognición social; implica sobre todo admitir que ese pensamiento es socialmente construido en su forma, su contenido y su evolución.

Por ello, las representaciones sociales designan una forma de conocimiento específico, que es el saber de sentido común, en el que los contenidos remiten a procesos generativos y funcionales, y designan una forma de pensamiento social.

Analizar el conocimiento social conduce a un planteamiento en el que lo social no puede ser un hecho estático dado, ni los individuos están constituidos por mecanismos compartidos de distorsión perceptual de la realidad como propugnaría la cognición social.

Al contrario de cualquier planteamiento cognitivo estricto, las representaciones sociales no pueden situarse en la cabeza de los sujetos que aprehenden colectivamente el mundo social; se encuentran en el continuo e incesante intercambio entre los individuos que explica la vida cotidiana, que permite conocer y comunicar son, por tanto, un medio entre los individuos y entre los sujetos y los objetos.

De esta manera, no puede desligarse el carácter simbólico de las representaciones sociales, porque entonces las reduciríamos a una estructuras cognitivas más, y al mismo tiempo, tampoco puede olvidarse su carácter cognitivo, porque desestimaríamos la adquisición de conocimientos que suponen.

En este campo de investigación que se halla en plena evolución, se obtienen resultados cuyo carácter convergente contribuye a esclarecer, en diversas relaciones, los fenómenos representativos.

Estos resultados pueden alinearse dentro de un modelo teórico que desarrolle el concepto de representación social, la cual ha sido objeto de diversas definiciones a mencionar:

Cuadro N° 1: Representaciones Sociales<sup>6</sup>

<b>R E P R E S E N T A C I O N E S</b>	<b>PIAGET</b>	<i>“Bien de una evocación de objetos en su ausencia, o bien cuando acompaña a la percepción en su presencia, de completar los conocimientos perceptivos, refiriéndose a otros objetos no percibidos actualmente. Aunque la representación prolonga en un sentido la percepción, introduce un elemento nuevo que le es irreductible: un sistema de significaciones que incluyen una diferenciación entre el significante y el significado”<sup>7</sup></i>
	<b>MOSCOVICI</b>	<i>“Un sistema de valores, de nociones y prácticas relativas a objetos, aspectos o dimensiones del medio social, que permite, no solamente la estabilización del marco de vida de individuos y los grupos, sino que constituye también un instrumento de orientación de la percepción de situaciones y de la elaboración de respuestas”<sup>8</sup></i>
	<b>HERZLICH</b>	<i>“El acento puesto sobre la noción de representación tiende a reintroducir el estudio de los modos de conocimiento y de los procesos simbólicos, en su relación con las conductas”<sup>9</sup></i>
	<b>JODELET</b>	<i>“El concepto de representación social designa una forma de conocimiento específica, el saber del sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente marcados”<sup>10</sup></i>
	<b>FISCHER</b>	<i>“Las representación social, es un proceso de elaboración perceptiva y mental de la realidad que transforma los objetos sociales (personas, contextos, situaciones) en categorías simbólicas y les confiere un estatuto cognitivo que permite captar los aspectos de la vida ordinaria mediante un reenmarque de nuestras propias conductas en el interior de las interacciones sociales”<sup>11</sup></i>

Fuente: Adaptado de Fischer, Gustave, *“Psicología Social. Conceptos fundamentales”*

<sup>6</sup> Fischer, Gustave, *“Psicología social. Conceptos fundamentales”* Editorial Narcea SA Madrid, España. Año 1990

<sup>7</sup> Para Piaget, la RS se reduce directamente a una imagen mental.

<sup>8</sup> Con la RS intenta expresar una forma específica de pensamiento social que tiene su origen en la vida cotidiana de las personas.

<sup>9</sup> A partir de un estudio sobre RS de la salud y enfermedad

<sup>10</sup> Designa una forma de pensamiento social.

<sup>11</sup> Op cit

Claude Fischer, citado por Álvarez, M. dice:

*“El hombre es un omnívoro que se nutre de carne, de vegetales y de imaginario”<sup>12</sup>*

Y agrega:

*“La alimentación conduce a la biología, pero toda evidencia, no se reduce a ella; lo simbólico y lo onírico, los signos, los mitos, los fantasmas, alimentan también y concurren a reglar nuestra alimentación”<sup>13</sup>*

La alimentación humana es un acto social y cultural donde la elección y el consumo de alimentos ponen en juego un conjunto de factores de orden ecológico, histórico, cultural, social y económico ligado a una red de representaciones, simbolismos y rituales. Es una representación colectiva que moviliza grandes emociones.

El pensar sobre la comida nos ayuda a revelar nuestras identidades personales y colectivas; nuestra relación con los otros. El consumo de alimentos y los procesos sociales y culturales que lo sustentan, constituyen las identidades colectivas que a la vez son expresión de relaciones sociales y de poder.

Dice Claude Lévi-Strauss:

*“Es mediante los mitos, que ciertas sociedades tienden a justificar a sí mismas su presente. Podemos estudiarlas bajo el ángulo de las estructuras o bien bajo el ángulo del acontecimiento”<sup>14</sup>*

Este antropólogo estudia los mitos en sociedades primitivas como los Caduceo, los Bororo, los Nambikwara, los Munde, los Tupi-Kawahio, en América del Sur.

---

<sup>12</sup> Revisión del Antropólogo Marcelo Álvarez. *“La cocina como patrimonio (in) tangible* Primeras Jornadas de Patrimonio Gastronómico. Imprenta del gobierno de la ciudad de Buenos Aires. Año 2005.

<sup>13</sup> Ibid

<sup>14</sup> Entrevista a Lévi-Strauss, C, por Marchand, J, Año 1972 en [www.youtube.com.ar/videos](http://www.youtube.com.ar/videos)

Y concluye:

*...”los Bororo me han ofrecido el 1er mito de todo el análisis incipiente. Esos indios son tremendamente sensibles a la oposición que establecemos en el lenguaje etnológico entre la naturaleza y la cultura; para ellos el paso de un reino a otro. no quedaba tan definido como lo podríamos hacer nosotros por el invento de las herramientas o por la aparición del lenguaje, sino por el paso de la comida cruda, que es la de los animales, a la comida cocida que es por excelencia la de la humanidad”.... el origen de la lumbre en la cocina trata del paso de la naturaleza a la cultura, por la conquista del fuego”...<sup>15</sup>*

Hay un “patrimonio gastronómico regional” que es uno de los pilares del turismo cultural. El acto de comer, es a la vez una tradición y un acto de creatividad. La conducta alimentaria es una relación de intercambio con la que el sujeto consigue los alimentos que su organismo necesita para mantener sus necesidades energéticas. Se pueden distinguir “procesos preparatorios” como conseguir los alimentos y “procesos culminantes”, como comer. Este hecho no es aislado, sino que se constituye en una trama donde el hombre biológico y el hombre social están estrechamente ligados y recíprocamente comprometidos. En este acto existen múltiples interacciones: condicionamientos y regulaciones de carácter bioquímico, termodinámico, metabólico, psicológico, condiciones ecológicas, recursos disponibles, organización productiva, división del trabajo, tecnología, capacidad para elaborar, almacenar y conservar productos, técnicas culinarias, elementos ideológicos, preferencias y aversiones individuales y colectivas, sistemas de representaciones o códigos (prescripciones, asociaciones y exclusiones, categorías de salud y enfermedad), etc.<sup>16</sup>

El acto de comer es un comportamiento que se desarrolla más allá del mero objetivo de la nutrición; se convierte en un signo de cada circunstancia social, sea trabajo, festividad, ocio, deporte, etc. y es además una forma de comunicación con otros como la familia, el barrio, la localidad.

