

**REPRESENTACIONES SOCIALES DE TRES GRUPOS DE ADOLESCENTES DE
PEREIRA FRENTE A LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA**

**SANDRA MILENA GALLEGO E
NATHALY PELÁEZ MANRIQUE
LINA MARÍA TABARES LENIS**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
MANIZALES**

2013

**REPRESENTACIONES SOCIALES DE TRES GRUPOS DE ADOLESCENTES DE
PEREIRA FRENTE A LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA**

**SANDRA MILENA GALLEGO E
NATHALY PELÁEZ MANRIQUE
LINA MARÍA TABARES LENIS**

**Trabajo de Grado para Optar al Título de
Magister en Salud Pública**

**Director de Tesis:
Gina Marcela Arias Rodríguez
Psicóloga Magister En Psicología Comunitaria**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
MANIZALES**

2013

Nota de Aceptación

Firma del Director

Firma del Jurado

Firma del Jurado

Pereira, Mayo de 2014

Las investigadoras agradecen de manera especial a la Secretaria de Salud de Pereira por posibilitar el desarrollo de esta investigación, a las participantes en los diferentes talleres, entrevistas y grupos focales, a la administración municipal y a quienes con sus aportes como actores en el proceso de construcción social y cultural nos permitieron conocer su realidad.

A Dios que puso los medios para cursar la maestría proporcionándonos la fortaleza espiritual y física para realizar esta investigación.

A nuestras familias por su paciencia, amor, confianza y apoyo total para dar cumplimiento al objetivo propuesto.

A nuestra asesora de tesis, Gina Marcela Arias Rodríguez que permitió encaminar el proceso y depositar su confianza para viabilizar la investigación demostrando calidad humana, nobleza y profesionalismo.

Un agradecimiento a los profesores de la Universidad Autónoma de Manizales por el aporte y formación en el programa académico.

A mis compañeras de tesis por la ayuda incondicional y la confianza depositada en el equipo de trabajo que proporcionaron los medios para obtener un buen producto y buenos momentos de convivencia. Finalmente, a todos aquellos que hicieron parte de este proceso.

CONTENIDO

RESUMEN.....	8
PRESENTACIÓN.....	10
ÁREA PROBLEMÁTICA, ANTECEDENTES Y PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	12
MARCO DE ANTECEDENTES O ESTADO DEL ARTE.....	13
JUSTIFICACIÓN.....	32
OBJETIVOS.....	37
Objetivo General	37
Objetivos Específicos	37
REFERENTE TEÓRICO.....	38
Representaciones Sociales.....	38
La información	42
Campo de representación	43
Lactancia Materna	45
MARCO LEGAL	53
Marco Jurídico Internacional	53
Marco Jurídico Nacional	59
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	77
Enfoque	77
Tipo de Estudio	78
Unidad de Trabajo.....	79
Unidad de Análisis	80
Criterios de Selección.....	83
Técnicas de recolección de la Información	83
Procedimiento.....	85
Consideraciones Éticas.....	86
RESULTADOS.....	87
CONCLUSIONES	167
RECOMENDACIONES	1733
BIBLIOGRAFIA.....	178

Anexo 1. Presupuesto global y discriminado 1877

Anexo 2. Productos esperados y potenciales beneficiarios..... 19090

Anexo 3. Impactos esperados..... 19291

Anexo 4. Guía de preguntas semiestructurado..... 1932

Anexo 5. Resultados Entrevistas 1955

Para efectos prácticos basados en recomendaciones lingüísticas, siempre que se hable en éste trabajo de los niños y adolescentes se entenderá el término para el sexo femenino y masculino.

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo principal interpretar las representaciones sociales frente a la práctica de la lactancia materna de tres grupos de adolescentes del municipio de Pereira (Risaralda), distribuidos a saber: adolescentes no gestantes- no lactantes, adolescentes gestantes y adolescentes lactantes.

Se propuso como método de investigación cualitativa la teoría fundamentada, utilizando como técnicas de recolección de información el grupo focal y la entrevista a profundidad, realizando comparaciones en las interpretaciones de cada uno de los grupos conformados y, análisis abierto, axial y selectivo de las entrevistas a profundidad. Se obtiene como categorías de análisis las siguientes:

La lactancia materna desde la perspectiva de las Emociones, Herramientas para el afrontamiento y Expresión viva de la lactancia: orientación de la conducta.

Como resultados generales desde la categoría de la lactancia desde la perspectiva de las emociones, esta es vivida desde la emoción de la alegría, con participación de la emoción del miedo y, en ocasiones del enojo, principalmente en las mujeres ya lactantes por dificultades desde el afrontamiento. En esta misma categoría se reconoce la importancia del vínculo afectivo y, de las relaciones de apego desde una ganancia bidireccional. Existe trascendencia del componente pudor y vergüenza, especialmente en el grupo de adolescentes no gestantes- no lactantes. Para las adolescentes es importante la práctica de la lactancia materna y prioritaria para la adecuada nutrición de sus hijos o futuros hijos. En el caso de los tres grupos estudiados, pese a la presencia de sentimientos negativos que pueda suscitar la práctica, presentan una orientación de conducta a la aceptación del amamantamiento.

Desde la categoría herramientas para el afrontamiento se observan representaciones sociales que dejan ver el nivel de conocimiento, la influencia de mitos relacionadas especialmente con la ingesta de alimentos específicos, con los argumentos que sustentan el abandono de la lactancia o la inclusión de sucedáneos. Hay una representación social fuerte en

los tres grupos de adolescentes frente a la importancia de las redes de apoyo para lactar y de la necesidad imperante de que realmente las instituciones de salud, sean amigas de la lactancia materna desde sus componentes de promoción, protección y apoyo.

La construcción de una red de facilitadores de conducta positiva de acuerdo a las representaciones sociales de las adolescentes, amerita que se piense en todos los entornos donde se desenvuelven las madres y/o sus hijos para facilitar condiciones que ellas mismas solicitan como es la tranquilidad y la privacidad.

La salud pública invita a conocer e interpretar desde enfoques de tipo cualitativo el comportamiento y la toma de decisiones. Solo así se podrá encaminar el rumbo que permita medir verdaderos resultados a corto, mediano y largo plazo

Palabras clave: representación social, lactancia, adolescentes.

PRESENTACIÓN

En el municipio de Pereira se observa un descenso acelerado en la práctica de la lactancia materna, los niños y niñas están siendo lactados en promedio 2 meses y 1 día; (ICBF, 2011, pág. 338) situación realmente distante a la meta programática de seis meses de lactancia materna exclusiva, según lo plantea el Decreto 3039 de 2007 (Ministerio de la Protección Social, 2007), la Resolución 0425 de 2008 (Ministerio de la Protección Social, 2008) , Plan decenal de Salud Pública 2012-2021 (Ministerio de Salud y Protección Social , 2013), Estrategia de Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) (Ministerio de la Protección Social , 2009), Plan Decenal de Lactancia Materna 2011-2021 (Ministerio de Salud y Protección Social , 2013), Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Panamericana de Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La práctica de la lactancia está siendo afectada por variables que se relacionan con determinantes de tipo cultural, psicológico, educativo, laboral y de prestación de servicios de salud, teniendo en cuenta que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) tienen debilidades en el cumplimiento de la norma técnica de atención al recién nacido, la cual especifica el contacto piel a piel en la primera hora de nacido para facilitar de manera natural el “arrastre al pecho”. Así mismo, es importante una participación activa por parte de éstas en la promoción y protección de la lactancia materna, materializando este propósito en una política institucional que transversaliza programas relacionados con el binomio madre-hijo. Lo anterior fundamentado en el Plan Decenal de Lactancia materna 2010 - 2020 que informa que sólo un 51% de los niños y niñas iniciaron su lactancia en la primera hora después de haber nacido: “La primera hora salva un millón de vidas”. (Ministerio de Salud y Protección Social , 2013)

Esta situación posiblemente está influenciada, de acuerdo a investigaciones previas, por causas como: mitos y creencias por parte de mujeres y familias, estrategias de información, educación, comunicación (IEC) poco efectivas, débil capacidad de afrontamiento de la lactancia; políticas laborales y escolares que no dan el tiempo suficiente ni los espacios físicos adecuados para facilitar la práctica de la lactancia. (Suárez, Hurtado, Sepúlveda & Acevedo, 2005)

De acuerdo a lo anterior, el proyecto de investigación centraliza su acción en las causas de tipo cultural. Se desconocen cuáles son las representaciones sociales que tienen las mujeres frente a la lactancia materna. A nivel nacional se han realizado otros estudios, los cuales han precisado estas representaciones en población de madres gestantes y lactantes. El estudio pretende trabajar este componente de representaciones sociales en adolescentes, queriendo comparar tres grupos: adolescentes que no han tenido la experiencia de ser madres, adolescentes gestantes y adolescentes que ya vivieron la experiencia de lactar.

Los componentes que se tendrán en cuenta como categorías de análisis del desarrollo son: la lactancia desde la perspectiva de las emociones, herramientas para el afrontamiento de la lactancia materna, Orientación hacia la conducta. Lo anterior, visto en relación con la teoría de las Representaciones Sociales, propuesta por Moscovici (1986) en las que se hace referencia a las funciones, afectiva, cognitivas y de integración de la novedad, función de la interpretación de la realidad y función de orientación de conductas.

Con el desarrollo del presente estudio, el Municipio de Pereira tendrá como producto una investigación que permita orientar la discusión referente a las representaciones sociales de las adolescentes frente a la práctica de la lactancia materna. Esta investigación de corte cualitativo, logrará aumentar el nivel de conocimiento para todos los actores: tomadores de decisiones, representantes comunitarios y familias. Se traduce en una oportunidad para actuar en las líneas de promoción y prevención, gestión del riesgo, desde un principio de realidad de acuerdo a las representaciones sociales de los adolescentes, lo cual es clave, porque repercute en prácticas futuras, más aun cuando el porcentaje de nacidos vivos de madres adolescentes oscila en los últimos 10 años entre el 21.7% y 23.3%.

ÁREA PROBLEMÁTICA, ANTECEDENTES Y PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El estudio tiene como pregunta de investigación la siguiente:

¿Cuáles son las representaciones sociales que tienen los adolescentes del municipio de Pereira, frente a la práctica de la lactancia materna desde las categorías de: lactancia desde la perspectiva de las emociones, herramientas para el afrontamiento y orientación de la conducta?

MARCO DE ANTECEDENTES O ESTADO DEL ARTE

Se realizó un estudio en Elda, España titulado “Creímos en la Lactancia Materna: una Aproximación de la Experiencia en Tres Generaciones” (Llorens Mira, Ferrer Hernández, Morales Camacho & Alenda Botella, 2007) en donde se refiere que el

(...) estudio etnográfico de Oliver que recoge las creencias, valores y prácticas populares en torno a la lactancia materna a mediados del siglo XX; a través de la leche se pensaba que era posible transmitir el estado de ánimo materno, existía la creencia olvidada ya en muchas mujeres de este tiempo, de que la primera mujer que le daba de mamar le hacía las entrañas, le configuraba el carácter.

Los mismos autores apuntan que en 1997, el Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, con la ayuda de alguna Consejería de Sanidad y el esfuerzo de muchos pediatras y enfermeras publicaron las tasas de lactancia materna siendo en este momento su duración desalentadora. Sin embargo, se observó respecto a la década anterior, que en la década de los 90 la disminución de prevalencia de lactancia materna con la edad ya no es tan rápida y un 70% de los lactantes de 1 mes de vida son amamantados, el 50% a los 3 meses, pero sólo un 24,8% a los 6 meses y un 7,2% a los 12 meses. Estos hallazgos están en consonancia con los informes de la OMS para la región Europea, según los cuales las tasas de amamantamiento en Europa son bajas y mejoran muy lentamente, salvo en Suecia y Noruega, donde el apoyo institucional a la lactancia es mucho mayor que en Colombia.

Por su parte, el estudio “Factores Asociados al Abandono de la Lactancia Materna” (Martínez Galiano, 2010), tuvo una metodología observacional descriptivo y analítico. Se conformó una muestra de 290 sujetos empleando el muestreo probabilístico con captación consecutiva de madres, de niños de cuatro meses de edad.

Lo anterior dado que mensualmente se registran aproximadamente unos 250 nacimientos en el hospital, encontrándose que muchas mujeres realizan lactancia materna exclusiva.

El abandono de la lactancia materna fue en mujeres que tuvieron parto inducido o que no habían sido informadas por sus familiares. El estudio concluyó que la tasa de lactancia materna exclusiva a los 4 meses está alejada de las recomendaciones emitidas por la OMS y señala a la hipogalactia como la principal causa de abandono de la lactancia, el parto normal y la participación de la familia en la información de la madre sobre la lactancia se asocia con el mantenimiento de la lactancia materna.

Se realizó un estudio en Camagüey, Cuba, titulado “Intervención Educativa sobre Lactancia Materna” (Estrada Rodríguez, Amargós Ramírez, Reyes Domínguez, & Guevara Basulto, 2010), cuyo objetivo consistió en evaluar los resultados de un Programa de Intervención Educativa para demostrar el nivel de conocimientos sobre la lactancia materna, utilizando como muestra 51 gestantes, que hubieran tenido hijos, con fecha probable de parto desde el primero de abril hasta el 30 de mayo del 2007, empleando como instrumento dos tipos de encuestas, por medio de las cuales se pudo demostrar que el nivel educativo marca diferencia en la práctica de la lactancia, observando mayor adherencia en madres universitarias o que estuvieran cursando un estudio de pregrado. De acuerdo con ello plantean que el grado de escolaridad y la práctica de la lactancia son directamente proporcionales, por lo que son más duraderas en madres de nivel universitario y que ello está relacionado con una mejor información de las ventajas de este tipo de alimentación. Se ha comprobado que, a medida que aumenta el nivel de escolaridad se incrementa el número de madres que lactan, sin embargo, otros estudios han encontrado mayor probabilidad de abandono de la lactancia materna o de no iniciarlo entre madres con mayor nivel escolar debido, probablemente, a un grupo de factores como podría ser la actividad laboral.

En la ciudad de la Habana - Cuba en el Policlínico Docente “Lawton” se realizó un estudio de 56 madres adolescentes en el periodo comprendido entre enero de 1996 a enero de 1998. Las mismas recibieron educación sanitaria de manera sistematizada y programada. Este trabajo no solo estuvo encaminado a educar a la madre sino a toda la familia, para de esta manera lograr el éxito deseado. El objetivo de esta investigación fue demostrar la influencia que ejerce la educación sanitaria en las madres que lactan. Como método de investigación se realizó un cuestionario a 56 madres adolescentes (menores de 20 años) por dos años, para determinar los resultados con relación al éxito de la Lactancia Materna Exclusiva; éstas adolescentes recibieron

información durante 30 minutos aproximadamente cada 15 días conjuntamente con sus familiares, con frecuencia de 10 temas y al final de cada una de ellas se realizó el cuestionario (el mismo que se había realizado al inicio). Con relación al cuestionario realizado antes y después de la charla educativa, se observó que el número de adolescentes que respondieron que deben comenzar la lactancia materna en la primera hora de nacido el bebé, representó el 51.8% antes de recibir el curso y el 90% después de recibirlo. Se observó que después de recibir las charlas el 100% de las madres adolescentes coinciden en que efectivamente no es necesario administrar al niño otro tipo de líquido. Antes de recibir la charla el 37% de ellas opinaban que si debían darle agua u otro líquido diferente a la leche materna. Con relación a las respuestas correctas de las adolescentes sobre la lactancia materna, solo 21 respuestas fueron contestadas correctamente antes de haber recibido el curso y el número llegó a 198 después. Por último, en la población objeto de estudio se encontró que el 78.58% de las 56 embarazadas alimentaron a su hijo exclusivamente con pecho y el 3.57% de forma artificial, de manera mixta el 17.87%. La causa del fracaso de la Lactancia Materna Exclusiva en este pequeño porcentaje, fue debido a que las madres argumentaban que los bebés “no se llenaban”. El elevado número de respuestas correctas después de recibir el curso, refleja que efectivamente el impartir sistemáticamente la educación sanitaria, influye positivamente en la población materna para el éxito de la Lactancia Materna Exclusiva. (Gallego Machado, 2001).

Un estudio realizado en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, México, tuvo como objetivo determinar la prevalencia de lactancia en adolescentes, relación entre lactancia y factores sociodemográficos y causas de abandono. Como sustento presenta que a pesar del número de madres adolescentes y las bajas tasas de lactancia entre mujeres jóvenes, la mayoría de las investigaciones no han explorado el problema y solamente incluyen muestras de poblaciones adultas. Son pocos los estudios que han investigado las experiencias y prácticas de lactancia en adolescentes una vez que han egresado del hospital. La Hipótesis alterna propuesta: las madres adolescentes con problemática sociodemográfica-psicosocial lactan 30% menos que las madres adultas. Se determinó durante el seguimiento mensual, la relación entre adolescencia-lactancia exclusiva y factores demográficos: con o sin pareja, ocupación (hogar vs estudio o trabajo); sin hallarse diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los dos factores al final del seguimiento. El motivo de abandono de

la lactancia a lo largo del seguimiento, como primera causa fue hipogalactia (63.6%), como segunda causa regreso a la escuela (13.6%), y como tercera causa indicación médica (11.3%), y otras, relativas al pezón, enfermedad materna, trabajo materno y enfermedad por reflujo del recién nacido (11.5%). Se observó una tendencia a lactar más alta en las adolescentes que lo reportado en la literatura internacional. Al primer mes lactaron 65.7%; 34.3% menos que la cifra intrahospitalaria (100%), observándose una disminución progresiva mes con mes, concluyendo el seguimiento a seis meses con 38.6% de lactancia exclusiva. Este comportamiento puede explicarse por influencia del programa institucional de apoyo a la lactancia, en el cual son incluidas las adolescentes y capacitadas en cuanto a beneficios, técnicas de amamantamiento y manejo de complicaciones; así como por ser un grupo que incluyó en un programa de seguimiento, en el que mensualmente recibían orientación, consulta del recién nacido/lactante menor, resolviéndose dudas sobre el recién nacido y la lactancia.

Al comparar el grupo que concluyó el seguimiento a seis meses, no se encontró relación entre las pacientes que habían tomado el curso de lactancia y la decisión de lactar en forma exclusiva. Sin embargo, en el grupo de deserción encontramos que sólo 13.4% asistió al curso, lo que pudo haber influido en la conducta de abandono. En este estudio, el motivo principal de abandono de la lactancia fue la baja producción, al igual que lo reportado por otros autores. La sensación de que el bebé pasa hambre y de que no se tiene suficiente leche constituye la causa más frecuente de abandono. Llama la atención que como causa de abandono, el regreso a la escuela sólo comprendió 12.9%, tratándose de población en edad escolar, lo que nos habla de un alto índice de deserción; igualmente, es hacer notar que 87% se dedica “sólo al hogar”. Ambas circunstancias condicionan que el embarazo en la adolescente, constituya un serio problema psicosocial que impide la posibilidad de un mejor futuro social y económico para el binomio madre e hijo.

En conclusión la prevalencia de lactancia en adolescentes fue de 38,6% y los factores sociodemográficos no influyeron en la decisión de lactar. La principal causa de abandono fue la hipogalactia. (Quezada-Salazar, Delgado-Becerra, Arroyo-Cabrales & Díaz-García, 2008).

Un estudio realizado por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela de Enfermería en la ciudad de Carabobo Venezuela, informa que la lactancia materna exclusiva es una forma inigualable de nutrición infantil. Sin embargo, a pesar de la importancia que tiene la lactancia materna exclusiva, en la actualidad existe un problema de abandono precoz de la misma debido a la falta de políticas efectivas en pro de su promoción. El objetivo de esta investigación fue establecer si existe relación entre el perfil biopsicosocial de la madre y el abandono de la lactancia materna exclusiva. La metodología fue enmarcada dentro del diseño cuantitativo, de tipo correlacional de corte transversal. La población fue de 106 madres de niños menores de seis meses que asistían a las consultas de niños sanos de la unidad sanitaria Dr. Cándido Díaz Carballo y el Grupo Médico Miranda, la muestra fue representativa del Universo conformada por 60 madres, distribuida en dos grupos: 30 madres que daban lactancia materna exclusiva y 30 que habían abandonado la misma. Los datos se presentan en cuadros de distribución de porcentajes utilizando el estadístico de chi cuadrado con corrección de Yates. Resultados: la edad, el aspecto psicológico, las costumbres de la madre guardan relación estadísticamente significativa con el abandono de la lactancia materna exclusiva. Se concluye que los factores biopsicosociales como son la edad, la paridad, el aspecto psicológico, la cultura se puede convertir en obstáculo para que la madre practique una lactancia materna exclusiva y el aspecto social como es el status social no tiene relevancia para el abandono de lactancia materna exclusiva al igual que la procedencia de la madre. (Cardenas, Montes, Varon & Arenas, 2010)

Se realizó un estudio prospectivo sobre el abandono de la lactancia materna en 144 madres en la Consulta de Seguimiento del Servicio de Neonatología del Hospital General Docente "Enrique Cabrera", de Ciudad de La Habana, durante el período comprendido de junio de 1994 a diciembre de 1996. Se valoraron los niveles de escolaridad de los padres, ocupación, apoyo familiar y nivel de ansiedad de la madre, entre otros. El 59,1 % de los neonatos lactó hasta los primeros 4 meses de vida. El objetivo del trabajo fue determinar los factores psicosociales que influyeron en el abandono de la lactancia materna en estas madres. El 55,5 % de las madres estudiadas tenía entre 20 y 29 años y el abandono de la lactancia materna fue más frecuente en el grupo menor de 20 años y el de 35 años y más. Ni la edad, ni el nivel de escolaridad de la madre y el esposo influyeron en el abandono de la lactancia. En el grupo de madres estudiantes hubo un mayor porcentaje de abandono de dicho tipo de lactancia. El estado civil tampoco influyó en el

abandono de la lactancia, aunque se observó un mayor porcentaje de madres que lactaran en el grupo de las casadas. Las madres que no recibieron apoyo familiar abandonaron con más frecuencia la lactancia materna, al igual que aquéllas que tenían un alto nivel de ansiedad, diferencias que fueron significativas entre ambos grupos con una $p < 0,05$ en el primer caso y una $p < 0,01$ en el segundo. El nivel de ansiedad como rasgo no influyó en dicho abandono ni tampoco la vida sexual de la madre. Se concluye que la falta de apoyo familiar y el nivel alto de ansiedad como estado influyen sobre el abandono de la lactancia materna. (Durán Menéndez, Villegas Cruz, Sobrado Rosales & Almanza Mas, 1999)

Un estudio realizado por estudiantes de la Universidad de San Carlos de Guatemala, de la Facultad de Ciencias Médicas, Unidad Didáctica: Salud Pública II; titulado “Lactancia Materna en Madres Adolescentes entre 12 y 19 años en la aldea Los Esclavos del Departamento de Santa Rosa, Guatemala Abril 2011” (Patzán Cruz, Ixmay Fajardo, Mejía Monroy, & Rimola Quiroa, 2011) muestra las características de las actividades y el tipo de lactancia que recibe el niño al mes de vida.

Los objetivos fueron determinar la relación entre creencias y prácticas de lactancia materna y describir las actitudes de las madres progenitoras. Además de las variables mencionadas, se tuvieron en cuenta otras intervinientes en referencia a las madres adolescentes y a los recién nacidos, las que pudieran tener relación con el tipo de alimentación que aquellas les proporcionen.

La población estudiada estuvo conformada por madres adolescentes de la aldea Los Esclavos, en este caso fueron 30 hogares que visitaron, en la cual la información extraída fueron de madres adolescentes que lactaron a sus hijos y que conocían de sus beneficios les la información que ellas saben sobre el beneficio. Se pudo obtener que casi el 90% de los resultados de las madres adolescentes no tuvieron complicaciones al dar lactancia materna y que tanto ellas como sus esposos tienen una información correcta sobre la lactancia materna.

El grupo de madres tenían en su mayoría historia de lactancia favorable y buena disposición para amamantar a sus hijos. Los resultados obtenidos indican que las acciones que

más se ofrecen, son las correspondientes a favorecer el vínculo madre-hijo, mientras que las educativas registran menor frecuencia de ejecución.

La frecuencia de las actividades estudiadas guarda relación con la presencia o posibilidad de asistencia de la madre al servicio de salud y su consecuente contacto con el equipo de salud. La generalidad de las madres por razones socioeconómicas, una vez dadas de alta, pueden asistir una sola vez por mes al centro de salud ya que las madres manifiestan que no han recibido información de lactancia materna por parte del centro de salud sino por sus familiares indicando que casi el 77% no ha recibido información adecuada y el 23 indica que si ha recibido información de parte del equipo de salud.

El registro del tipo de alimentación que recibían estos niños al mes de vida indica que ninguna de las 30 madres había dejado de amamantar, el 44% lo hacía de manera exclusiva (LME) y el 53% había incluido alimentación artificial (LMP). No se pudo constatar el tipo de lactancia en un solo caso.

El mayor número de hijos es un factor influyente en el tipo de lactancia que estas madres proporcionan, ya pareciera no influir en la alimentación de un nuevo niño.

Otras variables consideradas en este estudio son: el primer día de la puesta al pecho, la terminación del embarazo y la edad gestacional del recién nacido, no mostraron influencia en el tipo de alimentación registrado al mes de vida y se comportan como variables independientes. Este estudio muestra que todavía esta población no ha sido influenciada por aquellas nuevas modernidades ya que hasta hace dos generaciones casi todos los niños del mundo eran amamantados.

Los índices presentados por los estudios realizados por el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá presentan que es menor la cantidad de niños amamantados actualmente.

En Europa la proporción de lactantes exclusivamente amamantados a los seis meses de edad descendió del 86% al 35% en veinticinco años. En los Países Bajos la cifra de lactantes

exclusivamente alimentados con leche materna a la edad de seis meses representaba apenas el 11%. El motor de este cambio fue el proceso de modernización. Un número creciente de mujeres comenzaron a trabajar fuera del hogar y para muchas de ellas el biberón se convirtió en un signo de liberación. A su vez, las compañías lanzaron al mercado nuevos productos lácteos infantiles apoyados en la publicidad. A medida que se atendían más partos en los hospitales y se acentuaban las condiciones de higiene, limpieza y orden, la lactancia materna se convirtió en algo desordenado y no higiénico.

La mayoría de recién nacidos eran separados de sus madres en interés de la eficiencia hospitalaria y eran alimentados de acuerdo a un horario estricto, en lugar de su propia demanda. Pero en la última década, la lactancia materna se ha retomado a nivel mundial. En algunos países según el mismo estudio el 95% de los lactantes fueron amamantados desde el nacimiento. En Estados Unidos, por ejemplo, la proporción de madres que empiezan amamantando a sus hijos se ha duplicado en últimos años. En países desarrollados los lactantes siguen siendo amamantados a la edad de dos meses. Durante la década de los setenta, la investigación científica vino a reforzar esta tendencia revelando las propiedades de tipo nutritivo, inmunológico y afectivo de la lactancia materna.

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo sobre el comportamiento de la lactancia materna en madres adolescentes en el Policlínico Vantroi de Centro Habana en el período comprendido de Enero-2003 a Enero-2004. El Universo estuvo conformado por 75 madres adolescentes de 14 a 20 años, de ellas 72 conformaron la muestra del estudio a las cuales se les aplicó una encuesta inicial, con apoyo en la historia clínica del niño para evaluar las enfermedades más frecuentes y en las fichas familiares para ver el funcionamiento familiar. Se incluyeron todas las madres adolescentes de 14 a 20 años del Policlínico Vantroi en el período estudiado que tuvieron disposición y capacidad para participar, se excluyeron del estudio 3 madres por estar fuera del área de salud. Las variables estudiadas fueron: La edad de la madre (- de 14 años, 14 años, 15 -17, 18-20); Escolaridad (Iletradas, Primario, secundario, Preuniversitario, Universitario Incompleto); Ocupación (Ama de casa, estudiante, trabajadora); Funcionamiento familiar (Funcional, Moderadamente funcional, Disfuncional, Severamente

disfuncional); Tiempo de lactancia materna; Enfermedades más frecuentes en el niño (EDA, IRA, Lesiones en la piel y otras); Causas de la suspensión de la lactancia materna.

Para obtener los datos se apoyaron en las fichas familiares, las encuestas y las historias clínicas de los niños para determinar las enfermedades que padecieron hasta los 6 meses, tiempo en que debía estar con lactancia materna exclusiva. La encuesta aplicada constó de siete preguntas cerradas y semicerradas elaboradas en conjunto con los tutores del trabajo. Para facilitar el estudio de las variables edad, escolaridad, ocupación, así como las causas de abandono de la lactancia materna y algunas de las enfermedades más frecuentes en los primeros seis meses del niño. Se concluye que: 1) Predominaron las adolescentes de 18-20 años, de escolaridad Secundaria, 2) El mayor porcentaje de las adolescentes dio lactancia materna 1-3 meses; 3) Las amas de casa predominaron en las adolescentes estudiadas; 3) Las infección respiratoria aguda fue la enfermedad de mayor porcentaje, seguida de la enfermedad diarreica aguda y lesiones; 4) La referencia de que no tenía leche fue la causa de mayor predominio en la suspensión de la lactancia materna exclusiva.

A nivel nacional se encuentran los siguientes estudios:

El trabajo “Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá” (Sáenz-Lozada & Camacho-Lindo, 2007) es un estudio es descriptivo cualitativo y cuantitativo, que mediante la aplicación de una encuesta a padres de niños del jardín (199 familias), se encontró que 196 niños (98%) recibieron leche materna, el 63 % de los casos inició la alimentación complementaria a los 6 meses y en un 28% a los 4 meses de edad. La razón más importante para el inicio de la lactancia materna fue el reconocimiento de beneficios, tanto para la madre como para el niño, con un 75%; el 17% consideró que el vínculo afectivo era el motivo principal. A los 6 meses de vida el 61% de los niños habían iniciado fórmula láctea. Una razón planteada para el inicio de otra leche fue complementar la lactancia, con un 37,6%. El 4 % de las madres mantuvo la lactancia materna a los 12 meses. Solamente el 21% de las madres finalizó la lactancia materna antes de los 6 meses, edad mínima recomendada por la Organización Mundial de la Salud, y las principales razones para este comportamiento fueron la falta de tiempo y la ocupación de la madre, también se ve influenciada por múltiples factores en donde cuenta el

estrato socioeconómico, el nivel de educación, la salud materna, la cultura, etc. Tan sólo un 35% de los lactantes de todo el mundo son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros cuatro meses de vida.

Un estudio en Santander, Colombia, titulado “Conocimientos, Actitudes y Prácticas Relacionados con Lactancia Materna en Mujeres en Edad Fértil en una Población Vulnerable” (Gamboa D, López B, Prada G, & Gallo P, 2008), menciona que en una muestra de 122 mujeres entre 14 y 45 años de edad permitió identificar los aspectos críticos en cuanto al manejo de las dificultades que se pueden presentar durante la lactancia materna y los aspectos que llevaron al abandono de esta práctica. Con el apoyo del departamento de Salud Pública y escuelas de Nutrición y Dietética, Trabajo Social y Enfermería de la Universidad Industrial de Santander, de acuerdo con los hallazgos del estudio relacionados con la falta de educación, se implementaron estrategias de intervención para mitigar la problemática encontrada. Este estudio generó un alto impacto en la población de objeto porque permitió la formulación y la ejecución de un programa de Educación Nutricional que fomentó la práctica de la lactancia materna en las mujeres residentes en este asentamiento, acciones que se llevaron a cabo de manera conjunta con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF, (programa estatal que tiene como propósito prevenir el deterioro del estado nutricional de las mujeres gestantes, madres lactantes y menores de siete años) y que justificaron la creación de un Hogar FAMI (Familia, Mujer e Infancia), por parte del ICBF, en este asentamiento.

Por otra parte, un estudio desarrollado en las ciudades de Cali, Cartagena, Medellín, Ibagué, Colombia “Factores Asociados a la Lactancia Materna Exclusiva en Población Pobre de Áreas Urbanas de Colombia” (Rodríguez-García & Acosta-Ramírez, 2008) Estudio de corte transversal que empleó el método de encuesta estructurada a 1004 mujeres entre 15 y 49 años de edad, madres de niños menores de 5 años convivientes con ellas, residentes en barrios de estratos socioeconómicos bajo, bajo-medio y medio, del área urbana de dichas ciudades colombianas han demostrado que el tiempo de lactancia exclusiva y total es muy corto.

En el año 1991, en un estudio con mujeres residentes en zona urbana marginal de las ciudades de Bogotá, Barranquilla, Cali, Medellín y Bucaramanga, se estimó en un mes la práctica

de la lactancia materna; en otro estudio realizado en el año 1997, la mediana del tiempo de lactancia exclusiva se estimó en 2,9 meses en una muestra aleatoria de madres que llevaban a sus hijos a hogares comunitarios del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, localizados en barrios de estratos bajos en ciudades del país; el 71,8 % de los niños hasta un año de edad lactaban, mientras que apenas el 36 % de los que tenían hasta dos años, aún recibían leche materna como parte de su alimentación. Para el año 2000, la mediana de la duración de la lactancia exclusiva fue de Sólo 2,3 y de 2,2 meses para el año 2005 en estudios nacionales con muestras de mujeres en edad fértil. En este último estudio se encontró que un importante porcentaje de las madres colombianas no amamantaban a sus hijos en la primera hora de nacidos (51%) y que las mujeres de áreas urbanas inician más tardíamente la lactancia, sobre todo cuando el parto no es en casa y se realiza en una clínica privada o es atendido por el médico.

La disminución de la lactancia materna se ha asociado con factores como la publicidad de un gran número de alimentos infantiles, a cambios en el estilo de vida y en los roles asumidos por la mujer, y la falta de apoyo para desarrollar exitosamente la práctica del amamantamiento, concluyendo que se debe disminuir el uso del biberón en los hospitales el cual es un objetivo susceptible de ser alcanzado con acciones en el sistema de provisión de servicios de salud. Mientras que incrementar el número de madres que estén más tiempo con sus bebés, resulta más difícil de alcanzar.

Es relevante el hallazgo de un alto porcentaje de desconocimiento de los beneficios que para las madres tiene la lactancia materna, frente al bajo porcentaje de desconocimiento que se perciben de los beneficios para los hijos. Si la madre lograra percibir más beneficios para ella en la práctica de la lactancia, podría esto mejorar el porcentaje de las que cuidan habitualmente a su niño pequeño y dedicar más tiempo a sus hijos.

Estudio realizado en Pereira, “Características Asociadas a las Prácticas de Lactancia en Madres Asistentes a Instituciones de Salud de Pereira-2004” (Muñoz S., Martínez, Quintero T., Lasso A., & Medina P., 2005), durante el primer semestre de 2005 se realizó con recursos de la Secretaría Departamental de Salud de Risaralda, una investigación sobre características asociadas a las prácticas de lactancia materna de madres de niños menores de 2 años que asisten a los

servicios de salud de la IPS Comfamiliar Centro y las Empresas Sociales del Estado Kennedy y Cuba del municipio de Pereira. Se diseñó un estudio de casos y controles; para un tamaño de muestra de 55 casos y 106 controles (53 domiciliarios y 53 institucionales). La base de datos fue digitada en Epiinfo y a través de Stat transfer se procesó en SPSS, donde se realizó el análisis bivariado y multivariado y de todas las exposiciones con relación al desenlace de la lactancia materna. El programa de Crecimiento y Desarrollo, espacio donde los organismos de salud llevan a cabo intervenciones para estimular la salud del niño, aparece asociado a la lactancia materna y se comporta como factor protector; igualmente el trabajar en casa, tener apoyo de la familia, una percepción favorable de los beneficios de la lactancia para la madre y la no hospitalización del niño, fueron características que permitieron la lactancia por parte de las madres. Se recomendó evaluar los procesos de hospitalización para que no sean una barrera hacia la lactancia; ser más explícitos en los programas de promoción de la salud en cuanto a los beneficios que trae ésta para las madres y fortalecer las redes sociales que acojan a las madres que no reciben apoyo que trabajan fuera de la casa.