---

<sup>15</sup> Ibid

<sup>16</sup> Ibid

Un cierto número de “indicadores gustativos”, afirman una identidad alimentaria y pueden delimitar la pertenencia a un territorio determinado.

El antropólogo brasileño Roberto DaMatta, citado por Marcelo Álvarez, distingue entre alimento y comida:

*“Comida no es sólo una sustancia alimenticia, sino también un modo, un estilo y una manera de alimentarse. Y el modo de comer define no sólo aquello que es ingerido sino también a aquel que ingiere”<sup>17</sup>*

Y afirma:

*... “para convertir un alimento en comida, es menester no sólo el acto crítico de conocimiento sino también el modo en que se prepara el alimento. Si se trata de invitar a un almuerzo organizado con todo esmero y cuidado, ningún brasileño se satisfará con comprar ingredientes de primera calidad y ponerlos simplemente en el fuego, aplicando impersonalmente un libro de recetas sino que mandará a preparar tales alimentos con sumo cuidado y debidamente te condimentados. Es la calidad de la “comida” servida con esmero y abundancia, la que expresa su consideración para con su invitado”<sup>18</sup>*

A través de la “comida” el sujeto traza cartografías de comportamiento, simbolismos y rituales, normas de aceptación o evitación, modos de jerarquía y alcance de funciones.

En religión y etnicidad, los hábitos alimentarios se convierten en marcadores de la diferencia: lo que se come establece quién se es y quién no se es respecto de un grupo.<sup>19</sup>

En nuestro país hay también una cuestión de género. Mientras la “cocina” es un ámbito perteneciente mayoritariamente a la mujer, el “asado de los domingos” (comida nacional), es la única comida típicamente preparada por el hombre.

---

<sup>17</sup> DaMatta, R. “La cultura de la mesa en Brasil” Correo de la UNESCO. Año 1987.

<sup>18</sup> Ibid

<sup>19</sup> Op cit

Marcelo Álvarez también cita a Patricia Aguirre cuando dice que:

*“Una sociedad con fuerte herencia patriarcal no deja el plato típico (que maneja la carne, un gran cuchillo y el fuego), en manos femeninas”<sup>20</sup>*

Además, mientras los libros de recetas de cocina son escritos por mujeres, los libros dedicados al asado fueron escritos por hombres.

Por eso decimos que el alimento no es sólo un objeto nutritivo que permite saciar el hambre, sino algo que también posee una significación simbólica, la que se le confiere dentro de una determinada estructura social y cultural.

También la comida es un símbolo de status social, por ejemplo, mientras el sushi, que es un plato representativo de la comida japonesa, integra el menú de moda de restaurantes exclusivos, el ceviche forma parte de las prácticas culinarias de inmigrantes peruanos, un grupo discriminado.<sup>21</sup>

La performance culinaria se constituye en sí misma como proceso de patrimonialización alimentaria, porque en la elección de unos platos respecto de otros se produce necesariamente un proceso selectivo de alimentos, condimentos y procedimientos de elaboración que identifican al cocinero y a los comensales con un determinado conjunto social, sus ritos, tradiciones, aspiraciones y posibilidades. Estas elecciones tienen determinadas permanencias mucho más que la fugacidad de los ingredientes consumidos; el proceso de identificación se recrea necesariamente en cada nueva práctica de cocinar y comer, además de construir e interpretar el imaginario alimentario.

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

La alimentación es producto y produce relaciones sociales y la Lactancia Materna, como una alimentación especial, ha creado relaciones sociales especiales en las distintas culturas.<sup>22</sup>

Al igual que la sangre, la leche materna proviene del cuerpo de la madre y crea una fuerte asociación simbólica: Leche = Sangre. Los vínculos sociales construidos

<sup>20</sup> Aguirre, P, “Toda la carne al asador” *Revista Todo es Historia*. Nº 380, Buenos Aires, 1999.

<sup>21</sup> Op cit

<sup>22</sup> Aguirre, P; Mesa redonda: *Lactancia materna: historia, cultura, creencias, derechos*. 6º Congreso Argentino de Lactancia Materna. 2008.

sobre la leche materna por tener una base biológica, también son fuertes, voluntarios e indisolubles, pero sólo duran una generación. Son relaciones especiales que responden a necesidades insuperables y han cumplido en la historia funciones sociales únicas que ningún otro alimento puede construir.

Algunas culturas han construido sobre la leche materna, relaciones especiales: los vínculos de la leche = la hermandad de la leche, a veces tan importantes como la alianza, la filiación y la herencia, los tres componentes del parentesco. La característica es que duran una generación y que encubren como biológicos (en los hijos), una elección social (de los padres).

Los vínculos de leche no son universales; algunas culturas no conciben siquiera la posibilidad de que alguien que no sea su propia madre amamante a un niño. Si bien no es universal, los vínculos de la "hermandad de la leche" son muy extendidos. La hermandad implica derechos y obligaciones sociales.

En la Edad Media, los hermanos de leche en Alemania adquirirían obligaciones mutuas de hermanos, tan profundas como las relaciones de consanguinidad; por su parte, los sajones tenían carácter de una hermandad atenuada.

La nodriza se transformaba en una segunda mamá y un Califa de Bagdad debió retroceder la ejecución de un príncipe que conspiró contra él, debido a que la madre del príncipe había sido su nodriza y también por cuestiones religiosas (el Islam prohibía el asesinato entre hermanos).

En Marruecos la mujer necesita el permiso de su marido para amamantar a otro niño.

En el Cáucaso, dos pueblos que habían sostenido una guerra durante siglos, hicieron la paz intercambiando leche de mujeres que estaban amamantando, de manera que la siguiente generación se hermanó inhibiendo futuros conflictos al transformarse en un solo pueblo.

En casi todas las culturas que tienen condición de hermanos está prohibido el matrimonio porque equivale a incesto.

En las culturas donde los matrimonios preferenciales son entre primos, los padres/madres se previenen de consuegros indeseables amamantando a los niños con los que quieren evitar posibles casamientos; la hermandad de leche ha sido en muchas culturas un vehículo de política matrimonial.

Por lo tanto, la hermandad de leche ha servido para extender vínculos familiares, pero que duran una generación, para dirigir matrimonios, evitar el incesto, el adulterio, favorecer alianzas, evitar matrimonios indeseables, evitar guerras, negociar tronos, herencias.

Con todo eso se señala la profunda creación de sociabilidad que hemos construido los humanos de diferentes tiempos y lugares sobre la lactancia materna; los ejemplos provienen de culturas agrícolas y pastoriles, preindustriales. Allí la hermandad funciona como manera de ampliar el parentesco, el poder, el prestigio y la economía.

En las culturas urbanas, donde la organización del trabajo no depende de la familia sino del mercado, la familia quedó reducida al núcleo reproductivo (familia nuclear)<sup>23</sup>, que cede a las instituciones las funciones que antes tenía la unidad doméstica ampliada. La salud cae en el hospital, la educación en la escuela, el cuidado de los huérfanos y ancianos en el asilo, la seguridad y el castigo en el sistema judicial penal, es decir que la sociedad industrial requiere a la familia para fines reproductivos y las funciones de expansión de vínculos caen en organizaciones que nuclean individuos: partidos políticos, gremios, religión, asociaciones profesionales, étnicas, locales, artísticas. Allí están dadas todas las condiciones para suplantar nodrizas, por leche en polvo y luego la lactancia misma, apoyada por representaciones culturales normalizando el modelo de éxito como varón, trabajador, adulto. Sin embargo, gran parte del planeta sigue teniendo relaciones de baja productividad y alta fecundidad.