Un estudio comprensivo sobre aspectos socioculturales que pueden influenciar el inicio y la finalización de prácticas lactantes en tres regiones de Cundinamarca fue realizado por Roberto Suárez (Investigador principal) y David Hurtado Rodrigo Sepúlveda, Tatiana Acevedo, como co-investigadores del Grupo de Antropología Médica Departamento de Antropología Universidad de los Andes (Suárez, Hurtado, Sepúlveda, & Acevedo, 2005). El tema de la lactancia exclusiva, dentro del contexto social actual, exige la reflexión sobre aspectos relacionados con el tipo de sociedad en la cual las madres lactantes se encuentran inmersas. Para el caso de estudio, un primer elemento a destacar es una característica que describe la sociedad colombiana, es decir, la coexistencia de lo moderno y lo premoderno simultáneamente. Esta característica permite entender la lactancia dentro del contexto social, en el cual las políticas públicas que la promueven se confrontan cotidianamente con una realidad biopsicosocial, en que se encuentra inmerso el saber científico con las necesidades sentidas de la madre y del bebé, en cuanto a lo afectivo, lo nutricional y del desarrollo del bebé.

Sobre esta base, el momento de la lactancia se convierte para la mujer en un ejercicio de afrontamiento donde se ve avocada en su historia de vida a mantener o a reconfigurar elementos

que le dan un orden a su mundo de la vida cotidiana. De allí que las madres del estudio hayan hecho referencia implícita o explícitamente a las implicaciones individuales y sociales del ser madre, pero además, de ser madre lactante. Implicaciones individuales porque el ser madre exigió un cambio social en el plano laboral o en el contexto intrahogar. En este proceso, el cuerpo de la mujer lactante adquiere un significado especial, ya que deviene un lugar de confluencia de múltiples narrativas. En él se encarnan tradiciones y valores sociales que permiten la reproducción del vínculo social de los grupos. El cuerpo de la madre lactante, entonces, se ubica en una paradoja social: es individual, donde se ponen en escena temas sobre la juventud y el autocuidado, pero a su vez, es un espacio público, sobre el cual se construyen representaciones que buscan delimitarlo donde diferentes actores (familia, amigos y proveedores en salud) se sienten llamados a influenciar, modificar y acompañar. En este mismo estudio se menciona como los servicios de salud convencidos de los beneficios de la lactancia, desarrollan su trabajo.

Sin embargo, vale la pena señalar que mediante el uso de juegos del lenguaje, se califican como buenas o malas las prácticas, lo cual sugiere que la relación cara a cara entre proveedores en salud y madres lactantes, está mediada por una comunicación ortodoxa. Esto quiere decir que la realidad sociocultural de las personas es negada, infantilizada o calificada negativamente, olvidando que las personas no son idiotas culturales y actúan de acuerdo con sus objetivos sociales cotidianos y no bajo las expectativas institucionales del personal de salud (motivación individual). Finalmente, el problema de la lactancia materna y de la lactancia exclusiva al ser abordado desde la antropología médica, permite entender la relación entre la cultura y lo social dentro de la realidad cotidiana. Relación que promueve itinerarios nutricionales del bebé que pueden ir de acuerdo con los lineamientos oficiales o estar en divergencia con ellos.

De acuerdo con los antecedentes revisados de cada uno de los autores, se puede concluir, que la práctica de la lactancia materna está influenciada por factores de tipo cultural que determinan la fluidez social y personal de un proceso natural. Las representaciones sociales han jugado un papel importante en este ejercicio de lactar y, desconocer esas representaciones se convierte en sí mismo un factor de riesgo que de seguir siendo invisible puede influir de manera muy negativa en el proceso de crecimiento y de desarrollo de la primera infancia desde las esferas biopsicosocial.

Sustentado en el estado del arte se presenta el problema de investigación.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El municipio de Pereira como capital del Departamento de Risaralda, en los últimos cinco años ha tenido un promedio de 6.064 nacidos vivos por año, de los cuales en promedio el 23% son hijos de madres adolescentes.

En términos ideales se esperaría que cada uno de estos niños y niñas hubiesen recibido como mínimo seis meses de lactancia materna exclusiva.

Para el año 2005 la media de lactancia materna en Risaralda estaba en 3.4 meses (ICBF, 2011, pág. 254) observándose un descenso significativo para el año 2010 con una media de lactancia materna de 2 meses 1 día. (p. 338)

La práctica de la lactancia materna está siendo afectada por variables que se relacionan con determinantes de tipo cultural, psicológico, educativo, laboral y de prestación de servicios de salud.

Según referencia de la Directora Operativa de Salud Pública de Pereira, menciona que desde el punto de vista cultural se observa que existe un desconocimiento por parte del municipio sobre las representaciones Sociales que están afectando la práctica de la lactancia materna. Estas representaciones están impidiendo que la lactancia materna se desarrolle de manera natural y, con compromiso de aprender la técnica adecuada que les permita a las madres adolescentes emprender y mantener esta acertada práctica en pro del sano crecimiento y desarrollo del niño.

La Secretaría de Salud Municipal de Pereira, refiere que alrededor de encuentros comunitarios informales y de algunos ejercicios de promoción de la lactancia se logran rescatar creencias relacionadas con la estética corporal, el valor nutricional de la leche materna, la gran influencia del mercado de sucedáneos, entre otros.

Esta situación aún, se observa más evidente según refiere la Directora Operativa de salud Pública, en las adolescentes quienes desde los ejercicios de campo manifiestan mayor temor para

lactar, desconocimiento mismo de cómo hacerlo y, con comportamientos de gran dependencia a los consejos de terceros.

Es así, como se está haciendo referencia a adolescentes que además de estar atravesando un proceso natural de cambios físicos, psicológicos, de adaptación y definición de estructura de personalidad, están viviendo una etapa gestacional en una edad que marca alto riesgo dadas sus características físicas y emocionales. La anterior situación pone en un nivel crítico la práctica de la lactancia materna.

Las dificultades que presentan las adolescentes para lactar desde el componente clínico pueden ser similares a las que se presentan en otro rango de edad, pero el componente psicosocial y emocional está altamente comprometido, aun desde la misma aceptación de su embarazo.

Las mujeres adolescentes contribuyen a las labores de cuidado del hogar, asumiendo labores diarias de compromisos académicos que ocupan gran parte de su día, lo cual a su vez supera los objetivos de lactancia materna una vez han asumido un embarazo en la adolescencia.

Así mismo, la sociedad de consumo ha posicionado una imagen de la estética que reduce cada vez más a las mismas mujeres, con cuidados extremos del cuerpo aumentando las representaciones que afectan de manera directa la lactancia materna. La etapa de la adolescencia marca un momento de aceptación corporal a los nuevos cambios que están sucediendo y, están más vulnerables a los cambios corporales que marca un embarazo.

Adicional a lo anterior, desde el componente educativo el nivel de conocimiento frente a la técnica de la lactancia materna es deficiente, por lo cual la práctica carece de los pasos que son claves para lograr un resultado exitoso en esta actividad propia del binomio madre-hijo.

Las estrategias de información, educación y comunicación han ofertado hasta el momento imágenes, videos e impresos muy sugestivos frente a la armonía que genera la lactancia, pero realmente se han olvidado de formar a las mujeres y familias para generar en ellos capacidades de afrontamiento y mantenimiento durante el tiempo de lactancia establecido como exclusividad.

Estas estrategias no se han elaborado teniendo en cuenta un enfoque diferencial necesario para atender la población adolescente.

Las políticas laborales, institucionales y de establecimientos académicos no facilitan la práctica de la lactancia materna. El tiempo establecido para ello se reduce a una hora al día, lo cual limita la estimulación constante que requiere la madre para garantizar la producción de leche materna. Estas mismas políticas no priorizan la necesidad de contar con espacios físicos que garanticen condiciones de tranquilidad, privacidad e higiene para que las madres en su rol como trabajadoras o estudiantes, puedan alternar sus labores con la práctica de la lactancia materna.

La prestación de los servicios de salud tanto en las líneas de intervención, de promoción y prevención como en atención del parto, omiten lo que reza en la norma técnica del recién nacido, la cual hace mención a la necesidad de incorporar el “contacto piel a piel” como una estrategia para estimular el arrastre al pecho de manera natural. Las condiciones del mismo sistema sumado a características personales del recurso humano que brinda la atención, hacen que se altere este momento vital entre madre e hijo y, entre recién nacido y su conexión con el mundo exterior y consigo mismo.

Aspectos de tipo psicológico también han sido decisivos en el descenso de la práctica de la lactancia materna, la cual ha sido asumida como asunto de mujeres, con parejas y familiares que asumen una actitud pasiva o comportamientos que aumentan el nivel de tensión. Así, se disminuye el acompañamiento activo, propositivo, con conocimiento y con características de superación y resistencia a posibles obstáculos que se presenten.; su condición de embarazo en muchas ocasiones genera una situación de rechazo que marca mayor grado de vulnerabilidad y, una situación de estrés familiar que actúa en contra de ambientes psicológicos favorables para la lactancia.

El descenso significativo de la lactancia materna en un municipio genera consecuencias de carácter físico y psicológico que pueden generar dificultades en el proceso de crecimiento y desarrollo del infante; dificultades en el establecimiento del vínculo del binomio madre-hijo.

Así mismo se aumenta el riesgo frente a patologías de índole digestivo, y, a la morbimortalidad evitable. La economía familiar se ve afectada por el alto costo que tienen las leches maternizadas artificiales.

En conclusión, la ausencia de la práctica de la lactancia materna genera pérdida de oportunidades para el desarrollo personal, familiar y social.

Colombia cuenta con múltiples desarrollos de política pública relacionados con la infancia, la alimentación, la salud, la familia, entre otros, que no se armonizan adecuadamente y que, dadas sus complejidades, van dejando de lado temas tan relevantes como la lactancia materna.

El comportamiento actual de indicadores como hambre, pobreza, mortalidad, morbilidad, condiciones de vida de los niños y las niñas y de las mujeres, aunado a los resultados en los índices de lactancia y las prácticas sociales que la acompañan, demuestran la necesidad de establecer una acción que, de forma sistemática, los transforme estructuralmente.

Pereira, a través de su política pública, la cual se llama Pereira Amiga de la primera infancia, infancia y adolescencia, cuenta con dos líneas de acción encaminadas a “Niños y adolescentes seguros y niños y adolescentes capaces”. Estas líneas de acción tienen categorías relacionadas con el sano desarrollo de los niños y de los adolescentes, entre ellas está la categoría de existencia cuyos objetivos de política son “Todos vivos y todos saludables”. Uno de los indicadores planteados en dicha política pública es el incremento de la media de lactancia materna, considerando esta práctica como un factor protector que potencia el desarrollo y que en el municipio tiene una tendencia a la baja.

El abandono del amamantamiento, es un problema con importantes implicaciones personales, sociales y sanitarias. Desconocer las representaciones sociales que tiene las adolescentes frente a la lactancia materna marca un camino débil para la asunción mantenida y exitosa de esta práctica saludable.

De allí surge la necesidad de responder la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuáles son las representaciones sociales que tienen las adolescentes del municipio de Pereira, frente a la práctica de la lactancia materna desde las categorías de: lactancia desde la perspectiva de las emociones, herramientas para el afrontamiento y orientación de la conducta?

JUSTIFICACIÓN

En septiembre de 2000, en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, los líderes del mundo convinieron en establecer objetivos y metas mensurables, con plazos definidos, para combatir la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación del ambiente y la discriminación contra la mujer.

Estos objetivos y metas, que constituyen la esencia del programa mundial, se llaman ahora "Objetivos de desarrollo del milenio". Entre estos objetivos se encuentra la disminución de la mortalidad infantil, de la desnutrición y la erradicación de la pobreza extrema y el hambre mundial.

En relación con lo anterior en el año 2002 se realizó la cumbre mundial de la Infancia, la cual terminó con la aprobación oficial por parte de 180 naciones del documento "Un mundo apropiado para los niños", este concepto incluye el mejoramiento de las condiciones y del entorno a favor de la infancia.

Este mismo año se adoptó por consenso la *Estrategia Mundial para la alimentación del Lactante y del Niño Pequeño/OMS*, a fin de reavivar la atención que el mundo presta a las repercusiones de las prácticas de alimentación, nutrición, crecimiento, desarrollo, y en la propia supervivencia de los lactantes y los niños pequeños.

Desde la OPS se posiciona la estrategia Atención Integral a las enfermedades prevalentes de la infancia, de acuerdo con ello y desde el interés nacional se construye el Plan decenal de lactancia materna.

Para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna 1998-2008 con el fin de fortalecer la acción de entidades territoriales y las aseguradoras, proporcionando las condiciones necesarias para que desarrollen su capacidad de gestión en pro de la salud y la nutrición de la población infantil, la mujer, la familia y el medio ambiente a través

de intervenciones que lleven al desarrollo sostenible. (Ministerio de Salud y Protección Social , 2013)

En concordancia con lo anterior el Ministerio de la Protección Social expide el Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020. Un imperativo público para la protección y alimentación de los niños y niñas menores de dos años, en el marco del desarrollo de la Política Nacional de Primera Infancia y de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, del Decreto 3039 de 2007, y la Resolución 0425 del 2008. Desde entonces se disponen políticas nacionales, departamentales y municipales orientadas a la promoción y práctica mantenida de la lactancia materna.

El marco normativo es amplio y explica que no solo la región sino el mundo, deben tener como línea de trabajo la promoción, la protección y el apoyo de la lactancia materna exclusiva dado el significado y los altos beneficios para un individuo, una familia y una sociedad.

La protección, la promoción y el apoyo de la lactancia es una prioridad de desarrollo de cualquier país. El estudio es relevante ya que marca gran interés a nivel municipal. La pregunta que se pretende responder permitirá aumentar el nivel de comprensión frente a un fenómeno o situación problemática que no tiene una tendencia de mejora en el municipio de Pereira y, que aborda una etapa del ciclo vital que es catalogada como preferente y preferencial (niños y adolescentes)

Así mismo, el estudio es novedoso y útil porque permite conocer las representaciones sociales que existen alrededor de la práctica y mantenimiento de la lactancia materna en mujeres adolescentes, permitirá una adecuada toma de decisiones frente a los programas y estrategias que se hayan implementado a nivel municipal, no sólo desde la dirección local de salud, sino desde otros sectores o instituciones que tienen dentro de su plan de acción promocionar y proteger la lactancia materna.

Es un estudio que no se ha realizado en la ciudad de Pereira y, resulta de gran interés y pertinencia a la luz de las líneas de acción de la política pública de primera infancia, infancia y adolescencia a nivel Municipal y del Plan de Desarrollo del municipio.

En Pereira hay aproximadamente 1.220 nacimientos anuales de madres adolescentes, por lo tanto esta investigación se convierte en un insumo importante para el diseño de estrategias de información, educación y comunicación más efectivas en este grupo poblacional, de tal forma que se garantice mayor impacto en la formación para lograr una integración cognitiva que introduzca significados positivos en relación con la práctica de la lactancia materna.

Las estrategias de educación y comunicación, podrán tener en cuenta las representaciones sociales que generen movilización y mejoramiento de competencias personales y comunitarias, frente a la capacidad de afrontamiento y mantenimiento de la práctica de lactancia con técnica y naturalidad. Se obtiene conocimiento para fortalecer el trabajo de grupos comunitarios defensores de lactancia materna, con enfoque diferencial de acuerdo a las necesidades particulares de las madres adolescentes.

El resultado de esta investigación podrá ser utilizado para promover en las comunidades mayor formación. De esta manera, no asumirán una actitud de dependencia frente al personal de salud, el conocimiento que tenga la comunidad y la adecuada defensa de su derecho ya es un soporte fundamental que permitirá en un futuro a corto, mediano y largo plazo no solo hacer valer el derecho a la lactancia sino las condiciones adecuadas para potenciarlo. Un ejemplo de ello, podría ser las exigencias en las IPS y en contextos escolares adecuados para la lactancia.

El Consejo de Política Social del Municipio tendrá la posibilidad de incluir dentro de sus políticas de primera infancia, infancia y adolescencia un conocimiento de tipo cualitativo que va a fundamentar nuevos direccionamientos para lograr aumentar la lactancia materna exclusiva (6 meses) y complementaria (hasta los 2 años).

Las representaciones sociales de las adolescentes frente a la práctica de la lactancia materna podrán ser insumos importantes en la construcción temática y metodológica de

programas que están relacionados con la salud sexual y reproductiva como son los proyectos de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía, servicios amigables para jóvenes y adolescentes, control prenatal, cursos psicoprofilácticos, gestión del riesgo.

Poder incluir características particulares relacionadas con la dimensión afectiva, cognitiva de una representación social y, comprender mejor el porqué de la orientación de la conducta, es un escenario que marca mayor garantía en los resultados de los procesos educativos y de acompañamiento en el momento de iniciar con el amamantamiento.

El presente estudio es pertinente dado que la disminución acelerada de la lactancia materna se convierte en un problema de Salud Pública, y, a su vez en un determinante relacionado con los estilos de vida que repercute en el desarrollo personal y social de un municipio. De ahí la importancia de conocer las representaciones sociales de tres grupos de adolescentes de Pereira frente a la práctica de la lactancia materna.

Esta propuesta de investigación se relaciona con la Línea de “Cultura De La Salud”, en el sentido que lo que interesa conocer es cómo los sujetos representan desde su cotidianidad la práctica de la lactancia materna, influyendo de alguna manera en que ésta se mantenga o disminuya, considerando las formas como las madres gestantes y lactantes representan tal práctica.

De igual forma, en la línea de investigación se propone un abordaje social y cultural del proceso salud-enfermedad, entendiendo que la práctica de la lactancia materna encierra creencias, sentidos, afectos y comportamientos, resulta fundamental plantear un abordaje que se oriente hacia la comprensión de éstas como una construcción cultural.

Respecto a la noción de bienestar planteada en la línea de investigación, esta propuesta de estudio pretende que sus resultados apunten hacia la implementación de programas y proyectos enfocados a la promoción, protección y defensa de la lactancia materna como una práctica que promueve el bienestar para el binomio madre-hijo/a y, de toda una sociedad, en tanto se conocen

ya de manera suficiente las implicaciones que tiene la lactancia materna y el proceso de desarrollo de niños en la primera infancia.

Así entonces, esta propuesta se relaciona de manera explícita con las subcategorías que se proponen en la Línea, tales como: Creencias, Percepciones, Imaginarios, Representaciones, Simbolismos.

OBJETIVOS

Objetivo General

Comprender las representaciones sociales que construyen tres grupos de adolescentes de Pereira frente a la práctica de la lactancia materna, desde las categorías de: lactancia desde la perspectiva de las emociones, herramientas para el afrontamiento y orientación de la conducta.