En estos contextos, América Latina, África, y el Sudeste Asiático, siguen teniendo significación las familias extensas y los vínculos extrafamiliares, y su función sigue siendo aumentar el poder político y económico: proteger a los más pobres de la miseria absoluta, vincular a los niños en redes de sociabilidad más amplia que la propia familia, para que aporten para su supervivencia en caso de que sus padres no puedan hacerlo. En estos casos y en algunos contextos, en donde se prohíbe amamantar a otros niños por motivos sanitarios (como en África por el HIV), no sólo se corta la transmisión del virus, sino también se corta el lazo de sociabilidad; dicho lazo no puede construirse con la misma fuerza con el biberón.

Todo aumento de la lactancia materna, crea bienestar, en cambio toda restricción debe ser tomada con extremo cuidado ya que lo que por un lado es positivo para cortar la transmisión del virus, por otro lado puede impactar negativamente en las redes de sociabilidad que genera este alimento especial: natural, y culturalmente naturalizado al mismo tiempo. Si bien la hermandad de leche en la sociedad urbana se ha perdido, se están creando nuevos vínculos sobre la lactancia; el amamantamiento, sigue creando vínculos de sociabilidad donde se da mayor vinculación entre las madres amamantantes, que entre hijos amamantados.

---

<sup>23</sup> Es la familia compuesta por la madre, el padre y los hijos.

Pero siempre hay vinculación. La lactancia crea sociabilidad y está ocurriendo ahora. Se puede observar el nacimiento de un vínculo nuevo con un alimento viejo, natural y cultural al mismo tiempo.



## Diseño Metodológico

Este trabajo de investigación se realiza dentro del marco del Cartografiado sobre Seguridad Alimentaria y Situación Nutricional de niños de 6 a 24 meses, implementado desde el Departamento de Metodología de la Universidad Fasta. Se estudia la relación entre las representaciones sociales de la lactancia materna y el estado nutricional de los niños de 6 meses de edad que concurren a los Centros de Atención Primaria de la Salud de la Municipalidad de General Pueyrredón.

A tal fin, se realizan encuestas a las madres de niños de 6 meses que concurren a los Centros para hacer el control pediátrico; además, se realiza una entrevista que abarca aspectos cualitativos, las cuales son grabadas y luego transcritas para su mejor análisis. Dichas encuestas contienen preguntas sobre representaciones maternas en cuanto a la lactancia, y además, se recabarán datos del cartografiado como grado de instrucción de la madre, edad, cantidad de hijos, etc.

#### Cuadro N° 2 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Niños de 6 meses que concurren a los CAPS para el control pediátrico	<p>Niños que no concurren con sus madres al control.</p> <p>Niños que concurren por enfermedad</p>

Fuente: Elaboración propia

Esta investigación es de corte transversal, ya que se estudian las variables simultáneamente haciendo un corte en el tiempo; es descriptivo porque se estudian las representaciones sociales de las madres, en base a entrevistas personales; es cuantitativo pues se toma en cuenta el estado nutricional de los niños estudiados en los controles; es cualitativo porque se investiga con técnicas especializadas para obtener una comprensión acerca de las actitudes, sentimientos, pensamientos, creencias y comportamientos de las madres con respecto a la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad.

La población en estudio son las madres que concurren a los controles pediátricos de los CAPS de la Municipalidad de General Pueyrredón. La muestra es de 41 entrevistas.

Las variables a estudiar incluyen:

1- Edad de la madre:

- a. Definición conceptual: Tiempo en años desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista, de la madre que asiste a los Centros de Atención Primaria de la Salud de Mar del Plata.
- b. Definición operacional: Tiempo en años desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista de las madres que asisten a los CAPS determinados a través de la encuesta cara a cara.

2- Grado de instrucción de la madre:

- a. Definición conceptual: Estudios completos o incompletos realizados por las madres de los niños de 6 meses, que asisten a los CAPS.
- b. Definición operacional: Estudios completos o incompletos realizados por las madres que asisten a los CAPS, investigados en la encuesta cara a cara.

Se establecerán las siguientes categorías:

- ✦ Primaria completa: primera etapa de la enseñanza obligatoria finalizada.
- ✦ Primaria incompleta: primera etapa de la enseñanza obligatoria sin finalizar.
- ✦ Secundaria completa segunda etapa de la enseñanza finalizada y mediante la cual se obtiene un título.
- ✦ Secundaria incompleta: segunda etapa de la enseñanza sin finalizar.
- ✦ Terciaria completa: tercera etapa de la enseñanza optativa finalizada y mediante la cual se obtiene un título.
- ✦ Terciaria incompleta: tercera etapa de la enseñanza optativa sin finalizar.
- ✦ Universitaria completa: estudios de nivel superior optativos finalizados y que otorgan un título profesional.
- ✦ Universitaria incompleta: estudios de nivel superior optativos sin finalizar.

- 3- Actitud de lactancia en hijos anteriores
  - a. Definición conceptual: Predisposición de la madre durante el acto de amamantamiento.
  - b. Definición operacional: Predisposición de la madre durante el acto de amamantamiento, determinada por medio de la entrevista grabada.
- 4- Inicio de ablactación
  - a. Definición conceptual: Momento en que la madre incorpora alimentos sólidos y líquidos además de la lactancia materna
  - b. Definición operacional: Momento en que la madre incorpora alimentos sólidos y líquidos además de la lactancia materna, investigado en la entrevista personal grabada.
- 5- Frecuencia de mamadas
  - a. Definición conceptual: Cantidad de mamadas brindadas por la madre en un día.
  - b. Definición operacional: Cantidad de mamadas brindadas por la madre en un día, averiguado en la entrevista grabada.
- 6- Sentimientos asociados
  - a. Definición conceptual: Creencias, pensamientos, sentimientos de la madre sobre la lactancia.
  - b. Definición operacional: Creencias, pensamientos, sentimientos de la madre sobre la lactancia, indagados en la entrevista personal grabada.
- 7- Tipo de actividades que realiza la madre durante el amamantamiento
  - a. Definición conceptual: Cualquier otra actividad que se realice en el momento del amamantamiento.
  - b. Definición operacional: Cualquier otra actividad que se realice en el momento del amamantamiento, determinada por medio de preguntas en una entrevista personal grabada.

- 8- Mitos sobre la lactancia
  - a. Definición conceptual: Ideal que expresa los sentimientos de las madres de una comunidad y que es capaz de promover o rechazar la lactancia.
  - b. Definición operacional: Ideal que expresa los sentimientos de las madres de una comunidad y que es capaz de promover o rechazar la lactancia. Se conocerán por medio de la entrevista personal grabada.
- 9- Percepción de ventajas de la leche materna
  - a. Definición conceptual: Beneficios de la leche materna por sobre las demás leches.
  - b. Definición operacional: Beneficios de la leche materna por sobre las demás leches; Se indagarán las opiniones de las madres con preguntas en la entrevista grabada.
- 10- Tipo de información que posee la madre
  - a. Definición conceptual: Origen y clase de conocimientos de las madres sobre la lactancia materna.
  - b. Definición operacional: Origen y clase de conocimientos de las madres sobre la lactancia materna, constatados con preguntas en la entrevista personal grabada..
- 11- Composición familiar
  - a. Definición conceptual: Cantidad de personas con un vínculo familiar con la madre y el niño, que viven bajo el mismo techo,
  - b. Definición operacional: Cantidad de personas con un vínculo familiar con la madre y el niño, que viven bajo el mismo techo, información recabada de las encuestas del cartografiado.
- 12 – Estado nutricional de los niños de 6 meses
  - a. Definición conceptual: Grado de adecuación de las características anatómicas y fisiológicas de los niños de 6 meses, con respecto a parámetros considerados normales, relacionados con la ingesta, la utilización y la excreción de nutrientes.
  - b. Definición operacional: Grado de adecuación de las características anatómicas y fisiológicas de los niños de 6 meses, con respecto a parámetros considerados normales, relacionados con la ingesta, la utilización y la excreción de nutrientes, datos recolectados en las encuestas del cartografiado.

- 13- Pautas de lactancia brindadas a las madres que concurren a los controles.
  - a. Definición conceptual: Grado de información transmitida a las madres sobre la lactancia materna, brindada en la fecha del control pediátrico, por los agentes de la salud.
  - b. Definición operacional: Grado de información transmitida a las madres sobre la lactancia materna, brindada en la fecha del control pediátrico, por los agentes de salud, que se averiguará por medio de una encuesta realizada a los pediatras en los distintos Centros.
- 14- Forma de trabajo para la transmisión de la información.
  - a. Definición conceptual: Uso de medios informativos como charlas, talleres, folletos, etc., sobre la lactancia materna.
  - b. Definición operacional: Uso de medios informativos como charlas, talleres, folletos, etc., sobre la lactancia materna investigado por medio de una encuesta a los agentes de salud de los CAPS.
- 15- Criterio institucional al brindar la información
  - a. Definición conceptual: Medio mediante el cual se brinda la información a través del Servicio de Salud las Instituciones.
  - b. Definición operacional: Medio mediante el cual se brinda la información a través del Servicio de Salud de las Instituciones, averiguado por medio de la encuesta a los enfermeros de las salas.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA MADRE**

Dentro del marco del Cartografiado sobre Seguridad Alimentaria y Situación Nutricional de niños de 6 a 24 meses, realizado desde el Departamento de Metodología de la Universidad Fasta, con la autorización de la Municipalidad de General Pueyrredón, se realizará la Tesis de Licenciatura cuyo tema es: Representaciones Sociales de la Lactancia Materna.

Se garantiza que las encuestas no llevarán nombre y apellido de las mamás entrevistadas. Le solicitamos su autorización para que la entrevista sea grabada para poder recabar la información con la mayor fidelidad posible. Agradecemos mucho su colaboración.

Yo....., en mi carácter de madre, habiendo sido informada de la metodología y objetivos del estudio, acepto ser entrevistada y que dicha entrevista sea grabada.

**DATOS QUE PROVIENEN DE LA ENCUESTA DEL CARTOGRAFIADO**

Sexo: F M  
 Edad: 6 9 12 15 18 24  
 Fecha de nacimiento:  
 Peso:  
 Talla:

**DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL HOGAR**  
Cómo está formado su hogar?

Nombre	Parentesco	Sexo	Edad	Nivel educación	Ocupación	Cobertura Médica		
						O.S.	P.P	Hosp

**ENTREVISTA GRABADA A LAS MADRES QUE CONCURREN A LOS CONTROLES DE LOS CAPS**

Sala:  
 Nombre de la madre:  
 Edad:  
 Escolaridad:  
 Cantidad de hijos:  
 Nombre del bebé:  
 HC: DNI

- 1) ¿Amamantó a sus hijos anteriores?  
 No: ¿Por qué?  
 Sí: ¿Hasta qué edad? ¿A qué edad introdujo el biberón? ¿Quién lo indicó?
- 2) ¿Amamanta a su hijo?  
 No: ¿Por qué?  
 Sí: ¿Cuánto tiempo le da de cada pecho?  
 a) exclusiva  
 b) mixta  
 c) artificial
- 3) ¿Alguien la estimuló para que le diera de mamar a su hijo? ¿Quién/es?
- 4) ¿Qué siente cuando lo amamanta? ¿Realiza otras actividades cuando lo amamanta?
- 5) ¿Siente que su familia la apoya? ¿Quién/es?
- 6) ¿Alguna vez creyó que su leche estaba aguada?
- 7) ¿Cree usted que si está nerviosa o con algún problema puede perder su leche?
- 8) ¿Siente que su hijo crece bien con su leche?
- 9) ¿Qué siente cuando no puede amamantarlo?
- 10) ¿Cuáles cree que son las ventajas de la leche materna? ¿Y las desventajas?

**ENTREVISTA GRABADA A LOS AGENTES DE SALUD DE LOS CAPS**

- 1) ¿Cuáles son las pautas de lactancia transmitidas a las madres que concurren a los controles?
- 2) ¿Se basa en algún protocolo de la sala para brindar las pautas de lactancia, o es en base a su experiencia personal?
- 3) ¿Todos los agentes de la salud manejan el mismo criterio?
- 4) ¿En esta sala, se realizan charlas informativas para las madres antes del control pediátrico? ¿Quién/es la realizan?
- 5) ¿Qué otros medios utilizan?



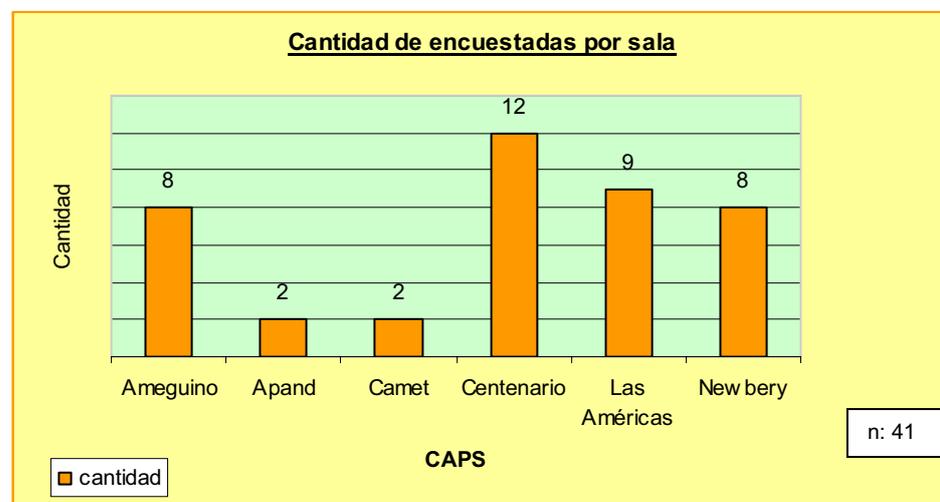
## Análisis de Datos

Esta investigación está conformada por una muestra de 41 madres de niños de 6 meses que concurren a los centros de prevención primaria de la salud a los controles pediátricos. A cada una de ellas se le realiza una entrevista personal grabada. La toma de datos se realiza en 6 CAPS de la ciudad de Mar del Plata durante los años 2008 y 2009, se obtiene la siguiente distribución:

**Tabla N° 1: Cantidad de encuestas por CAPS**

Sala	Cantidad	Porcentaje
Ameguino	8	20%
Apand	2	5%
Camet	2	5%
Centenario	12	29%
Las Américas	9	22%
Newbery	8	20%
Total	41	100

**Grafico N° 1:**



Fuente: Sobre datos de la investigación

A través de la Tabla y el Gráfico N° 1 se observa que la mayor cantidad de encuestas se realizan en la sala Centenario; en las salas de Apand y Camet se recaudan la menor cantidad de datos.