Objetivos Específicos

- Interpretar las representaciones sociales que tienen las adolescentes que aún no han sido madres frente a la lactancia materna, de acuerdo con las categorías de: la lactancia desde la perspectiva de las emociones, herramientas para el afrontamiento y orientación de la conducta.
- Interpretar las representaciones sociales de las adolescentes gestantes frente a la lactancia materna, de acuerdo con las categorías de: la lactancia desde la perspectiva de las emociones, herramientas para el afrontamiento, orientación de la conducta.
- Interpretar las representaciones sociales que tienen las adolescentes lactantes frente a la práctica de la lactancia materna, de acuerdo con las categorías de: la lactancia desde la perspectiva de las emociones, herramientas para el afrontamiento, orientación de la conducta.
- Comparar las representaciones sociales respecto a la lactancia materna de los tres grupos objeto de estudio.

REFERENTE TEÓRICO

En el marco teórico que se presenta a continuación, se intenta abordar el significado de las Representaciones Sociales como herramienta de la sociología que nos permite interpretar el significado de lactancia materna en las adolescentes, objeto de estudio de esta investigación. Además, se presentan definiciones y generalidades sobre la lactancia materna.

Representaciones Sociales

Representación Social es una categoría que encontramos actualmente en diversas investigaciones dentro del campo de las Ciencias Sociales. Hasta el momento ni en la primera obra de Moscovici se evidencia una definición acabada sobre este fenómeno. Al respecto el propio Moscovici expresó: "... si bien es fácil captar la realidad de las representaciones sociales, no es nada fácil captar el concepto..." (Moscovici, citado por Lacolla, 2005) Ello nos apunta a indagar en la complejidad del concepto que nos convoca. Desde su origen ha surgido de elementos sociológicos como la cultura y la ideología así como de elementos psicológicos como la imagen y el pensamiento, por lo cual su ubicación será entre dos grandes ciencias: la Psicología y la Sociología.

Este concepto aparece por primera vez en la obra de Moscovici (1961) donde expone:

(...) La representación social es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. Es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación... son sistemas de valores, nociones y prácticas que proporciona a los individuos los medios para orientarse en el contexto social y material, para dominarlo. Es una organización de imágenes y de lenguaje. Toda representación social está compuesta de figuras y expresiones socializadas. Es una organización de imágenes y de lenguaje porque recorta y simboliza actos y situaciones que son o se

convierten en comunes. Implica un reentramado de las estructuras, un remodelado de los elementos, una verdadera reconstrucción de lo dado en el contexto de los valores, las nociones y las reglas, que en lo sucesivo, se solidariza. Una representación social, habla, muestra, comunica, produce determinados comportamientos. Un conjunto de proposiciones, de reacciones y de evaluaciones referentes a puntos particulares, emitidos en una u otra parte, durante una encuesta o una conversación, por el “coro” colectivo, del cual cada uno quiéralo o no forma parte. Estas proposiciones, reacciones o evaluaciones están organizadas de maneras sumamente diversas según las clases, las culturas o los grupos y constituyen tantos universos de opiniones como clases, culturas o grupos existen. Cada universo tiene tres dimensiones: la actitud, la información y el campo de la representación... (Moscovici, citado por Alfonso Pérez, s.f.)

La lactancia materna está concebida como una práctica, cuyo desarrollo está ligado de manera íntima a las representaciones sociales que se han elaborado sobre la misma. Son estas representaciones las que generan argumentos en este caso, sobre el hecho de suspender la práctica tempranamente o, simplemente no iniciar con ella, así se tenga pleno conocimiento de los beneficios desde el componente teórico e informativo. La lactancia es el producto de esa organización interna de imágenes, de lenguaje que muestran y comunican el por qué frente a un determinado comportamiento.

Moscovici, años más tarde, afirmaba:

...Representación social es un conjunto de conceptos, enunciados y explicaciones originados en la vida diaria, en el curso de las comunicaciones interindividuales. Es una forma de interpretar y de pensar la realidad cotidiana. En nuestra sociedad se corresponden con los mitos y los sistemas de creencias de las sociedades tradicionales; incluso se podría decir que son la versión contemporánea del sentido común, constructos cognitivos compartidos en la interacción social cotidiana que proveen a los individuos de un entendimiento de sentido común, ligadas con una forma especial de adquirir y comunicar el conocimiento, una forma que crea realidades y sentido común.

Un sistema de valores, de nociones y de prácticas relativas a objetos, aspectos o dimensiones del medio social, que permite, no solamente la estabilización del marco de vida de los individuos y de los grupos, sino que constituye también un instrumento de orientación de la percepción de situaciones y de la elaboración de respuestas....
(Moscovici, citado por Alfonso Pérez, s.f.)

Teniendo en cuenta las ideas de Moscovici, la representación social concierne a un conocimiento de sentido común, que debe ser flexible, y ocupa una posición intermedia entre el concepto que se obtiene del sentido de lo real y la imagen que la persona reelabora para sí. Es considerada además proceso y producto de construcción de la realidad de grupos e individuos en un contexto histórico social determinado.

Las representaciones sociales se definen por un contenido: informaciones, imágenes, actitudes. etc. Y, a su vez se define por un sujeto: individuo, familia, grupo o clase. Por tal motivo toda representación social es representación de algo y de alguien.

Una propuesta bien aceptada y fiel a las ideas planteadas por Moscovici la encontramos en las elaboraciones de Denise Jodelet (citado por Alfonso Pérez, s.f.) quien plantea que la noción de representación social concierne a:

- *La manera en que nosotros, sujetos sociales aprendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, las informaciones que en él circulan, a las personas de nuestro entorno próximo o lejano.*
- *El conocimiento espontáneo, ingenuo o de sentido común por oposición al pensamiento científico.*
- *El conocimiento socialmente elaborado y compartido, constituido a partir de nuestras experiencias y de las informaciones y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social.*

- *Conocimiento práctico que participa en la construcción social de una realidad común a un conjunto social e intenta dominar esencialmente ese entorno, comprender y explicar los hechos e ideas de nuestro universo de vida.*
- *Son a un mismo tiempo producto y proceso de una actividad de apropiación de una realidad externa y de elaboración psicológica y social de esa realidad. Son pensamiento constitutivo y constituyente. (Alfonso Pérez, s.f.)*

De acuerdo con lo anterior, las representaciones sociales de la lactancia se van constituyendo en la interacción cotidiana que se tiene con otros sujetos que bien pueden ser parte del grupo familiar o, del grupo escolar, de pares o de vecinos y de amigos. En este orden de ideas toda expresión, gesto, movimiento, frase que se emita respecto a la lactancia materna va a ser parte de esa cadena constitutiva de las representaciones sociales, lo cual va a repercutir en la vivencia directa que cada quien pueda tener con la práctica de la lactancia materna.

La comunicación que parte de las representaciones sociales debe ser estudiada porque no particulariza, ni queda en un único individuo; por el contrario, tiende a generalizar un concepto que termina siendo teoría con posicionamiento colectivo, como parte de una realidad social. De allí, que una representación social puede ser determinante en el mantenimiento de una práctica saludable.

En 1986, Jodelet incorpora nuevos elementos a su definición refiriendo que son

... imágenes condensadas de un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso, dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver... formas de conocimiento práctico que forja las evidencias de nuestra realidad consensual.... (Alfonso Pérez, s.f.)

Las representaciones se estructuran alrededor de tres componentes fundamentales: la actitud hacia el objeto (dimensión afectiva), la información sobre ese objeto (dimensión

cognitiva) y un campo de representación donde se organizan jerárquicamente una serie de contenidos e invitan a la acción. (Dimensión de orientación de la conducta).

Investigaciones llevadas a cabo han demostrado que desde el punto de vista de la génesis, la actitud es la primera dimensión de una representación, pues nos representamos “algo” luego y en función de la toma de posición hacia ese “algo”.

La Actitud

Es el elemento afectivo de la representación. Se manifiesta como la disposición más o menos favorable que tiene una persona hacia el objeto de la representación; expresa por tanto, una orientación evaluativa en relación con el objeto. Imprime carácter dinámico y orienta el comportamiento hacia el objeto de representación, dotándolo de reacciones emocionales de diversa intensidad y dirección. Moscovici señala que:

“... la actitud implica un estímulo ya constituido, presente en la realidad social a la que se reacciona con determinada disposición interna, mientras que la representación social se sitúa en “ambos polos”: constituye el estímulo y determina la respuesta que se da.” (Mejía Martínez, 2010) Según Darío Páez la diferencia más notable entre actitud y representación está dada en la interpretación de los datos más que en los instrumentos que son utilizados, pues las técnicas son muy similares.

La información

Es la dimensión que refiere los conocimientos en torno al objeto de representación; su cantidad y calidad es variada en función de varios factores. Dentro de ellos, la pertenencia grupal y la inserción social juegan un rol esencial, pues el acceso a las informaciones está siempre mediatizado por ambas variables. También tienen una fuerte capacidad de influencia la cercanía o distancia de los grupos respecto al objeto de representación y las prácticas sociales en torno a éste.

Campo de representación

Este es el tercer elemento constitutivo de la representación social. Nos sugiere la idea de “modelo” y está referido al orden que toman los contenidos representacionales, que se organizan en una estructura funcional determinada. El campo representacional se estructura en torno al núcleo o esquema figurativo, que constituye la parte más estable y sólida de la representación, compuesto por cogniciones que dotan de significado al resto de los elementos. En el núcleo figurativo se encuentran aquellos contenidos de mayor significación para los sujetos, que expresan de forma vívida al objeto representado. Es necesario destacar que esta dimensión es “construida” por el investigador a partir del estudio de las anteriores.

Una representación se elabora desde características cognitivas, simbólicas, desde el discurso, desde la práctica social, y, desde las relaciones interpersonales con otros.

Moscovici puso de manifiesto dos procesos que explican cómo lo social transforma un conocimiento en representación y, como una representación transforma lo social. Estos dos procesos son la **objetivación y el anclaje**.

La objetivación es una operación formadora de imagen, es el proceso por el cual se reabsorben los significados y se materializan.

El Anclaje (Moscovici): se refiere a la integración cognitiva del objeto dentro de un sistema de pensamiento preexistente y a las transformaciones que se vayan derivando. Así se articulan las tres funciones básicas de la representación:

- Función cognitiva de integración de la novedad: asignación de significados.
- Función de interpretación de la realidad: racionalización de los significados.
- Función de orientación de la conducta: da cuenta de las operaciones del cerebro de acuerdo con su interacción cotidiana.

Las funciones de las representaciones sociales han sido expuestas por varios autores destacando la funcionalidad y utilidad práctica de la teoría en el ámbito social. Jean Claude Abric (1994) hace una sistematización sobre el tema donde resume, a su modo de ver, cuatro funciones básicas de las representaciones. Estas funciones han sido desarrolladas en un trabajo realizado por Maricela Perera (1999), siendo precisamente dichas funciones las que se presentan a continuación:

Función de conocimiento: Permite comprender y explicar la realidad. Las representaciones permiten a los actores sociales adquirir nuevos conocimientos e integrarlos, de modo asimilable y comprensible para ellos, coherente con sus esquemas cognitivos y valores. Por otro lado, ellas facilitan -y son condición necesaria para- la comunicación. Definen el cuadro de referencias comunes que permiten el intercambio social, la transmisión y difusión del conocimiento.

Función identitaria: Las representaciones participan en la definición de la identidad y permiten salvaguardar la especificidad de los grupos. Sitúan además, a los individuos y los grupos en el contexto social, permitiendo la elaboración de una identidad social y personal gratificante, o sea, compatible con el sistema de normas y valores social e históricamente determinados.

Función de orientación: Las representaciones guían los comportamientos y las prácticas. Intervienen directamente en la definición de la finalidad de una situación, determinando así a priori, el tipo de relaciones apropiadas para el sujeto. Permiten producir un sistema de anticipaciones y expectativas, constituyendo una acción sobre la realidad. Posibilitan la selección y filtraje de informaciones, la interpretación de la realidad conforme a su representación. Ella define lo que es lícito y tolerable en un contexto social dado.

Función justificatoria: Las representaciones permiten justificar un comportamiento o toma de posición, explicar una acción o conducta asumida por los participantes de una situación.

La funcionalidad de las representaciones sociales puede sintetizarse en evaluativas, orientadoras, explicativas y clasificatorias.

Las representaciones sociales están ligadas a la psicología social porque ellas orientan la conducta.

Lactancia Materna

Cuando se habla de lactancia materna es importante reconocer los diferentes elementos sociales y culturales frente a la práctica y poner en evidencia lo que algunos estudios han demostrado frente a los beneficios en el proceso de crecimiento y de desarrollo de los infantes. Así entonces se describe a continuación los resultados del estudio realizado por la Revista Salud, Sexualidad y Sociedad (Rojas Collazos, 2010)

La presente revisión define la lactancia materna y la clasifica oficialmente según los parámetros de la Organización Mundial de la Salud, se aclara también sobre los beneficios de la lactancia materna tanto para la madre como para el niño, además de explicar las contraindicaciones, mitos y creencias acerca de la lactancia materna.

El artículo señala cómo la lactancia materna es el mejor alimento que una madre puede ofrecer a su hijo recién nacido, no sólo por su composición, sino también por el vínculo afectivo que se establece entre la madre y su bebé durante el acto de amamantar. En razón de que contiene todo lo que el niño necesita durante sus primeros meses de vida, la leche materna protege al bebé frente a muchas enfermedades.

La lactancia materna es el alimento ideal exclusivo hasta los seis meses porque es económico, accesible y brinda todos los nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo del niño, después de los seis meses se recomienda complementar la lactancia materna con otro tipo de alimentos, hasta los dos años como mínimo.

Según la OMS y el UNICEF, a partir de los dos primeros años la lactancia materna debería mantenerse hasta que el niño o la madre decidan, sin que exista ningún límite de tiempo. No se sabe cuál es la duración "normal" de la lactancia materna en la especie humana. En nuestra cultura se tiende a considerar la lactancia materna como algo propio únicamente de bebés de pocas semanas o meses. Sin embargo, también se han descrito casos en los que se ha mantenido la lactancia durante varios años. Los estudios antropológicos publicados concluyen que la franja natural de lactancia en bebés humanos se encuentra situada entre los dos años y medio y los siete.

El abandono del amamantamiento, como forma habitual de alimentación de los lactantes, es un problema con importantes implicaciones personales, sociales y sanitarias. Su relevancia ha sido destacada por la OMS y UNICEF en diferentes declaraciones.

La lactancia no solo es instinto, también comportamiento aprendido por imitación. En 1991, la OMS acuñó definiciones precisas de los tipos de alimentación del lactante. Estas definiciones se deben utilizar en los estudios sobre lactancia para poder comparar resultados entre estudios.

- Lactancia materna exclusiva: Lactancia materna, incluyendo leche extraída o de nodriza. Permite que el lactante reciba únicamente gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales).
- Lactancia materna predominante: Lactancia materna, incluyendo leche extraída o de nodriza como fuente principal de alimento, permite que el lactante reciba líquidos (agua, agua endulzada, infusiones, zumos), bebidas rituales, gotas o jarabes (vitaminas, medicinas o minerales).
- Lactancia materna completa: Incluye a la lactancia materna exclusiva y a la lactancia materna predominante.
- Alimentación complementaria: Leche materna y alimentos sólidos o líquidos. Permite cualquier comida o líquido incluida leche no humana.
- Lactancia materna: Alimentación por leche de madre.

- **Lactancia de biberón:** Cualquier alimento líquido o semisólido tomado con biberón y tetina. Permite cualquier comida o líquido incluyendo leche humana y no humana.

- **Beneficios de la lactancia materna:** Los beneficios para la salud de la madre o el bebé, así como sus beneficios en el ámbito familiar, económico o social, se usan a menudo como argumento para la promoción de la lactancia materna.

- **Beneficios para el niño:** La leche es el alimento más nutritivo para un bebé. Desde la salida del que contiene alto valor nutritivo y le proporciona anticuerpos necesarios para que el bebé esté protegido de ciertas infecciones y enfermedades futuras.

- La anemia por carencia de hierro es rara entre los niños nacidos a término y alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses.

- Los niños alimentados a pecho presentan menos casos de diarrea, otitis, infecciones gastrointestinales e infecciones de las vías respiratorias.

- Favorece el desarrollo cerebral y del sistema nervioso, mejorando la capacidad intelectual y la agudeza visual protege al niño de posibles alergias.

- La succión contribuye a un mejor desarrollo de la estructura bucal, ayudando al crecimiento de dientes sanos.

- El contacto de la piel del bebé con la de su madre le va a aportar muchos beneficios ya que el tacto es el sistema sensorial que está más maduro en los primeros meses de vida.

- La lactancia hace que se mantenga la unión entre madre-hijo que se crea durante el embarazo, contribuyendo al equilibrio emocional y afectivo del niño.

- A través de la piel de la madre el bebé capta el cariño y apoyo de la madre, lo que hace que se vaya desarrollando la confianza y seguridad en sí mismo.

- Cuando el bebé lacta por completo se obtiene la mejor nutrición para el bebé, ya que la parte final de la leche contiene más lípidos y tiene mayor concentración de calorías.

- **Beneficios para la madre:** El saber que está dando lo mejor a su hijo y que está cumpliendo correctamente con el rol de madre, la hace sentir segura y con mayor confianza en sí misma.

- Se reduce la depresión post-parto.

- Se facilita la recuperación física del parto.

- La madre aprende a interpretar más rápidamente y mejor las necesidades del bebé en cada momento.
- Cuanto más se ponga al niño al pecho, más leche producirá la madre, por tanto hay que estimular el deseo de dar de lactar.
- Es un momento que estimula a que la madre esté más cariñosa con los que la rodean.
- La lactancia materna es la forma natural y propia de la especie humana para la alimentación de lactantes y niños pequeños, lo cual no es preciso demostrar con pruebas científicas.

"La lactancia materna exclusiva es el modelo que sirve de referencia para valorar los métodos alternativos de alimentación en relación con el crecimiento, la salud, el desarrollo y el resto de efectos a corto y largo plazo". (Rojas Collazos, 2010) Por lo tanto corresponde a aquellos que proponen estas alternativas la obligación de aportar pruebas científicas que demuestren su superioridad o igualdad respecto a la lactancia materna.