En la siguiente tabla se observa la distribución etaria de las madres:

**Tabla N° 2: Edad de la madre**

Variable	Amplitud	Edad (años)
Edad de la madre	Mínimo	16
	Máximo	38
	Media	25

Al analizar la variable edad de las madres se refleja que la de menor edad tiene 16 años y la mayor 38; la edad promedio es de 25 años.

En cuanto a la cantidad de hijos se observa:

**Tabla N° 3: Cantidad de hijos**

Variable	Cantidad	Frecuencia por categoría	Porcentaje
Cantidad hijos	1	14	34%
	2	14	34%
	3	9	22%
	4	3	7%
	5	1	2%
Total		41	100

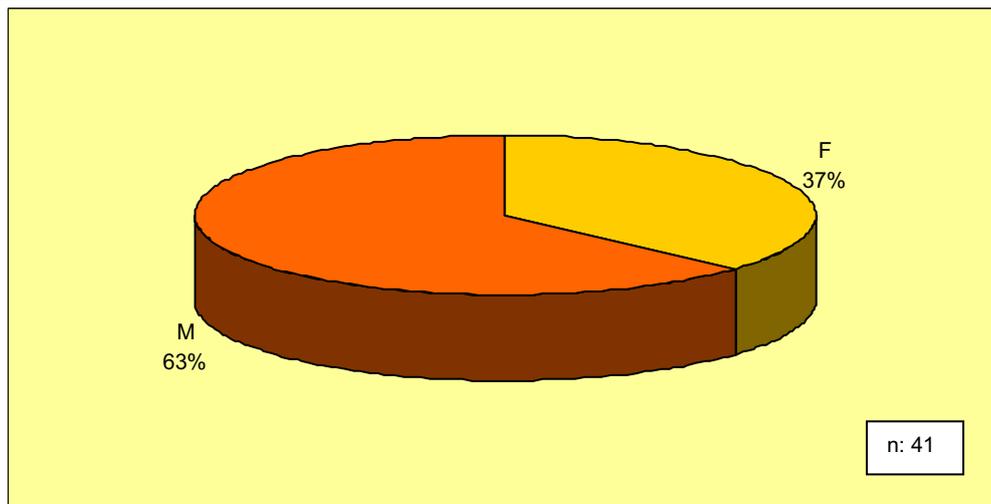
La distribución de la muestra según la variable “cantidad de hijos” refleja que la mayoría de las madres tienen entre 1 y 2 hijos; sólo una madre tiene 5 hijos.

En la tabla se observa la distribución de los niños por sexo:

**Tabla N° 4: Sexo del bebé**

Sexo del bebé	Cantidad	Porcentaje
Femenino	15	37 %
Masculino	26	63 %
Total	41	100

**Gráfico N° 2: Sexo del bebé**



Fuente: Sobre datos de la investigación

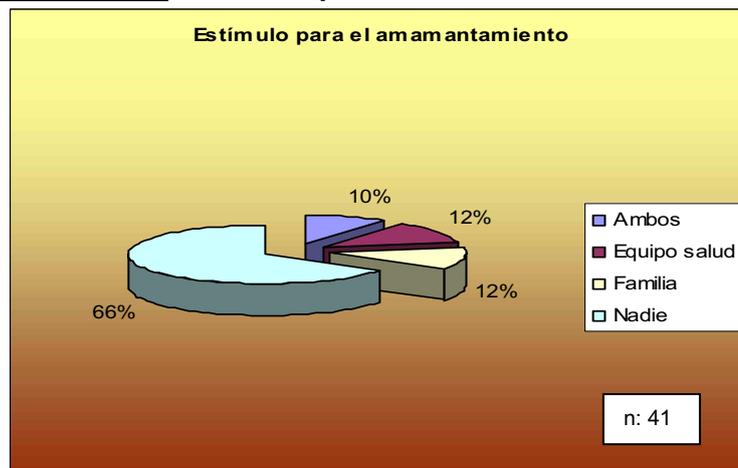
El gráfico muestra que la mayoría de las madres encuestadas tienen hijos varones. Este dato fue relevado sólo a efectos de establecer el diagnóstico nutricional de los niños.

La distribución de la variable “estímulo para el amamantamiento”, refleja:

**Tabla N° 5: Estímulo para el amamantamiento**

Muestra	Categoría	Frecuencia por categoría	Porcentaje
Quién?	Familia	5	12%
	Equipo salud	5	12%
	Ambos	4	10%
	Nadie	27	66%
Total		41	100

**Gráfico N° 3: Estímulo para el amamantamiento**



Fuente: Sobre datos de la investigación

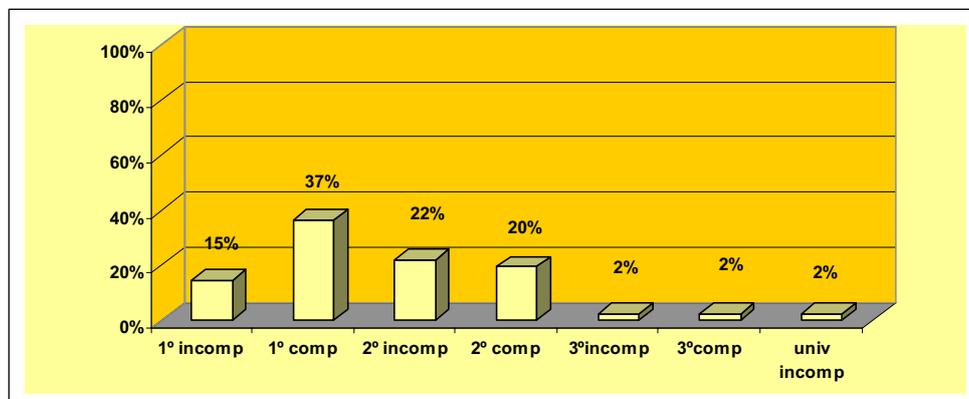
Los datos reflejan que la mayoría de las madres decidieron amamantar por sí mismas y sólo un pequeño porcentaje refieren haber sido estimuladas por su familia, el equipo de salud, o ambos.

En los siguientes gráficos se muestra la distribución de las distintas categorías de escolaridad:

**Tabla N° 6: Escolaridad de la madre**

Escolaridad	Cantidad	Porcentaje
1° incompleto	6	15 %
1° completo	15	37 %
2° incompleto	9	22 %
2° completo	8	20 %
3° incompleto	1	2 %
3° completo	1	2 %
Universitario incompleto	1	2 %
Total	41	100

**Gráfico N° 4: Escolaridad de la madre**



n: 41

Fuente: sobre datos de la investigación

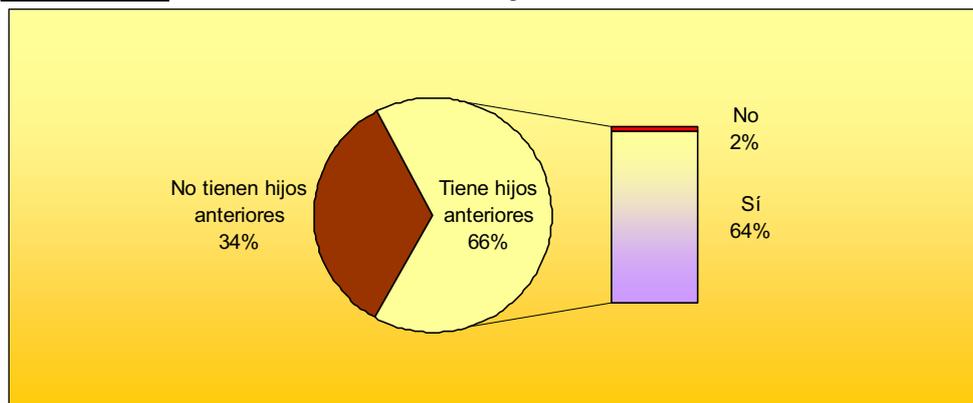
En la distribución de la muestra según la variable “escolaridad”, se refleja que la mayoría de las madres posee un nivel de instrucción bajo comprendido entre primaria completa y secundaria incompleta.