De acuerdo con la guía para profesionales de lactancia materna, (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2004) del comité de lactancia materna de la asociación española de pediatría, la lactancia es el fenómeno biocultural por excelencia. En los humanos, además de un proceso biológico, la lactancia es un comportamiento determinado por la cultura. En torno al inicio del siglo XX se inicia el mayor experimento a gran escala en una especie animal y sin comprobaciones previas de los posibles resultados: a la especie humana se le cambia su forma de alimentación inicial: centenares de miles de niños pasan a ser alimentados con leche modificada de una especie distinta. Las consecuencias, que no se previeron, han sido desastrosas en el mundo expoliado (miles de muertos por infecciones y desnutrición) y muy graves y posiblemente no del todo conocidas en las sociedades enriquecidas de la tierra (aumento de enfermedades infecciosas e inmunitarias, de consultas médicas y de hospitalizaciones). Aun queriendo y con más conocimientos, no es fácil enmendar el error producido: en efecto, más de una generación de mujeres no han amamantado a sus hijos, interrumpiéndose la transmisión de conocimientos intergeneracional, perdiéndose una cultura. Si todo en lactancia fuese instinto, no habría mayor problema, pero en ella hay un componente instintivo, fundamentalmente de la parte

del recién nacido (reflejos de búsqueda y succión-deglución), unos reflejos sumamente eficaces en la madre (la estimulación del pezón que provoca aumento de las hormonas prolactina y oxitocina) y un importante componente cultural transmitido (la técnica o arte femenino de amamantar, legado sabiamente de madres a hijas y que por aspectos históricos de la alimentación al seno materno parte del acervo cultural de la humanidad, sin que los sanitarios tuviésemos que intervenir en ello. Pues bien, eso es lo que se ha perdido: la cultura del amamantamiento, de la crianza natural y, posiblemente, el vínculo afectivo natural entre madres e hijos. Algunos factores que influyen son:

- Cambios sociológicos: ocurridos en la era moderna de la sociedad industrial a lo largo de los siglos XIX y XX, entre ellos:

- La incorporación de la mujer al trabajo asalariado hace ver el amamantamiento como un problema, derivándose inicialmente (siglo XIX) hacia la lactancia mercenaria, que se extiende hasta los estratos más humildes de la sociedad y posteriormente (siglo XX) hacia la lactancia artificial.

- Un cierto espíritu de modernidad con creencia ciega en avances científico-técnicos, que hace que el pensamiento dominante acepte que todo lo artificial es mejor que lo natural, encuadrándose en esto la llamada “maternidad científica”.

- Pensamiento feminista inicial con pretensión de la mujer de todos los comportamientos y valores del otro género, incluso los perjudiciales para la especie. La lactancia artificial es considerada como una liberación.

- Enormes intereses económicos industriales.

- Una participación activa de la clase sanitaria, fundamentalmente, médica, convencida inicialmente de las maravillas de la maternidad científica aunada a una cierta prepotencia que negaba cualquier posibilidad de intervención válida de las propias mujeres en su parto y en la crianza de sus hijos.

- Si se logra un buen comienzo de la lactancia es muy probable que se consiga una buena lactancia exclusiva y prolongada y, por el contrario, si se adoptan malos hábitos desde el principio se condiciona seriamente el resultado de la misma.

- La información a la sociedad sobre los beneficios que la lactancia natural tiene para la salud de las madres y los niños debería iniciarse en la edad escolar como un aspecto importante de la educación básica en salud.

- Los mensajes utilizados sobre los beneficios de la lactancia materna deben ser coherentes y fundamentados en evidencias científicas con el objetivo de crear una opinión formada y favorable al amamantamiento. La sintonía entre todo el personal sanitario que atiende al binomio madre-recién nacido (ginecólogo, pediatra, anestesista, matrona y enfermería), y la uniformidad de los mensajes dados a los padres, como expresión de un proyecto compartido de apoyo a la madre que ha decidido lactar, son dos condiciones irrenunciables para conseguir que los padres comprendan y acepten nuestras recomendaciones, lo que no siempre se logra. (Durán Menéndez, Villegas Cruz, Sobrado Rosales, & Almanza Mas, 1999)

- Repercusiones del trabajo remunerado de la madre sobre la salud de su hijo: Existen numerosos estudios, desde los años 30 que han analizado el impacto del trabajo materno sobre la salud de los hijos sin que se hayan demostrado impacto alguno sobre la salud mental o física de los mismos. Aunque no se han observado alteraciones en el establecimiento de vínculos afectivos con la madre, a pesar de una separación temprana, algunos autores describen un mejor vínculo entre los bebés alimentados al pecho. Trabajos recientes demuestran una menor incidencia de procesos asmáticos entre los niños que acuden a guarderías desde una edad temprana, pero un aumento de infecciones respiratorias y digestivas. El mantenimiento de la lactancia cuando la madre se incorpora al trabajo disminuye la incidencia y la gravedad de estas infecciones en sus hijos.

- Consideraciones sobre la salud de la mujer que lacta y trabaja: Las madres que trabajan tienen mayor riesgo de desarrollar mastitis, debido a la disminución de tomas y al vaciado incompleto o menos frecuente. Es necesario enseñar a prevenir la obstrucción ductal y la mastitis, asegurándose de que la madre sabe detectar precozmente los síntomas de estos problemas y conoce la forma de solucionarlos. La estabilidad de la producción de leche es un problema individual. El impacto del estrés sobre la producción láctea es muy variable, provocando una disminución en algunas mujeres, pero no en todas. El estrés no afecta los niveles de prolactina que, además, a partir de los 4 meses tiene poca influencia sobre la producción láctea bien establecida. La producción láctea suele ser estable a partir de la semana 6 de lactancia. La

incorporación más temprana de la mujer al trabajo puede resultar en una inadecuada producción y en la terminación precoz de la lactancia. Por ello es necesario que la mujer lo sepa antes de decidir el momento de su reincorporación al mundo laboral.

Estudios recientes observan una disminución de accidentes laborales entre las mujeres jóvenes que amamantan a sus hijos, respecto a aquellas que no lo hacen. Los autores lo atribuyen al menor porcentaje de distracciones debido a un estado de salud mejor de los pequeños.

- El entorno laboral peligroso para la mujer lactante: Algunos trabajos exponen a la mujer trabajadora a tóxicos ambientales cuyo paso a través de la leche materna puede ser tóxico para el niño. Aunque cada caso particular deberá ser examinado a la luz de los conocimientos actuales, la ley actual exige a la empresa el cambio de puesto, temporalmente durante el embarazo o la lactancia. La base de datos INFOTOX ([www. infotox.com](http://www.infotox.com)) posee información sobre 5.736 tóxicos. En al menos 153 se ha demostrado el paso a través de la leche materna y el riesgo para la salud del lactante. De allí que se aconseja evitar especialmente:

- La exposición a insecticidas: fumigación en invernaderos o plantas industriales.
- La exposición a tetracloroetileno: tintorerías y plantas de procesado industrial con estas sustancias.

- Cómo puede afectar el trabajo de la mujer a la lactancia: Diversos estudios demuestran que entre las mujeres con trabajo remunerado hay una mayor frecuencia de inicio de lactancia materna, sin embargo la duración de la lactancia es menor. Esta disminución de la duración de la lactancia está especialmente relacionada con el número de horas de trabajo a la semana.

Por otra parte, la duración de la lactancia materna exclusiva es mayor en aquellas madres que reciben apoyo para la lactancia en su lugar de trabajo. Además, la duración de la lactancia materna, también en la mujer que trabaja, está muy relacionada con las prácticas de apoyo a la lactancia en el hospital de nacimiento. En el ambiente rural, la compatibilidad de la lactancia es mucho mayor con el trabajo de la mujer. En el entorno urbano, cuando la distancia del lugar de trabajo es corta o existen posibilidades de flexibilidad de horario y hay medidas de apoyo, la lactancia es fácilmente compatible con el trabajo materno.

Diversos estudios han identificado cuatro elementos importantes para el éxito de la madre trabajadora que desea seguir amantando: espacio, tiempo, apoyo y ayuda humana.

Es importante que la mujer disponga de un espacio adecuado: tranquilo, limpio, libre de interrupciones, que permita cierta intimidad, a ser posible con acceso a agua para poder lavar los recipientes y un refrigerador y que esté bien iluminado y ventilado. Los cuartos de baño no son un buen sitio.

En segundo lugar es necesario planificar un tiempo para la extracción. éste es variable según la edad del bebé y el tipo de sacaleches.

El apoyo de la familia y el entorno laboral son esenciales para la mujer que trabaja, a la que debería descargársele de otras tareas como el mantenimiento y limpieza de su casa. (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2004)

MARCO LEGAL

Colombia es país firmante de casi todos los compromisos internacionales vigentes con entidades como la ONU, OMS y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), por mencionar los organismos internacionales más relacionados con el tema de la Seguridad Alimentaria y Nutricional.

Estos lineamientos de obligatorio cumplimiento, permiten crear prioridades relacionadas con los objetivos que plantean estos compromisos internacionales y proporcionan un marco normativo de presión a los gobiernos regionales y nacionales para responder a las necesidades de su población y concientizar sobre ellas al gobierno Nacional, Departamental y Municipal.

Es por lo anterior que se hará una breve reseña de toda aquella normatividad que de manera directa e indirecta, está relacionada con la lactancia materna, como una prioridad alimentaria en nuestro país.

Marco Jurídico Internacional

Los principales compromisos a nivel internacional que están relacionados con la construcción en perspectiva de un Plan de Seguridad alimentaria y Nutricional son:

- Cumbre del milenio de Las Naciones Unidas:

En septiembre de 2000, en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, los líderes del mundo convinieron en establecer objetivos y metas mensurables, con plazos definidos, para combatir la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación del ambiente y la discriminación contra la mujer.

Estos objetivos y metas, que constituyen la esencia del programa mundial, se llaman ahora "Objetivos de desarrollo del milenio". En la Declaración de la Cumbre del Milenio se definieron también muchos compromisos en materia de derechos humanos, buen gobierno y democracia.

- Cumbre Mundial de la Infancia:

Desde el 8 al 10 de mayo de 2002, más de 7.000 personas participaron en la conferencia internacional más importante dedicada a la infancia en el último decenio, en la cual los países de todo el mundo se comprometieron con una serie de objetivos encaminados a mejorar la situación de los niños y los jóvenes, también denominada Segunda Cumbre Mundial de la Infancia. Allí se evaluaron los compromisos adquiridos por los gobiernos signatarios en la Primera Cumbre realizada en septiembre de 1990 y se determinó el diseño de nuevas políticas a favor de la infancia. La Sesión terminó con la aprobación oficial por parte de 180 naciones del documento "Un mundo apropiado para los niños". Los dirigentes concertaron por unanimidad un nuevo programa a favor de los niños del mundo y en colaboración con éstos que comprenden 21 metas y objetivos concretos de cumplimiento durante el próximo decenio. Los dirigentes se comprometen a completar el programa pendiente de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia de 1990 y lograr los objetivos y las metas a más largo plazo, en particular los de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas.

Se reafirma la obligación de promover y proteger los derechos de todos los niños teniendo presentes las normas jurídicas establecidas por la Convención sobre los Derechos del Niño y sus Protocolos Facultativos. Se insta a toda la sociedad a que se sume a un movimiento mundial encaminado a crear un mundo apropiado a partir de los diez imperativos de acción en torno a los cuales se articulaba también la campaña "Decir sí por los Niños". El Plan de Acción establece tres resultados necesarios: la mejor base posible para la vida futura del niño, el acceso a una enseñanza básica de calidad, incluida una educación primaria obligatoria y gratuita, y numerosas oportunidades para que los niños y los adolescentes desarrollen su capacidad individual. En el Plan de Acción se reafirman así mismo metas y objetivos anteriores pertinentes para la infancia y

recogidos por cumbres y conferencias mundiales, incluida la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas.

- Cumbre Mundial sobre la alimentación: cinco años después:

Esta cumbre se realizó del 10 al 13 de junio de 2002, convocó a la formación de una alianza internacional para acelerar la acción encaminada a reducir el hambre en el mundo. También adoptó por unanimidad una declaración que pide a la comunidad internacional cumplir el anterior compromiso de reducir el número de personas hambrientas alrededor de 400 millones para el año 2015. Ese compromiso, había sido adquirido en la primera Cumbre Mundial sobre la Alimentación de 1996, que fue la reunión mundial de dirigentes más amplia que se haya celebrado para tratar los problemas del hambre y la seguridad alimentaria y nutricional.

En esta cumbre se pidió que un grupo intergubernamental de trabajo elabore directrices de carácter voluntario para alcanzar gradualmente el cumplimiento del derecho a los alimentos, revertir la disminución general del presupuesto de los países en desarrollo destinado a la agricultura y el desarrollo rural, de la ayuda proporcionada por los países desarrollados, y de los préstamos de las instituciones financieras internacionales y además considerar hacer contribuciones voluntarias al Fondo Fiduciario de la FAO para la Seguridad Alimentaria y Nutricional y la Inocuidad de los Alimentos. (FAO, 2002)

- 57ª Asamblea Mundial de la Salud:

Realizada en Ginebra, Suiza entre el 17 y 22 de mayo de 2004. La Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud de la OMS ha sido aprobada por los Estados Miembros en la Asamblea de la Salud. La estrategia aborda dos de los principales factores de riesgo responsables de la creciente carga de morbilidad de las enfermedades no transmisibles (ENT), que representan aproximadamente un 60% de las defunciones mundiales y casi la mitad (47%) de la carga mundial de morbilidad. Entre las ENT se incluyen las enfermedades cardiovasculares, la diabetes de tipo 2, los cánceres y las afecciones relacionadas

con la obesidad. En la estrategia se destaca la necesidad de reducir el consumo de grasas saturadas y ácidos grasos poli- insaturados, de sal y de azúcares, y de aumentar el consumo de frutas y hortalizas, así como la actividad física.

Trata así mismo del papel de la prevención en los servicios de salud; de las políticas alimentarias y agrícolas; de las políticas fiscales; de los sistemas de vigilancia; de las políticas de reglamentación; de la educación y de la comunicación con los consumidores, aspecto en el que se incluyen la mercadotecnia, las declaraciones acerca de los efectos saludables de los alimentos y el etiquetado con información nutricional; y de las políticas escolares en lo que se refiere a las elecciones con respecto a los alimentos y a la actividad física.

- Conferencia Regional sobre Inocuidad de los Alimentos en Asia y el Pacífico:

Esta conferencia se llevó a cabo entre el 24 y 27 de mayo de 2004 en Serré van, Malasia. Esta fue organizada por la FAO y la OMS como parte de una serie de reuniones regionales que buscaban resolver necesidades de los países y mejorar las políticas en seguridad alimentaria. En ella se hicieron recomendaciones sobre acciones prácticas para promover alimentos seguros e inocuos desde su producción hasta su consumo. Es así como los gobiernos deben asegurarse que tanto los productores, como los procesadores y consumidores apliquen buenas prácticas para reducir al mínimo el riesgo de la contaminación, esto a través de estrategias masivas de comunicación y educación, pero utilizando en forma eficiente los recursos destinados para este fin.

- ONU-UNICEF: Objetivos del Milenio 2000/2015 (UNICEF, s.f.)

Son ocho propósitos de desarrollo humano fijados en el año 2000, que los 193 países miembros de las Naciones Unidas acordaron conseguir para 2015. En la Declaración del Milenio se recogen ocho objetivos referentes a la erradicación de la pobreza, la educación primaria universal, la igualdad entre los géneros, la mortalidad infantil materna, el avance del VIH/sida y el sustento del medio ambiente. Se resalta el primero de los objetivos, que plantea la erradicación

de la pobreza extrema y el hambre, y contiene unas metas específicas como son; reducir a la mitad entre 1990 y 2015, la proporción de personas que sufren hambre, reducir a la mitad, y disminuir la tasa de morbilidad infantil en menores de cinco años entre 1990 y 2015, la proporción de personas cuyos ingresos son inferiores a un dólar diario y conseguir pleno empleo productivo y trabajo digno para todos, incluyendo mujeres y jóvenes. Entre sus objetivos se considera lo siguiente:

- Objetivo Desarrollo N°1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre (UNICEF, s.f.)

Es uno de los principales problemas en nuestro planeta. Concretamente, se pretende reducir a la mitad el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar por día y reducir a la mitad el porcentaje de personas que padecen hambre. Sin duda es una vergüenza para la humanidad que a comienzos del siglo XXI continúe siendo éste el problema más grave al que tengamos que enfrentarnos, sobre todo si recordamos que no es una cuestión de falta de recursos sino de distribución del mismo.

- Objetivo Desarrollo N° 4: Reducir la mortalidad infantil. (UNICEF, s.f.)

Eliminar la disparidad de género en educación primaria y secundaria preferentemente antes de 2005, y en todos los niveles educativos antes del final del 2015 y como indicadores principal el siguiente: Relación entre niños y niñas en la educación primaria, secundaria y superior.

Teniendo en cuenta esto, se define que la lactancia materna es uno de las principales herramientas para reducir la pobreza y el hambre ya que no tienen ningún costo y cuenta con los componentes nutricionales necesarios para el crecimiento y desarrollo adecuado de los niños.

- Estrategia Mundial para la Alimentación del lactante y del niño pequeño/OMS:

La estrategia mundial fue adoptada por consenso el 18 de mayo de 2002 por la 55ª Asamblea Mundial de la Salud y el 16 de septiembre de 2002 por la Junta Ejecutiva del UNICEF. La OMS y el UNICEF (OMS, Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño, 2003) han preparado conjuntamente la estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño a fin de reavivar la atención que el mundo presta a las repercusiones de las prácticas de alimentación en el estado de nutrición, el crecimiento y el desarrollo, la salud, y en suma, en la propia supervivencia de los lactantes y los niños pequeños. La estrategia mundial se basa en pruebas científicas de la importancia de la nutrición en los primeros meses y años de vida y del papel fundamental que juegan las prácticas de alimentación correctas para lograr un estado de salud óptimo.

No practicar la lactancia natural, y especialmente la lactancia natural exclusiva durante el primer medio año de vida, representa un factor de riesgo importante a efectos de morbilidad y mortalidad del lactante y del niño pequeño, que se agrava aún más por la alimentación complementaria inadecuada. Las repercusiones duran toda la vida y son, entre otras, los malos resultados escolares, una productividad reducida y las dificultades de desarrollo intelectual y social.

- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 2008-2012 (PAHO, Sobre la OPS, s.f.)

Su misión es cooperar técnicamente con los países miembros y estimular la cooperación entre ellos para que, a la vez que conserva un ambiente saludable y avanza hacia el desarrollo humano sostenible, la población de las Américas alcance la Salud para Todos y por Todos, con los siguientes objetivos estratégicos trazados en el plan estratégico de la Organización Panamericana de la Salud:

- Objetivo estratégico N° 4: “Reducir la morbilidad y mortalidad y mejorar la salud en las etapas claves de la vida, como el embarazo, el parto, el periodo neonatal, la infancia, la adolescencia y mejorar la salud sexual y reproductiva, promoviendo el envejecimiento activo y saludable de todas las personas”
- Objetivo estratégico número 9: “mejorar la nutrición, la inocuidad de los alimentos y la seguridad alimentaria a lo largo de todo el ciclo de vida y en apoyo de la salud pública y el desarrollo sostenible”
- OPS: Atención Integrada a las enfermedades prevalentes de la Infancia (AIEPI) (PAHO, AIEPI, s.f. b)

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) es una estrategia elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), que fue presentada en 1996 como la principal estrategia para mejorar la salud en la niñez. Enfoca la atención de los menores de cinco años en su estado de salud más que en las enfermedades que ocasionalmente pueden afectarlos.

De este modo, reduce las oportunidades perdidas de detección precoz y tratamiento de enfermedades que pueden pasar inadvertidas para los padres y para el personal de salud, con el consiguiente riesgo de agravarse y de presentar complicaciones.

La AIEPI incorpora, además, un fuerte contenido preventivo y de promoción de la salud como parte de la atención. Así contribuye, entre otros beneficios, a aumentar la cobertura de vacunación y a mejorar el conocimiento y las prácticas de cuidado y atención de los menores de cinco años en el hogar, de forma de contribuir a un crecimiento y desarrollo saludables.

Marco Jurídico Nacional

Al definir los derechos de los niños y las niñas, no se distancian del conjunto de los derechos humanos, se hace esta distinción con el ánimo de enfatizar en el reconocimiento que ha hecho la humanidad para fortalecer la vivencia de los derechos fundamentales del cuidado de la

infancia que depende en alto grado de la realización de la cultura y del respeto por la dignidad humana. En Colombia, se cuenta con instrumentos que son punto de referencia para las acciones de los gobiernos y de la sociedad civil. En la década de los sesenta, se inició un proceso de capacitación a grupos de madres y a personal de salud en lactancia materna y alimentación complementaria, en instituciones de los programas de nutrición y alimentación.

En 1970, dentro de las acciones del plan nacional de alimentación y nutrición –PAN-, se lanza una campaña nacional de lactancia materna, en la que se logró la participación del sector público y privado; quedando a nivel de una campaña nacional pero sin ninguna trascendencia en su sostenibilidad en las entidades territoriales. (González Hoyos, 2008)

En 1980 el Ministerio de Salud expide la resolución No. 5532, que establece la norma nacional para el fomento de la lactancia materna en las instituciones donde se prestan los servicios de atención prenatal, parto, puerperio y del recién nacido, con el fin de ratificar el compromiso internacional al cumplimiento del código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna (CIC). Además, se sanciona el decreto No. 1220/80 emanado por la Presidencia de la República, en el que se reglamenta la publicidad, rótulos, empaques y envases de alimentos sustitutos y complementarios de la leche materna. (González Hoyos, 2008)

En 1985 en una acción intersectorial entre los Ministerios de Salud y Educación y los organismos gubernamentales, se elaboró el plan nacional para la supervivencia y el desarrollo de la infancia “SUPERVIVIR”, con el propósito de realizar acciones de educación en salud dirigidas a la prevención en los que se incluye el tema de la lactancia materna con la participación de los equipos de salud, líderes comunitarios y vigías de la salud. (González Hoyos, 2008)

En 1990 con la Ley 10 se reglamenta el proceso de descentralización del sector salud que contribuye al fortalecimiento de las iniciativas regionales que favorecen el desarrollo de programas acordes con las necesidades específicas de las entidades territoriales. Es el caso del componente infantil, en el que se analizan las altas tasas de morbilidad y mortalidad infantil por causa de enfermedades infecciosas.

En el artículo 44 de la Constitución Política de Colombia de 1991, se definen los derechos fundamentales de los niños y las niñas, la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada y hace énfasis en la responsabilidad de la familia, la sociedad, y el estado de asistir y proteger el niño/a para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio de sus derechos. Igualmente declara que los derechos de los niños prevalecen sobre los de los demás.

Como respuesta a los compromisos internacionales asumidos por el país se pone en marcha el plan de acción en favor de la infancia –PAFI-, del cual se deriva el plan nacional de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna 1991-1994 que sienta las bases para el desarrollo del componente de lactancia materna en todo el territorio nacional.

La ley 100 de 1993, que reglamenta el sistema general de seguridad social en salud, en el artículo 166, establece como obligatoria la atención materna-infantil y la educación y fomento de la lactancia materna. En este mismo año la ley 60, sobre competencias y recursos, considerada como una de las leyes más importantes en materia social y de descentralización de los últimos años, provee recursos para la realización de los fines sociales del estado duplicando los que se venían administrando con fines dispersos y distintos, y además apoya el fomento y la promoción de la salud, y le asigna recursos especiales, de forma que un 10% del situado fiscal ira a financiar estos conceptos de gasto.

En el periodo 1994-1998, a partir del plan de desarrollo el salto social, el gobierno firmó el pacto por la infancia con el fin de hacer operativa la política social a favor de la infancia; uno de los componentes del pacto, fue la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna.

En 1996, el Departamento Nacional de Planeación, con el propósito de cumplir con los compromisos firmados en Colombia en la conferencia internacional de nutrición en Roma, lideró a nivel intersectorial la elaboración del Plan Nacional de Alimentos y Nutrición –PNAN-, por un periodo de 10 años. El plan definió como una de las 8 líneas de acción a lactancia materna y demandó que el país debía actualizar el plan de lactancia.

El 9 de diciembre de 1998, se realizó el lanzamiento del plan decenal para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna 1998-2008, con el objetivo de lograr que niñas y niños colombianos revivieran lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y continúen siendo alimentados hasta los dos años simultáneamente con la alimentación complementaria adecuada. El objetivo de este plan es:

Descentralizar el plan decenal para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna 1998-2008, con el fin de fortalecer la acción de entidades territoriales y las seguradoras, proporcionando las condiciones necesarias para que desarrollen su capacidad de gestión en pro de la salud y la nutrición de la población infantil, la mujer, la familia y el medio ambiente a través de intervenciones que lleven al desarrollo sostenible. (González Hoyos, 2008)

La resolución 4288 de 1996 (Ministerio de Salud , 1996), mediante la cual se definen las acciones del Plan de Atención Básica-PAB-, dirigidas a la colectividad y de gran impacto en la comunidad, tiene en cuenta que la lactancia materna como factor protector de la salud, es una acción de obligatorio cumplimiento en salud pública, su práctica reduce el riesgo de enfermar y morir por causas evitables, representa años de vida saludables, es altamente costo-efectiva, y socialmente aceptable.

La resolución 3997/96 (En González Hoyos, 2008) define las acciones de promoción y prevención del plan obligatorio de salud –POS-, de obligatorio cumplimiento por parte de las EPS, ARS, y las IPS, en los artículos 5.1, 6 y 6.1 dentro de estas acciones se contemplan las de promoción y prevención para los menores de un año, la educación de la madre y al cuidador, sobre hábitos higiénicos y alimentarios, y de las funciones vitales (respiración, deglución y succión), todas ellas básicas en la práctica de la lactancia materna, la vigilancia, el crecimiento y el desarrollo, la prevención de la enfermedad incluyendo inmunizaciones.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud en 1999, firma el acuerdo 117 de 1998, (Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, 1998) por el cual se establece el obligatorio

cumplimiento de las actividades, procedimiento e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública, mediante el desarrollo de los estudios técnicos de normas para protección específica como atención al recién nacido, atención del parto, crecimiento y desarrollo, atención a las alteraciones relacionadas con la nutrición, entre otros.

La resolución 3997/96 es derogada por la resolución 00412 del 2 de febrero de 2000, (Ministerio de Salud, 2000) mediante la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y de obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana de enfermedades de interés de salud pública.

El Congreso de la República de Colombia el 29 de agosto de 2006, aprobó el Código de la Infancia y la Adolescencia (Congreso de la República, 2006), el cual tiene por finalidad “garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de amor y comprensión. Prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y a la dignidad humana, sin discriminación alguna”. Este código está dirigido a los niños y niñas menores de 18 años de edad, a quienes se reconocen como sujetos titulares de derechos por parte de la convención de los derechos del niño, de los tratados internacionales de derechos humanos ratificados por Colombia, de la constitución política y de las leyes, sin discriminación alguna y bajo los principios universales de dignidad, igualdad, equidad, justicia social, solidaridad, prevalencia de sus derechos, interés superior y participación en los asuntos de su interés.

El código plantea en su artículo 29, derecho al desarrollo integrado en la primera infancia: la primera infancia es la etapa del ciclo vital en la que se establecen las bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano. Comprende la franja poblacional que va de los 0 a los 6 años de edad. Desde la primera infancia, los niños y niñas son sujetos titulares de los derechos reconocidos en los tratados internacionales, en la constitución política y en este código. Son derechos impostergables de la primera infancia, la atención en salud y nutrición, el esquema

completo de vacunación, la protección contra los peligros físicos y la educación inicial. En el primer mes de vida deberá garantizarse el registro civil de todos los niños y las niñas.

En el año de 1998 se expide el Plan Decenal para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna. Este plan busca que las niñas y los niños colombianos reciban lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y continúen siendo amamantados hasta los 2 años de edad con alimentación complementaria adecuada. Con este plan se orienta la política a la acción intersectorial e interinstitucional permitiendo la participación de diversos sectores, incluyendo la comunidad como una herramienta clave para el cumplimiento de las acciones.

Por último el Ministerio de la Protección Social expide el Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020 (Ministerio de la Protección Social, 2010) . Un imperativo público para la protección y alimentación de los niños y niñas menores de dos años, en el marco del desarrollo de la Política Nacional de Primera Infancia y de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

Este Plan fue desarrollado por el Ministerio con el apoyo de la Agencia Presidencial para la Acción Social, el Programa Mundial de Alimentos (PMA) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

El Plan Decenal 2010-2020 responde a las limitaciones identificadas en la evaluación del Plan Decenal para la Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna 1998-2008, al acoger los más recientes lineamientos internacionales sobre el particular y al armonizar las acciones nacionales y territoriales en un marco amplio de derechos de la primera infancia y del derecho a la alimentación.

- Estrategia IAMI: (Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia)

Instituciones que apoyan la lactancia materna, que ofrecen atención integral a las madres, niñas y niños y que mejoran la calidad de la atención que se les presta. La iniciativa IAMI se

desarrolla a través de una metodología que le permite al personal de salud prestar un servicio integral con calidad y calidez. Consiste en cumplir 10 pasos que contemplan:

- Disponer de una política institucional en favor de la atención integral a madres, niñas y niños.
- Capacitar a todo el personal de salud en la manera de implantar esta política.
- Educar y orientar a las gestantes y a sus familias en todos los aspectos de la gestación y el parto.
- Ofrecer la posibilidad de un parto atendido con calidad, sin intervenciones médicas innecesarias en un ambiente de intimidad y respeto, favoreciendo la presencia del compañero, esposo o una persona querida para la madre.
- Brindar ayuda práctica y efectiva a las madres en el posparto inmediato para que puedan poner en práctica la lactancia materna y los cuidados del recién nacido.
- Favorecer la lactancia materna exclusiva y sin horarios.
- Procurar el contacto permanente madre-hijo durante la estancia hospitalaria.
- Eliminar el uso de chupos, biberones y leches artificiales.
- Conformar grupos comunitarios de apoyo a la lactancia materna y a los programas dirigidos a prevenir enfermedades prevalentes de la infancia.

El fomento a la lactancia materna es una de las líneas de acción del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición cuyo liderazgo está bajo la responsabilidad del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF. Toda madre tiene derecho a recibir información precisa, veraz y oportuna sobre la manera de alimentar correctamente a sus hijos e hijas. Esto significa aprender cómo dar lactancia materna en forma exclusiva los primeros seis meses y cómo iniciar otros alimentos para complementar la lactancia hasta los dos años.

En Colombia, el Ministerio de la Protección Social, las Entidades Territoriales de Salud, las EPS, ARS, ESE, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF y las ONG que trabajan por la nutrición, conocen la Iniciativa IAMI y pueden brindar información acerca de la manera de poner en práctica los 10 pasos.

La historia de la IAMI se inicia en Colombia en el año de 1991 con el Plan Nacional de Lactancia Materna, formulado en respuesta a los compromisos adquiridos por el país en la Cumbre Mundial de la Infancia. Constituyó la estrategia eje del Plan con el propósito de recuperar la beneficiosa práctica de la lactancia materna y disminuir las altas tasas de morbilidad y mortalidad infantil, derivadas del consumo inadecuado de fórmulas infantiles y del inicio precoz de alimentos complementarios. Si bien los muy conocidos “Diez pasos hacia una lactancia exitosa” fueron diseñados para promover, proteger y apoyar la lactancia materna, su puesta en marcha en las instituciones de salud con atención materna e infantil, fue demostrando la gran potencialidad de la estrategia como integradora de los procesos de gestación, parto, puerperio y crecimiento y desarrollo infantil, lo cual necesariamente condujo a plantear el tema de la calidad de la atención.

Con el concurso de entidades y de numerosas personas, profesionales y personal de salud de muchos lugares del país, se han dado desarrollos en este sentido, que hoy permiten tener una concepción más holística de la IAMI, como herramienta para garantizar los derechos de las madres y de la infancia, entre ellos el derecho al más alto nivel de alimentación y nutrición, así como para el mejoramiento de la calidad de la atención que se ofrece a estos grupos poblacionales en las instituciones de salud.

Partiendo del reconocimiento de que todo ser humano es titular de derechos, hacemos especial énfasis en los derechos de la infancia por cuanto es nuestra misión velar por el interés superior del niño conforme está consagrado en la Convención de los Derechos del Niño, CDN.

En este sentido, es necesario entender que si bien todos y todas somos titulares de derechos, a su vez todas y todos, autoridades instituciones, organizaciones y personas, somos titulares de deberes, es decir portadores de obligaciones frente al cumplimiento de los derechos de las madres y la infancia, quienes tienen titularidad sobre los mismos, es decir que pueden exigirlos. Es este el fundamento para revisar y recapitular la experiencia de la Iniciativa IAMI, con un enfoque integrador hacia la primera infancia que busca “asegurar que las niñas, los niños y las mujeres tengan una buena alimentación y atención de la salud durante toda su vida iniciando

desde la gestación y el parto, ya que el bienestar de los niños y las niñas es inseparable del de sus madres, ofrecer a los niños el mejor comienzo en la vida para que sobrevivan y se desarrollen, lo cual permite sentar las bases para el cumplimiento de todos sus demás derechos” (UNICEF, IAMI, Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia, 2004)

La experiencia mundial ha demostrado que la estrategia IAMI es una de las intervenciones más costo-efectivas para disminuir morbilidad y mortalidad infantil y para favorecer el vínculo afectivo del nuevo ser con sus progenitores y con su entorno.

Lamentablemente, como ocurre con otras intervenciones como es el caso de las sales de rehidratación oral para el tratamiento de la enfermedad diarreica aguda, a pesar de que sabemos que funcionan, se han ido dejando de lado en pos de nuevas intervenciones dirigidas a atender situaciones de emergencia. Es necesario volver a insistir en estas estrategias e iniciativas de bajo costo que salvan vidas y mejoran el bienestar de las mujeres, de la niñez y las familias. Hasta el momento, Colombia cuenta con un número de 120 IPS reconocidas como IAMI de un total de XXX IPS, cifra que resulta bastante escasa si se tiene en cuenta el total de IPS del país y particularmente el gran potencial de esta estrategia como integradora de acciones de atención primaria en salud para las madres y la primera infancia.

- Plan Decenal de Lactancia Materna 2010 - 2020 (Ministerio de la Protección Social, 2010)

Para el Ministerio de la Protección Social es de especial relevancia entregar al país el Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020. Un imperativo público para la protección y alimentación de los niños y niñas menores de dos años, en el marco del desarrollo de la Política Nacional de Primera Infancia y de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

Este Plan fue desarrollado por el Ministerio con el apoyo de la Agencia Presidencial para la Acción Social, el Programa Mundial de Alimentos (PMA) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

El Plan Decenal 2010-2020 responde a las limitaciones identificadas en la evaluación del Plan Decenal para la Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna 1998- 2008, al acoger los más recientes lineamientos internacionales sobre el particular y al armonizar las acciones nacionales y territoriales en un marco amplio de derechos de la primera infancia y del derecho a la alimentación (Ministerio de Salud y Protección Social , 2013)

El Plan Decenal 2010 – 2020 Es una respuesta a la política mundial de lactancia materna la cual en su objetivo se centra en fortalecer el desarrollo de capacidades institucionales para la promoción, el apoyo y la protección de la lactancia materna. Se asume lo institucional desde una perspectiva amplia que supera el campo del sector de la salud e involucra a toda entidad pública o privada, cuya misión y actuación la relacione con niños y niñas menores de dos años de edad, padres, madres, familias o cuidadores (Ministerio de la Protección Social, 2010)

Es la Estrategia Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia creada en el gobierno del Presidente Juan Manuel Santos Calderón y cuya vocería está en cabeza de la Señora María Clemencia Rodríguez de Santos, que busca aunar los esfuerzos de los sectores público y privado, de las organizaciones de la sociedad civil y de la cooperación internacional en favor de la Primera Infancia de Colombia.

La Alta Consejería para Programas Especiales busca **transformar** la manera sectorizada en la que se han suministrado los servicios de atención a la Primera Infancia creando la Estrategia Nacional **De Cero a Siempre**, que reúne políticas, programas, proyectos, acciones y servicios dirigidos a la primera infancia, con el fin prestar una verdadera Atención Integral que haga efectivo el ejercicio de los derechos de los niños y las niñas entre cero y cinco años de edad.