En la tabla observamos la conducta previa de amamantamiento:

**Tabla N° 7: Amamantamiento de hijos anteriores**

Amamantó hijos anteriores	Cantidad	Porcentaje
No	1	2,4 %
Sí	26	63,4 %
No tiene	14	34,1 %
Total	41	100

**Gráfico N° 5: Amamantamiento de hijos anteriores**



Fuente: sobre datos de la investigación

n: 41

Observamos en el gráfico que de las madres que tiene hijos anteriores, la mayoría los amamantó.

La tabla muestra la edad en que los hijos anteriores fueron destetados:

**Tabla N° 8 : Edad del destete de hijos anteriores**

Edad del destete de hijos anteriores (meses)	Cantidad	Porcentaje
No amamantaron/ no tienen hijos anteriores	15	37%
2	1	2%
4	2	5%
5	1	2%
6	4	10%
7	2	5%
8	2	5%
10	1	2%
12	2	5%
18	3	7%
24	8	20%
Total	41	100

La tabla refleja que, de las madres que tienen hijos anteriores, la mayoría los amamantó hasta los dos años de edad.

Se observa en la siguiente tabla la distribución porcentual de madres que amamantan a su hijo:

**Tabla N° 9: Amamantamiento del hijo actual**

Amamanta hijo actual	Cantidad	Porcentaje
No	5	12 %
Si	36	88 %
Total	41	100

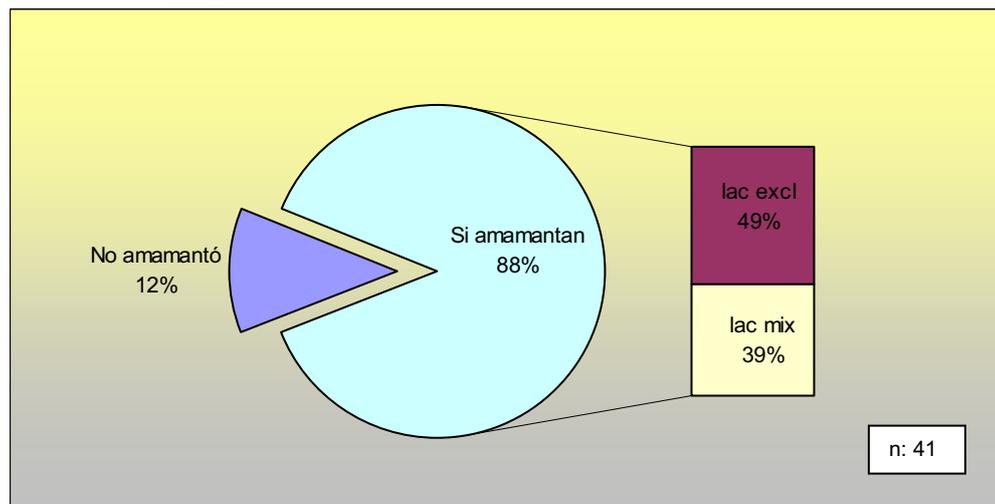
La tabla refleja que la mayoría de las madres se encuentran amamantando a su hijo.

Observamos en la tabla la distribución de la variable “tipo de lactancia”:

**Tabla N° 10: Tipo de lactancia**

Tipo de lactancia	Cantidad	Porcentaje
Lactancia exclusiva	20	49 %
Lactancia mixta	16	39 %
No amamanta	5	12 %
Total	41	100

**Gráfico N° 6: Tipo de lactancia**



Fuente: sobre datos de la investigación

La distribución de la muestra según la variable “tipo de lactancia”, refleja que de las madres que amamantan, la mayor parte lo hace de forma exclusiva.

En la siguiente tabla se observa:

**Tabla N° 11: Realización de otras actividades mientras amamanta**

Otras actividades	Cantidad	Porcentaje
No	36	88%
No amamanta	5	12 %
Total	41	100

La tabla refleja que ninguna de las madres que amamantan realiza otra actividad mientras están dando el pecho.

La tabla 12 muestra la distribución porcentual de la variable “apoyo familiar”

**Tabla N° 12: Apoyo familiar**

Apoyo familiar	Cantidad	Porcentaje
Si	36	88 %
No	5	12 %
Total	41	100

Se observa que casi la totalidad de las madres reciben apoyo de su familia mientras amamantan.

Observamos en la tabla la percepción materna en cuanto al crecimiento de su hijo amamantado con su leche

**Tabla N° 13: Siente que crece bien con su leche?**

Crece bien?	Cantidad	Porcentaje
No	2	5 %
Sí	35	83 %
No amamanta	5	12 %
Total	41	100

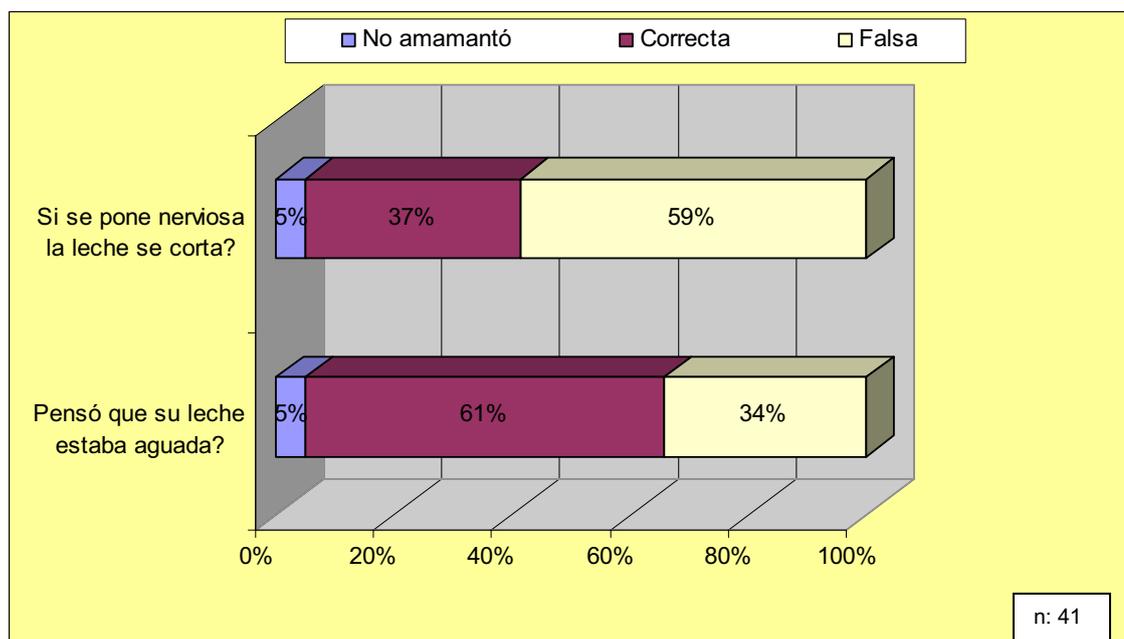
Vemos en la tabla que, casi la totalidad de las madres sienten que sus hijos reciben una alimentación que les permite crecer saludablemente.