Los **derechos** de las niñas y los niños en primera infancia son **impostergables**; la familia, la sociedad y el estado están en la obligación de garantizar la protección, la salud, la nutrición y la educación inicial desde el momento de la gestación hasta los cinco años. La Estrategia de Cero a Siempre coordinará todas las instituciones, tanto públicas como privadas, para lograr

garantizar, en el largo plazo, una atención integral a 2'875.000 niños y niñas del SISBEN 1, 2 y 3.

Trabajando bajo una perspectiva de universalización de la Atención Integral, De Cero a Siempre priorizará la población en Pobreza Extrema. En la actualidad sólo el 24% los niños y niñas menores de cinco años recibe atención integral, y De Cero a Siempre buscará hacer **efectivos** los derechos a la atención integral de 1'200.000 niños y niñas en situación de vulnerabilidad, enfrentándose así a un gran **reto** Nacional que exige una **coordinación** interinstitucional para alcanzar una cobertura del 100% de la población entre cero y cinco años de edad.

La Estrategia De Cero a Siempre demandará una mayor preparación de cada uno de los actores involucrados haciendo inaplazable el establecimiento de compromisos locales y regionales para avanzar coordinadamente en el cumplimiento de las coberturas, así como en la adecuación de las instituciones para cumplir los parámetros de atención integral establecidos por la Estrategia.

- “Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia”

Las Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia, IAMI, son instituciones que apoyan la lactancia materna, que ofrecen atención integral a las madres, niñas y niños y que mejoran la calidad de la atención que se les presta; ponen el acento, no sólo en la atención sanitaria sino en la relación con los pacientes, en la cercanía a ellos.

El propósito inicial de esta Iniciativa es recuperar la práctica de la lactancia materna como una estrategia de supervivencia infantil, por su contenido en factores inmunes que protegen al niño de las enfermedades más frecuentes, especialmente en los servicios médicos de maternidad y de atención al recién nacido.

Se trata de una propuesta que surge en Colombia como ampliación de la iniciativa de los Hospitales Amigos de los Niños y que apoya, entre otros, los diez pasos hacia una feliz lactancia materna, los Derechos de la Infancia y una crianza y un cuidado con apego.

Con la Iniciativa IAMI se pretende favorecer el vínculo afectivo del nuevo ser con sus progenitores y con su entorno.

Actualmente en el mundo muchas instituciones que prestan servicios de salud a madres e hijos están trabajando para convertirse en IAMI. Para ello han de desarrollar una metodología que permita al personal de salud prestar un servicio integral con calidad y calidez.

Estos son los diez pasos para poder convertirse en Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia:

- Disponer de una política institucional en favor de la atención integral a madres, niñas y niños.
- Capacitar a todo el personal de salud en la manera de implantar esta política.
- Educar y orientar a las gestantes y a sus familias en todos los aspectos de la gestación y el parto.
- Ofrecer la posibilidad de un parto atendido con calidad, sin intervenciones médicas innecesarias en un ambiente de intimidad y respeto, favoreciendo la presencia del compañero, esposo o una persona querida para la madre.
- Brindar ayuda práctica y efectiva a las madres en el posparto inmediato para que puedan poner en práctica la lactancia materna y los cuidados del recién nacido.
- Favorecer la lactancia materna exclusiva y sin horarios. No suministrar a los niños y niñas amamantados chupos, ni biberones y cumplir con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las normas nacionales que lo adoptan.
- Procurar el contacto permanente madre-hijo durante la estancia hospitalaria.

- Proveer atención integral a niñas y niños menores de seis años, asegurando el seguimiento dinámico del crecimiento y desarrollo, la intervención oportuna de las alteraciones detectadas y la orientación a madres y sus familias sobre cuidados de alimentación y salud.

- Garantizar entornos protectores y espacios amigables en los que se respeten los derechos a la salud, la alimentación y nutrición, la información, la educación, la no discriminación, la participación y el trato digno, partiendo para ello del reconocimiento de las y los usuarios de los servicios como sujetos de derechos que obligan a las instituciones al cumplimiento de los mismos.

- Diseñar estrategias y mecanismos de apoyo comunitario e institucional a las familias, que aseguren la continuidad de las acciones desarrolladas en las instituciones prestadoras de salud y los grupos de apoyo brindan en el hogar y en la comunidad, a fin de promover la salud y favorecer el desarrollo infantil temprano y la atención integral de niñas y niños desde la gestación hasta los seis años.

La historia de la IAMI se inicia en Colombia en el año de 1991 con el Plan Nacional de Lactancia Materna, formulado en respuesta a los compromisos adquiridos por el país en la Cumbre Mundial de la Infancia.

Como señala la UNICEF, se busca asegurar que las niñas, los niños y las mujeres tengan una buena alimentación y atención de la salud durante toda su vida iniciando desde la gestación y el parto, ya que el bienestar de los niños y las niñas es inseparable del de sus madres, ofrecer a los niños el mejor comienzo en la vida para que sobrevivan y se desarrollen, lo cual permite sentar las bases para el cumplimiento de todos sus demás derechos.

- Constitución Política de Colombia/1991 (Barreto & Sarmiento, 1997) entre sus artículos señala que:

- Artículo 43. La mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades. La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación. Durante el embarazo y después del

parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá de este subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada.

- Artículo 44. Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión . Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia.

- *Conpes 109 Política Pública Nacional De Primera Infancia “Colombia por la Primera Infancia”* (Departamento Nacional de Planeación , 2007)

La política es el resultado de un proceso de movilización social, generado a partir de la necesidad de retomar y dar un nuevo significado a la temática de oportunidades efectivas de desarrollo de la primera infancia en Colombia. La Política se enmarca en el Plan Nacional de Desarrollo y se refuerza por los compromisos adquiridos en la Convención Internacional sobre los Derechos de los Niños y promueve el desarrollo integral de los niños y niñas desde la gestación hasta los 6 años de edad; respondiendo a sus necesidades y características específicas, y contribuyendo así al logro de la equidad e inclusión social en Colombia.

- Resolución 00412 de 2000 (Ministerio de Salud, 2000)

Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

Norma técnica para la atención del recién nacido: se define como “la atención del recién nacido está representada en el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos a las niñas y niños en el proceso del nacimiento e inmediatamente después, con el propósito de lograr disminuir el riesgo de enfermar o de morir, la mayoría de las complicaciones del periodo

neonatal son prevenibles, controlables o tratables, y están asociadas con la salud de la mujer, la calidad de la atención de la gestación, del parto y del periodo neonatal” plantea como objetivo apoyar, conducir o inducir el proceso de adaptación a la vida extrauterina, mediante la detección, prevención y control de los problema en forma temprana, con el fin de lograr un recién nacido sano, reducir así las múltiples secuelas discapacitantes en las niñez y las altas tasas de morbilidad y mortalidad tanto neonatal como infantil.

- Decreto 3039 Del 2007. (Ministerio de la Protección Social, 2007)

Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010

Este Plan define prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud y las responsabilidades que le corresponden a cada actor. El Propósito General de la PNSP es definir la política pública en salud que garantice las condiciones para mejorar la salud de la población Colombiana.

Este Plan plantea como prioridades nacionales los siguientes parámetros de actuación:

1. La salud infantil

2. La salud sexual y reproductiva

3. La salud oral

4. La salud mental y las lesiones violentas evitables

5. Las enfermedades transmisibles y las zoonosis

6. Las enfermedades crónicas no transmisibles

7. La nutrición

8. La seguridad sanitaria y del ambiente

9. La seguridad en el trabajo y las enfermedades de origen laboral

10. La gestión para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

- Resolución 0425 de 2008 (Ministerio de la Protección Social, 2008)

Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales.

- Ley 1438 de 2011 (Congreso de la República, 2011)

Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, hace referencia en sus disposiciones en la atención preferente y diferencial para la infancia y adolescencia, en la cual determina en su Artículo 17 que el Plan de Beneficios incluirá una parte especial y diferenciada que garantice la efectiva prevención, detección temprana y tratamiento adecuado de enfermedades de los niños, niñas y adolescentes.

Define la estructuración de los planes de acuerdo con los ciclos vitales de nacimiento: prenatal a menores de seis (6) años, de seis (6) a menores de catorce (14) años y de catorce (14) a menores de dieciocho (18) años.

Plan Decenal de Salud Pública, PDSP 2012-2021, por medio del cual el Ministerio de salud y la Protección Social busca la reducción de la inequidad en la salud. Determina dentro de sus dimensiones la de seguridad alimentaria y nutricional, tendiente a garantizar el derecho a una alimentación sana y con equidad, en las diferentes etapas del ciclo de vida, mediante la reducción y prevención de la malnutrición, el control de los riesgos sanitarios y fitosanitarios de los alimentos y, por último la gestión intersectorial de la seguridad alimentaria y nutricional con perspectiva territorial. De igual forma el plan contempla dimensiones transversales a su ejecución como es la gestión diferencial de población vulnerable, lo cual incluye como eje la vulnerabilidad en la infancia y adolescencia y a su vez componentes como políticas públicas, movilización y participación social, desarrollo integral, atención integral y diferenciada y entornos saludables que favorecen el desarrollo y garantía de los derechos de niñas, niños y adolescentes. En ambas

dimensiones se incluye la promoción de la lactancia materna como una política territorial e institucional.

- Plan Operativo 2009 - Estrategia Municipios y Departamentos por la Infancia, la Adolescencia y la Juventud / Hechos y Derechos. (UNICEF, 2009)

La Estrategia ha impulsado acciones directas para aumentar las coberturas de vacunación, de registro civil, de atención en los sistemas de salud, educación, protección y agua potable y saneamiento básico. La presente es una alianza estratégica entre entidades de diversa naturaleza del nivel nacional y sub nacional, que en el marco constitucional.

- Acuerdo Número 50 del 2011 (Concejo de Pereira, 2011)

Por la cual se adopta la política pública de primera infancia, infancia, y adolescencia del municipio de Pereira.

En esta política el Municipio de Pereira se compromete con la primera infancia, infancia, y adolescencia del municipio, teniendo en cuenta el ciclo de vida propuesto en el acuerdo, su finalidad es garantizar la existencia, el desarrollo, la protección, y la participación de los niños niñas y adolescentes, mediante la generación de condiciones que favorezcan el desarrollo integral y la calidad de vida de esta población.

Lo anterior se logrará fortaleciendo las instituciones que trabajen con el desarrollo y la protección de la primera infancia, en consecuencia impactando en la atención integral de esta población, lo que nos lleva a tener una concordancia con los objetivos del presente proyecto.

- Acuerdo Número 64 del 2011 (Concejo de Pereira, 2011)

Por la cual se adopta la política pública y plan municipal en seguridad y soberanía alimentaria y nutricional del municipio de Pereira 2012-2019; su objetivo es contribuir para que

la población de Pereira disponga, acceda y consuma alimentos de manera permanente, oportuna, de cantidad y calidad, con el fin de contar con estilo de vida saludable con un enfoque especial por ciclo vital, donde desde la concepción y trabajando con padres y cuidadores de la primera infancia, se pueda impactar de forma adecuada para el logro de los fines propuestos.

Las anteriores normatividades dan cuenta y soportan desde el punto de vista de la legalidad prevista en un Estado Social de Derecho, la prevalencia que desde lo jurídico tiene la primera infancia Colombiana. Lo anterior con el fin de apostarle una niñez y adolescencia sana.

Sin lugar a dudas la lactancia materna tiene un componente importante en el logro de los objetivos en cuanto protección del recién nacido se refiere, es por esto que desde la normatividad internacional hasta la territorial, se ha legislado entorno a la práctica de la lactancia materna exclusiva para el recién nacido.

Sin embargo, esto no ha sido suficiente ya que la concientización no solo depende de un componente de normatividad sino también cultural, donde los conceptos e imaginarios la población Pereirana impacta de manera fehaciente a la práctica de la lactancia materna.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Enfoque

Se desarrolló un estudio de corte cualitativo en la medida en que se entiende la realidad como una construcción social permanente, donde intervienen múltiples actores que la integran y la transforman. En este sentido, se retomó dicha metodología con la intención de conocer, e interpretar los sentidos y significados construidos por las mujeres adolescentes gestantes, adolescentes lactantes y adolescentes que no hayan tenido la experiencia de lactar.

Esta metodología con enfoque inductivo más que descubrir el hallazgo, permite obtener una comprensión integral, bajo una metodología interactiva, abierta y humanista. Este enfoque cualitativo permite recrear la realidad sociocultural en el escenario de la vida cotidiana.

Describir todos los códigos verbales y no verbales de los participantes del estudio permite evidenciar el proceso de objetivización en relación con esta práctica.

La investigación cualitativa tuvo un proceso de alimentación continuo donde la observación específica permitió nuevos complementos investigativos.

Este trabajo investigativo permitió identificar las representaciones sociales desde los elementos básicos para su conformación y de ésta manera dar cumplimiento a los objetivos del estudio dado que tuvo como herramientas la observación, el diálogo y la reflexión; todas estas fueron técnicas que fortalecieron la búsqueda de la realidad y así mismo, la comprensión de la misma.

En éste tipo de investigación cualitativa, se tuvo en cuenta un proceso constituido por cuatro fases; la fase preparatoria, hace referencia a la formulación del problema, la pregunta y los objetivos, la revisión de antecedentes, la descripción del área problemática, la construcción del marco teórico y el diseño metodológico de la investigación. La fase de trabajo de campo,

consistió en la búsqueda de contactos institucionales para acceder a la población de interés y hacer la aplicación del instrumento para la recolección de la información, por medio de las técnicas de grupos focal y entrevista a profundidad.

La tercera fase consistió en el análisis de la información recolectada, y la fase final en la construcción del informe final para una posterior publicación o divulgación de los resultados de la investigación.

Tipo de Estudio

Para la realización de la investigación, se retomaron algunos elementos del diseño metodológico de la Teoría Fundamentada, para hallar conceptos, hipótesis y proposiciones directamente de las entrevistas realizadas a las adolescentes, con el fin de generar el objetivo de dicha metodología, que consiste en “Desarrollar teoría que está fundamentada en una recogida y análisis sistemática de datos” (Rodríguez, 2006 citado por Arias Rodríguez, Tobón González, & Andrea, 2011). De esta manera, al analizar los datos y desarrollar teoría, surgieron categorías abstractas que confirmaron explicaciones de los fenómenos a investigar, en este caso, la comprensión de las representaciones sociales que tienen las adolescentes de Pereira frente a la práctica de la lactancia materna.

Se consideró pertinente el enfoque de Teoría fundamentada teniendo en cuenta que las raíces de este método es el interaccionismo simbólico, intentando identificar qué significado tienen los gestos, palabras y todo tipo de expresiones de las adolescentes frente a la lactancia materna. Permitió al equipo investigador construir lo que los participantes ven como realidad social. Este método que se fundamenta en la recopilación y análisis de los datos, permitió interpretar lo que se escuchó y se observó.

Su énfasis es generar teoría a través de la formulación de categorías que se entrecruzan entre sí. La investigación buscó generar una comparación entre las representaciones sociales respecto a la lactancia materna de los tres grupos objeto de estudio y la teoría fundamentada

puede generar una teorización que permita a futuro realizar acciones efectivas en las líneas de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna.

Unidad de Trabajo

El estudio se realizó en grupos de adolescentes, quienes se distribuyeron en tres grupos a saber:

- Adolescentes escolarizadas del municipio de Pereira que no han tenido la experiencia de la gestación ni de la lactancia.
- Adolescentes gestantes del municipio de Pereira (gestantes entre los seis y nueve meses).
- Adolescentes lactantes del municipio de Pereira. (con recién nacidos entre los tres y seis meses).

La unidad de trabajo de la investigación para los grupos focales fueron 12 adolescentes gestantes; 9 adolescentes no gestantes no lactantes y, 6 adolescentes lactantes.

Para las entrevistas a profundidad se tuvieron en cuenta 2 participantes de cada grupo focal con los siguientes criterios de selección:

- Respuestas elocuentes con alto nivel de contenido.
- Representaciones sociales poco frecuentes en la literatura o en la cotidianidad de Pereira.
- Motivación personal para participar.

En general se entrevistaron mujeres entre los 11 y 17 años de edad, de nivel educativo hasta el bachillerato; con un nivel socioeconómico entre bajo y medio.

Unidad de Análisis

El proceso de análisis implicó una constante revisión de los datos a la luz de la teoría y del problema de investigación, para identificar relaciones que permitan una lectura más amplia del fenómeno y construir finalmente una respuesta a la pregunta de investigación. Esto se logró analizando de manera desglosada, detenida y rigurosa los datos obtenidos en la recolección, para encontrar el sentido y el significado de la información, las relaciones entre categorías, elaborando una lectura comprensiva del fenómeno.

Por otra parte, se emplearon los tipos de muestreo, los cuales tratan de dar cuenta de los tres tipos de codificación que se proponen desde la Teoría Fundada: muestreo en la codificación abierta, que permita que el interés se dirija hacia muchas situaciones, incidentes o hechos donde puedan aflorar datos interesantes para la investigación, aquí la sensibilidad jugó un papel importante porque se empezó a definir cuáles serían los conceptos sobre los cuales se profundizarían en la construcción de las categorías. Posteriormente, se trató de encontrar relaciones que se van construyendo entre las categorías y las subcategorías, con el fin de establecer comparaciones para hallar similitudes o disparidades entre los acontecimientos.

Para el rigor de esta investigación, se emplearon los criterios de suficiencia y adecuación de los datos antes que el número de sujetos entrevistados. *La suficiencia* se consiguió cuando se llega a un estado de “saturación informativa” y la nueva información no aportó elementos nuevos. *La adecuación* se refiere a la selección de la información de acuerdo con las necesidades teóricas del estudio y el modelo emergente. Se evidencia saturación teórica, cuando no se encuentran datos nuevos para una categoría, éstas se encuentran bien desarrolladas en términos de sus propiedades y dimensiones, se encuentran variaciones y cuando se pueden establecer relaciones suficientes y adecuadas entre las categorías (Strauss, A. & Corbin, J. 1990, citados por Arias Rodríguez, 2011).

Los tres momentos de dicha reducción de datos se pueden dar simultáneamente; éstos implicaron la codificación de la información de acuerdo con las categorías de análisis; se utilizó

porque los datos son de tipo textual. El criterio por el cual se llevó a cabo la codificación fue temático pues ya que la agrupación se hizo asociando elementos sobre un mismo tema o categoría.