En la tabla y gráfico siguientes observamos la distribución de la variable “mitos”

**Tabla N° 14: Mitos sobre lactancia**

ACTITUD	MITOS			
	Leche aguada		Nervios al amamantar	
No	25	61%	15	37%
Sí	14	34 %	24	59 %
No amamanta	2	5 %	2	5 %
Total	41	100	41	100

**Gráfico N° 7: Mitos sobre lactancia**



Fuente: Sobre datos de la investigación

En cuanto a algunos de los mitos sobre la lactancia, podemos ver, según el gráfico, que al preguntarles si alguna vez pensaron que su leche estaba aguada, la mayor parte de las madres contestó en forma correcta; en cambio, al preguntarles si creían que al estar nerviosas su leche podría cortarse, la mayoría tuvo una respuesta errónea.

Se refleja en la siguiente tabla las creencias maternas respecto a las desventajas de la leche materna

**Tabla N° 15: Desventajas de la LM**

Desventajas de la leche materna	Cantidad	Porcentaje
No	39	95 %
Sí	2	5 %
Total	41	100

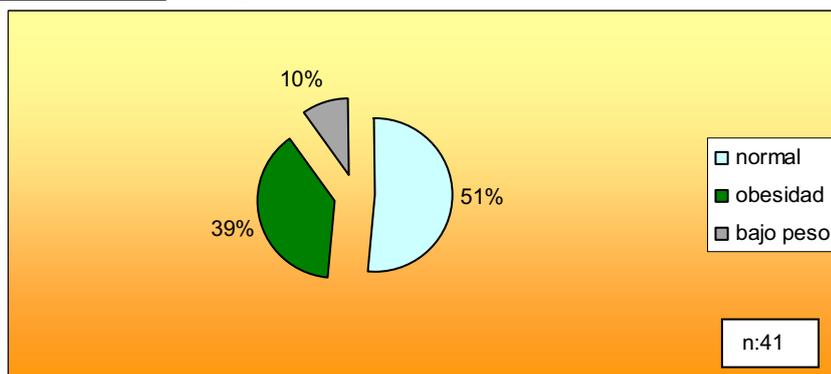
Como se refleja en la tabla, la casi totalidad de las madres no encontró desventajas de la leche materna sobre las de vaca.

Apreciamos en la tabla y el gráfico el diagnóstico nutricional de los niños encuestados:

**Tabla N° 16: Diagnóstico del Estado Nutricional**

Estado Nutricional	Cantidad	Porcentaje
Bajo peso	4	10
Normal	21	51
Obesidad	16	39
Total	41	100

**Gráfico N° 8: Diagnóstico del Estado Nutricional**



Fuente: Sobre datos de la investigación

El gráfico representa la distribución de la variable “Diagnóstico del Estado Nutricional”, donde se refleja que independientemente de que los niños hayan sido amamantados o no, más de la mitad de ellos tienen un diagnóstico nutricional normal. Llama la atención que el porcentaje de obesidad es notablemente elevado.

El Estado Nutricional de los niños refleja los mismos parámetros antropométricos que se observaron en la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud para la misma franja etaria.

A continuación se observa la tabla de Chi-cuadrado en donde vemos que las variables son independientes y no hay relación entre ellas.

**Tabla N° 17: Prueba de Chi-cuadrado para la relación tipo de lactancia/EN**

Prueba de independencia entre las filas y columnas (tipo lactancia / EN):

Chi-cuadrado ajustado (Valor observado)	2.509
Chi-cuadrado ajustado (Valor crítico)	9.488
GDL	4
p-valor	0.643
alfa	0.05

Interpretación de la prueba:

H0: Las filas y las columnas de la tabla son independientes.

Ha: Hay una dependencia entre las filas y las columnas de la tabla.

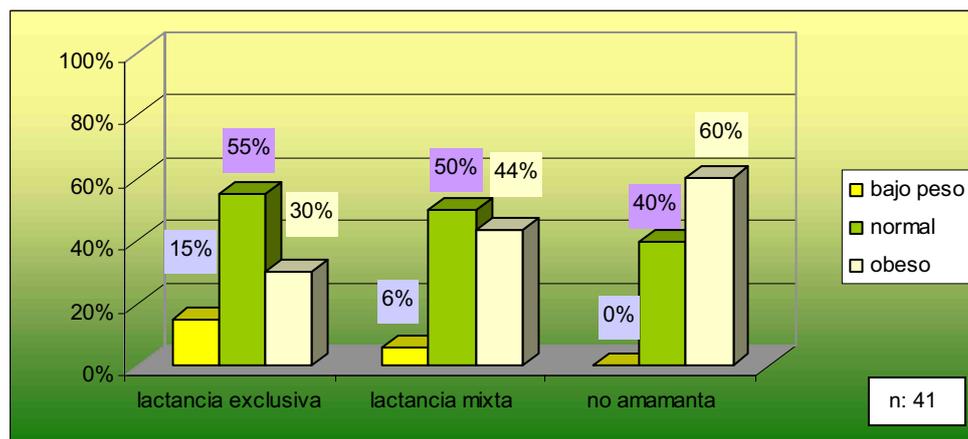
Como el p-valor calculado es mayor que el nivel de significación  $\alpha=0,05$ , se puede aceptar la hipótesis nula H0.

El riesgo de rechazar la hipótesis nula H0 cuando es verdadera es de 64,30%.

**Tabla N° 18: Relación entre el tipo de lactancia y el Estado Nutricional de los niños**

	bajo peso	normal	obeso	Total
lactancia exclusiva	15%	55%	30%	100%
lactancia mixta	6%	50%	44%	100%
no amamanta	0%	40%	60%	100%
Total	10%	51%	39%	100%

**Gráfico N° 9: relación entre el tipo de lactancia Y el Estado Nutricional de los niños**



Fuente: sobre datos de la investigación

Se observa en la tabla y el gráfico que no existe relación entre el tipo de lactancia y el Estado Nutricional de los niños.



Conclusión

Esta investigación, lleva a identificar los significados que le atribuyen los distintos actores sociales, tanto las madres como los agentes de salud encargados de su atención, a la Lactancia Materna.

Los enfermeros encargados de transmitir la información de las prácticas vinculadas al amamantamiento, muchas veces lo hacen sin considerar la realidad de los sujetos a las cuales van dirigidas.

Existe un modelo paternalista, donde la información se otorga sin tener en cuenta el entorno y la realidad de cada madre en particular.

En cuanto a las madres que concurren a los controles, la mayoría decide amamantar a su bebé, sintiendo no tener necesidad del estímulo institucional.

En este trabajo no se encuentra relación entre el tipo de lactancia, incluso la no lactancia, y el Estado Nutricional de los niños.

También se constata que no hay en la muestra gran cantidad de madres adolescentes, ya que la media es de 25 años.

En cuanto al nivel de escolaridad materna, se comprueba que es relativamente bajo, ya que en el 59 % de los casos, tienen entre primaria completa y secundaria incompleta.

Se indaga sobre el amamantamiento de hijos anteriores, pensando, que las madres que los amamantaron, seguirían con esa conducta con el hijo actual, y se comprueba que casi todas las madres habían amamantado a sus hijos anteriores hasta los dos años.

En lo referente al amamantamiento de los hijos actuales, casi la totalidad de las madres lo alimentan al pecho, y el 49% lo hace en forma exclusiva.

Ninguna de las madres refiere hacer otra actividad mientras amamanta, lo que habla de la responsabilidad con que realizan la práctica.

El 85% de las madres siente que su hijo crece bien con su leche.

Casi todas encuentran más ventajas de la leche materna con respecto a las de vaca, y sólo un 2% encuentra alguna desventaja, como la comodidad del biberón a la hora de concurrir a sus trabajos u ocupaciones.

En cuanto al Estado Nutricional, la distribución muestra que en un 51% es normal, mientras un 39% presenta obesidad. Es de destacar, que no existe un buen instrumento para diagnosticar el estado nutricional de niños menores de un año; se utiliza la tabla de Gómez, la cual no discrimina el sobrepeso y los distintos niveles de obesidad; por lo tanto, se diagnostica obeso a todo niño con un porcentaje de adecuación mayor a 110%, suponiendo que dentro de ellos puede haber niños sólo con sobrepeso. Sólo un 10% de los niños presentaron bajo peso, con una desnutrición leve.

En lo que respecta al análisis de los datos cualitativos, de las 41 madres encuestadas, 25 expresan sentimientos positivos al acto de amamantar, como placer, amor, alegría y hacen alusión al estrecho vínculo que se forma en el momento de darle el pecho.

Algunas madres tienen dificultad para expresar sentimientos y la respuesta está precedida por expresiones de duda.

Al preguntarles sobre lo que sienten cuando no pueden amamantar, los más notorios son sentimientos de culpa.

En lo referente a la indagación de la transmisión de la información por parte de los agentes de salud, éstos hacen hincapié en la importancia de la lactancia exclusiva, las ventajas por la composición química de la leche materna, y tratan de desmitificar las falsas creencias sobre la lactancia.

El criterio de los modos y técnicas de transmitir dicha información es consensuada entre todos los profesionales de la salud del CAPS y es comunicada a las madres en forma personalizada. Comentan también, las dificultades para realizar reuniones grupales, por falta de infraestructura en la sala.

También es digno de mencionar, que en casi ninguno de los Centros existe el cargo para un Licenciado en Nutrición, como tampoco en la Comisión de Lactancia de la Municipalidad de General Pueyrredón, donde trabajan en educación y promoción de la Lactancia Materna, médicos, psicólogos, psicopedagogos, enfermeros, etc.

Es necesario construir nuevos espacios de reflexión multidisciplinarios en los CAPS donde se desarrolla la acción directa, para que intervengan otros profesionales de la salud, como nutricionistas, psicólogos y no solo médicos y enfermeros.

Sería interesante en una futura investigación, indagar el tema entre las madres de los barrios a los que pertenecen los CAPS, que no concurren a los controles, y los motivos que subyacen en esta ausencia, ya que las que sí lo hacen, amamantan a sus hijos en su mayoría y éstos crecen y se desarrollan en forma óptima.

Dentro del perfil del nutricionista, existe la tarea de consultoría para el Estado en los programas de atención Primaria de la Salud, el diseño de programas de educación en nutrición para los distintos niveles y la coordinación y participación en proyectos de investigación en nutrición. Asimismo, se encuentra habilitado para la promoción y divulgación de conocimientos higiénico asistenciales referidos a personas sanas, carecientes y enfermas. Una de las áreas en donde puede desenvolverse con solvencia científica es el de la Salud Pública.

Como ya he dicho, no hay en los servicios y organizaciones estatales de Mar del Plata suficientes cargos de nutricionistas y, dado que el rol nos habilita específicamente para ello, es importante trabajar para conseguir dicha inserción en la

sociedad científica, para relacionarse interdisciplinariamente con otros profesionales de la salud, y trabajar, en este caso, en la prevención de desnutrición infantil, con su consiguiente morbimortalidad y promoción de la lactancia materna.



## Bibliografía

- AGUIRRE, P. "Toda la carne al asador" Revista *Todo es Historia* N° 380, Buenos Aires. Año 1999.
- Mesa redonda "*Lactancia materna: historia, cultura, creencias, derechos*" 6° Congreso Argentino de Lactancia Materna. Año 2008.
- ALVAREZ, M. "*La cocina como patrimonio (in) tangible*" Primeras Jornadas de Patrimonio Gastronómico. Imprenta del gobierno de la ciudad de Buenos Aires. Año 2005.
- BUSTO MAROLT, M. "*Nutrición pediátrica*" Ed. Corpus, 1° Ed. 2004. Argentina.
- DAMATTA, R. "*La cultura de la mesa en Brasil*" Correo de la UNESCO. Año 1987.
- FILLOUX, J.C. "*La personalidad*" Ed. Eudeba, Buenos Aires, Año 1962
- FISHER, G. "*Psicología social. Conceptos fundamentales*" Ed. Nancea SA, Madrid, España. Año 1990.
- GAZALI, C. Tesis presentada para la Licenciatura en Nutrición "*Representaciones sociales de lactancia materna y de las prácticas institucionales*" Rosario. Año 2005.
- GUYTON, Arthur-HALL, John "*Tratado de fisiología médica*" Ed. Interamericana 9na Ed. 1998, Méjico.
- INDEC. Censo de Evolución demográfica del Gran Rosario.
- KITZINGER, S. "*Cómo amamantar a tu bebé*" Ed. Interamericana. Madrid. Año 1998
- KLEIN, M. "*Desarrollos en psicoanálisis*" Ed. Hormé 1967. Buenos Aires
- KRAUSE, Marie "*Nutrición y Dietoterapia*" McGraw-Hill Interamericana, 9na ed, 1998, Méjico.
- MEAD, M. "*El hombre y la mujer. Un enfoque revolucionario entre ambos sexos*" Buenos Aires. Ed. Fabril, Año 1962.
- MEDINA SANTANA, R. ESTÉVEZ GONZÁLEZ, M. AGUILAR CORDERO, M. "*Lactancia Materna*" Ed. Elsevier. España. Año 2005.
- MINISTERIO DE SALUD. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Documento de resultados. Año 2006. Buenos Aires.
- MOSCOVICI, S. "*Psicología Social – Pensamiento y vida social – Psicología social y problemas sociales*" Ed. Paidós, Barcelona, España, Año 1993.
- ROBINSON, E. y THOMPSON, W. "Effect on Weight Gain of the Addition of Lactobacillus Acidophilus to the formula of Newborn infants" *Journal of Pediatrics*, t 41, n° 4, Año 1952.
- TETTAMANTI, A. "*Madre-hijo secretos de un vínculo*" Ed. Deldragón, 2007 – Buenos Aires.
- WINNICOT, D. "*El niño y el mundo externo*" Buenos Aires, Ed. Hormé, Año 1965.
- WOSCOBOINIK, J. "*Psicoprofilaxis de la lactancia materna*" Ed. Paidós, Año 1972, Buenos Aires.

Sitios consultados:

[www.colombiamedica.univalle.edu.co](http://www.colombiamedica.univalle.edu.co) Diaz, C. y otros *“Representaciones de lactancia en un grupo de mujeres de Cali”* Año 2002.

[www.eerp.usp.br/riae](http://www.eerp.usp.br/riae) Barros Leite Carvalhaes y otros *“Factores asociados a la situación de lactancia materna exclusiva en niños menores de 4 meses en Botacatu-SP”*

[www.ligadelaleche.org.ar](http://www.ligadelaleche.org.ar). *“Mitos sobre la lactancia materna”*

[www.sarda.org.ar](http://www.sarda.org.ar) Lawrence Gartner y otros *“Alimentación al pecho y uso de leche humana”* Rev. Hosp..Mat.inf. Ramón Sardá 2000, 19 (1)

[www.youtube.com.ar/videos](http://www.youtube.com.ar/videos) Entrevista a Lévi-Strauss, C. por Marchand,J. Año 1972.