En el ejercicio de investigación, es la triangulación la que permitió contrastar los resultados desde las diferentes perspectivas de los actores sociales; esto permitió ampliar la lectura tanto teórica como práctica del fenómeno investigado para encontrar las convergencias y divergencias, con el fin de alcanzar una visión y comprensión más integral del problema de investigación.

La metodología, estrategia y técnicas de análisis e interpretación de la información se orientó según la perspectiva de Strauss y Corbin (2002, citados por Arias Rodríguez, 2011), a partir de lo postulado en la Teoría Fundada.

Siguiendo los planteamientos metodológicos de la Teoría Fundada, el muestreo teórico permitió la “recolección de datos guiada por los conceptos derivados de la teoría que se está construyendo y basada en el concepto de “hacer comparaciones”, cuyo propósito es acudir a lugares, personas o acontecimientos que maximicen las oportunidades de descubrir variaciones entre los conceptos y que hagan más densas las categorías en términos de sus propiedades y sus dimensiones” (Strauss, A. & Corbin, J. citados por Arias Rodríguez, 2011). En este sentido, se indagó sobre factores internos y externos alrededor de la lactancia materna en adolescentes, que permitieran darle mayor densidad a las categorías en sus propiedades y dimensiones. Desde esta perspectiva se asumió un muestreo acumulativo, ya que cada acontecimiento o incidente importante se acumuló a lo que el investigador ya ha venido incorporando en sus elaboraciones e interpretaciones. Al principio, el investigador se interesa por generar la mayor cantidad de categorías y posteriormente se dedica a densificar y a saturar las mismas (Strauss, A. & Corbin, J. 1990, citados por Arias Rodríguez, 2011).

Los resultados que se presentan a continuación están definidos desde los tres momentos de la investigación cualitativa: descripción, interpretación y construcción de sentido. En el primer

momento se describen los resultados de los grupos focales, de acuerdo con ello se definió la guía para realizar las entrevistas a profundidad. Para el momento interpretativo, se cruzaron los resultados de los grupos focales con el marco teórico y se realizó la comparación entre grupos. Posteriormente, se realiza el análisis abierto, axial y selectivo de las entrevistas a profundidad, para finalmente lograr la construcción de sentido, momento en el que se fundaron las categorías emergentes, a partir de todo el proceso de investigación que intenta dar cuenta de las representaciones sociales frente a la lactancia materna de las adolescentes no gestantes –no lactantes, gestantes y lactantes.

A partir de la revisión de las entrevistas se identificaron conceptos comunes a todas, lo que da cuenta de los patrones significativos compartidos por éstas adolescentes. Dichos conceptos se agruparon en familias, las cuales contribuyeron a la conformación de las categorías emergentes.

A continuación, se describen detalladamente las categorías con sus respectivas subcategorías, a lo cual se le dió sustento desde los discursos de las adolescentes entrevistadas:

1. La lactancia desde la perspectiva de las emociones: esta categoría tiene tres subcategorías:

- a. Sentimientos que nacen en las adolescentes
- b. Contacto piel a piel en busca de vínculo afectivo
- c. Lactancia-pudor y estética

2. Herramientas para el afrontamiento de la lactancia materna: contiene tres subcategorías a saber:

- a. Adolescentes con conocimientos.
- b. Instituciones Amigas de la lactancia.
- c. Grupos de Apoyo para la lactancia materna.

3. Expresión de vida: orientación hacia la conducta: esta categoría esta subdividida en tres subcategorías a saber:

- a. Experiencia de refuerzo positivo.
- b. Mantenimiento o abandono de la práctica.
- c. Facilitadores de conducta positiva.

Criterios de Selección

Los sujetos se seleccionaron de manera intencionada, dinámica y secuencial. *Intencionada*, porque se identificaron los actores que cumplieran con las características requeridas y no se escogieron al azar. *Dinámica*, porque a partir de la realización de los grupos focales, se evidenció la necesidad de profundizar en algunos aspectos y a partir de éstos, se eligieron las participantes para la realización de las entrevistas a profundidad y *Secuencial* porque se hizo uno por uno, respondiendo a la misma dinámica que se fue generando (Patton, 1990)

El grupo de adolescentes (no gestantes no lactantes) se seleccionó de grados once de una Institución pública del Municipio de Pereira.

Las adolescentes gestantes y lactantes se seleccionaron de acuerdo a la base de datos de la Secretaría de Salud Municipal de Pereira, institución que en sus visitas de asistencia técnica a IPS, hace seguimiento al programa de control prenatal y tienen acceso a esta información.

Las madres lactantes fueron seleccionadas desde la base de datos de estadísticas vitales que maneja la Secretaría de Salud Municipal, donde se seleccionaron madres de nacidos vivos que tengan entre tres y seis meses de edad.

Técnicas de recolección de la Información

La técnica empleada fue la entrevista, dado que ésta tiene como objetivo articular un espacio de palabra y de interlocución con aquel que relata sus percepciones y experiencias.

Queda abierta la puesta en escena de épocas, espacios, situaciones, circunstancias que no son nunca individuales, que son inevitablemente colectivas, sociales y testimoniales. Aquí, se propuso profundizar con los actores las situaciones vividas a partir de la experiencia de la lactancia materna y profundizar cuáles fueron los factores facilitadores u obstáculos en dicho proceso.

Interesa entonces, reconstruir la historia de las vivencias y conocer la experiencia de quienes han practicado o vivido a través de otros la práctica de la lactancia materna. Se logra de esta manera, ahondar en los vínculos que construyen los actores sociales que participan y las posibles implicaciones que ello genera en el diseño de las políticas. Además de la entrevista, se realizaron registros de observación y revisión documental.

Como técnicas de recolección de información se conformaron 3 grupos focales y se hicieron 6 entrevistas en profundidad.

Grupos focales: Se consideró pertinente utilizar el grupo focal en esta investigación teniendo en cuenta que es una herramienta que permite realizar un proceso de interacción social, con base en una guía semiestructurada. Esta técnica permitió congregar un grupo de discusión frente al tema de interés, como es la lactancia materna. Por medio de esta técnica se facilitó el surgimiento de creencias, actitudes, sentimientos, experiencias y reacciones frente a la práctica de la lactancia materna. El grupo focal es adecuado para obtener multiplicidad de miradas y de procesos emocionales.

La técnica de grupo focal aplica los conceptos de confiabilidad y validez. Es una técnica participativa que a través de la conversación genera un ambiente de confianza que elimina barreras en la comunicación, adicional permite que observaciones y comentarios produzcan diferentes respuestas, lo cual enriqueció el ejercicio desde la información y posibilidad de análisis.

Entrevistas en profundidad: Se consideró importante profundizar sobre la comprensión de las representaciones sociales que tienen los participantes frente al proceso de lactancia materna. Tener encuentros personales, cara a cara, fue una nueva oportunidad para descubrir otras motivaciones, representaciones y sentimientos alrededor de la lactancia materna. El tipo de entrevista utilizado fue semiestructurada, dado que ésta permite que en el diálogo con las participantes puedan surgir preguntas complementarias a las que ya se han contemplado en el instrumento inicial. Se realizaron dos entrevistas por grupo focal constituido para un total de 6.

Procedimiento

Con cada grupo se realizaron dos encuentros:

Un primer momento de acercamiento para socializar el interés de la investigación. Es un encuentro de encuadre y empatía con las participantes del proceso de investigación. Dicho encuentro tuvo una duración aproximada de 30 minutos y permitió identificar el interés de las adolescentes por participar. En este proceso se contó con la presencia de los profesionales de comunicación social y psicología. Este encuentro fue netamente de conocimiento personal con una dinámica interactiva que permitió romper barreras de comunicación que se podrían presentar cuando se realiza un grupo focal donde se inicia de manera rigurosa sin ejercicios de empatía y reconocimiento personal. Se garantizó la ausencia de información frente a la lactancia materna, con el fin de no crear un sesgo en las respuestas dadas en los grupos focales o entrevistas a profundidad.

Un segundo encuentro bajo la metodología de grupo focal para conocimiento de representaciones frente a la lactancia materna. Se realizaron tres encuentros (uno con cada grupo). Este espacio garantizó la presencia de las autoras de la investigación y de los profesionales de apoyo como fueron la comunicadora social y la psicóloga. Tuvo una duración de una hora. Inicialmente se desarrolló un momento de bienvenida, el cual incorpora agradecimiento por el compromiso y se reitera los objetivos de la investigación. Se aclara la importancia de expresar lo que piensan y sienten frente a cada una de las preguntas.

Seguidamente la psicóloga inicia con las preguntas de la guía semiestructurada y libremente cada uno de las adolescentes participa.

Se hace grabación de todo el grupo focal, pero aun así se escriben todas las respuestas frente a cada una de las preguntas realizadas.

Se finaliza el ejercicio garantizando que una vez estén los resultado de la investigación serán invitadas a una reunión de socialización. Lo anterior con la convicción de que construir esperanza social frente a los procesos investigativos en pro de la salud pública.

Posteriormente se realizaron las entrevistas en profundidad, seleccionando dos participantes por cada grupo focal. Cada entrevista tuvo una duración de una hora aproximadamente. De acuerdo con guía previamente diseñada se inicia con cada una de las preguntas. Por ser un proceso más personalizado se logró profundizar más sobre asuntos que despiertan el interés de los facilitadores e investigadores.

Consideraciones Éticas

El estudio realizado no genera consecuencias perjudiciales para la salud, permite la participación voluntaria y crítica de las diferentes personas. Estrategias de socialización: Una vez terminado el estudio se socializarán los resultados al Comité Técnico de la Secretaría de Salud Municipal de Pereira, al Comité de Infancia y Adolescencia del municipio de Pereira.

Se espera involucrar el arte con la metodología lúdico pedagógica que facilite la socialización y la comprensión de resultados a grupos comunitarios claves como madres FAMI, madres comunitarias, jardineras, adolescentes.

Se elaborará un artículo de publicación para que éste sirva como referente a los equipos de trabajo cuya función es la de promocionar la lactancia materna.

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de los grupos focales realizados de acuerdo con las preguntas de la guía de trabajo semiestructurada.

Categoría 1. Lactancia desde la perspectiva de las emociones: Subcategoría 1: sentimientos que nacen de las adolescentes

A continuación se presentan los resultados para cada una de las subcategorías que dan cuenta de la relación emocionalidad y lactancia, de acuerdo con la guía semiestructurada utilizada:

¿Cuándo escuchan la palabra lactancia materna que es lo primero que sienten?

De acuerdo con las opiniones expresadas por las participantes en el grupo focal adolescentes no gestantes-no lactantes (A), se identifica claramente la dimensión afectiva de la representación social frente a la lactancia, cuando asocian ésta con el hecho de ser madres anteponiendo como valor la responsabilidad.

Plantean una relación directa con la construcción de proyecto de vida. Lo anterior, se puede ver reflejado cuando cuatro de las doce adolescentes participantes refieren expresiones como:

"se va a acabar la vida", las niñas embarazadas son algo triste" (A.P7), "me da pesar, ellas no pueden estar con sus amigas" (A.P 4). "No me siento preparada para tener un bebé. Me daño la vida; mi mamá no me va dar universidad, ni va a alcahuetear todas mis cosas (A. P1). Si yo veo a una amiga lactando yo nunca la felicitaría " (A.P1).

De acuerdo con lo anterior, se podría decir que desde la dimensión afectiva, la lactancia lo antecede la negación de un embarazo en la adolescencia, el cual según expresiones de este grupo de adolescentes marca un obstáculo para el crecimiento personal y social.

Además de la posición anterior, se presenta otra opinión en este mismo grupo de adolescentes no gestantes-no lactantes, que desde la dimensión afectiva dejan ver como hay mayor posibilidad de aceptación del embarazo:

“el embarazo no es un problema, el problema es abortarlo” (A.P3). “En el momento en que ellas son mamás, ellas adquieren la responsabilidad y maduran”(A.P3). “Es un regalo de Dios, para mí no es ninguna equivocación” (A.P4). “El embarazo, da ganas de sentir que es tener un bebé y que es lactar” (A.P6).

Tres de las 12 adolescentes participantes comparten esta opinión. De acuerdo con lo anterior, permanece el valor de la responsabilidad como valor soporte de la maternidad.

Se podría pensar que desde esta perspectiva existe un escenario positivo que acuna la práctica de la lactancia materna, con mayor aceptación, resiliencia y tranquilidad.

Amar y amamantar son dos actos que se desarrollan de manera consciente, son una decisión.

Otras adolescentes de este mismo grupo focal, no gestante - no lactante, forman sus representaciones sociales desde lo sensitivo, su dimensión afectiva y actitudinal se vive desde sentimientos de asco y de fastidio, originados por la influencia de características organolépticas como olor, sabor, color. Son cinco adolescentes que comparten esta opinión, la cual puede ser muy propia para la edad. En tres de ellas es contundente y única la afirmación.

Las adolescentes no gestantes-no lactantes, en términos generales están dispuestas a alimentar a sus bebés en un futuro. Una de ellas se visualiza en un escenario de amor, el cual enmarca como un factor protector de éxito:

“Yo le daría leche con mucho amor, eso es lo mejor para que la lactancia sea buena”.
(A.P1).

Cuando se compara las representaciones sociales de las adolescentes no gestantes - no lactantes, con las representaciones sociales de las adolescentes gestantes (G), se observa que en éstas últimas, la primera representación cuando escuchan hablar de lactancia, no tiene que ver con el hecho problemático de un embarazo en la adolescencia. Lo primero que sienten está más motivado por la ilusión de lactar, porque ya siendo gestantes, han superado ciertos temores y, sienten más cercano el día de iniciar con la práctica de la lactancia materna.

En las adolescentes que ya son gestantes la dimensión afectiva frente a la práctica de la lactancia se vive desde los sentimientos de alegría, felicidad. Ocho participantes compartieron esta opinión. En ellas ya no se observa una actitud de rechazo a su gestación, ni visualizan la lactancia desde escenarios de fastidio o asco. Por el contrario, el temor manifiesto está representado en el manejo de la técnica adecuada para lactar y en el hecho de no poder suplir las necesidades nutricionales del recién nacido en términos de lograr que se sienta satisfecho. Algunas expresiones de las participantes fueron:

“Alegría porque lo voy a tener ahí”. *“siento felicidad y temor por no saberlo coger o por no saber darle la leche. Qué tal que no se llene”* (G.P7).

Llama la atención que en las madres adolescentes ya lactantes aparentemente disminuye la emoción al hablar de la lactancia. Ese escenario cálido lleno de amor pasa a un segundo plano, cuando se escuchan opiniones como:

“No se siente nada” (L.P2), *“se siente dolor cuando se rajan los senos”* (L.P3),

En este momento las representaciones sociales son producto de una vivencia propia, no solo de lo que ven, o de lo que escuchan. Ya trasciende la función del conocimiento.

¿Cómo relacionan la lactancia con las emociones de alegría, enojo, miedo, indiferencia?

La lactancia materna se ve influenciada por factores de tipo emocional, por lo cual es común que las madres vivan esta experiencia desde la vulnerabilidad emocional. Pueden fácilmente sentir alegría, tristeza, enojo.

Al preguntarle a las adolescentes sobre esta asociación se encontró lo siguiente:

La asociación lactancia materna-felicidad, para cinco adolescentes del grupo no gestante-no lactante tiene como origen sentir que están ayudando al bienestar de su bebé. Es el placer que siente una madre cuando su hijo se está alimentando gracias a una buena acción que parte de ella misma. Así mismo desde la posibilidad de transmitir amor a sus hijos. Lo anterior, se visualiza en la siguiente expresión literal:

"Alegría, por una mamá puede crecer un bebé". "Felicidad, ver que a una parte de uno mismo se le puede dar amor porque lo tengo bien cerquita" (A,P5)

"Alegría porque por una mamá puede crecer un bebé". (A.P9)

Al indagar sobre la relación lactancia-felicidad en el grupo de adolescentes gestantes agregan otro elemento: la alegría, como emoción positiva, se puede transmitir de madre a hijo, así:

"Si uno está feliz, ellos están feliz, si uno está triste él va a estar triste. Es como cuando uno los tiene en el vientre. Uno les transmite eso". (G.P1).

De igual forma, al realizar esta pregunta en adolescentes lactantes, ellas lo asocian con la alegría de saber que la lactancia tiene beneficios para el bebé.

"A uno le da alegría , saber que les está haciendo un bien a ellos". (L.P2).

De acuerdo a la literatura, alegría también se asocia con la posibilidad de entregar afecto de manera natural y genuina y estrechar lazos de amor. Esta búsqueda y necesidad de cercanía de la madre, con respecto al niño, se conoce como conducta de apego y la conducta de la madre que intenta mantener al hijo cerca se denomina conducta de atención.

Ante la emoción miedo-lactancia, las adolescentes no gestantes-no lactantes relacionan dicha emoción en dos sentidos:

El primero tiene que ver con efectos sobre el bebé, en términos de sacar mal los gases, que sufra de cólicos, que se ahogue. El segundo, tiene que ver con efectos sobre la madre pero desde el ámbito netamente físico como la lesión ante la fuerza de succión del bebé o de una mordida cuando están más grandes.

El miedo está unido al dolor que pueda generar la práctica de lactancia materna. Se presentan algunas expresiones:

“Que le caiga mal mientras este comiendo o se ahogue” (A.P5), “Da miedo que lo muerdan a uno. Yo conocí un niño que cogió y mordió el pezón de la mamá y le salió sangre; casi queda sin pezón. Ellos también presionan con la encía ” (A.P6).

En este sentido, al indagar el grupo de adolescentes gestantes y en el grupo de adolescentes lactantes, no se observa diferencia con los miedos que pueden tener las adolescentes no gestantes.- no lactantes. Siete participantes, entre adolescentes gestantes y lactantes, manifiestan que el miedo se soporta en las lesiones o grietas que puedan formarse en el pezón, lo cual genera dolor. Miedo a que no les vaya a salir leche y miedo a que se ahogue el bebé.

“si no baja la leche yo sentiría lástima” (G.P7). “Eso mismo, que se le agrieten los senos” (G.P1). “no saber cómo lactar; cuál es la mejor posición. Me da miedo que no salga leche y, que de pronto duela “(GP2). “ Da miedo la rajada de los senos “(L.P 2:). “Da miedo que ellos aprieten y duela” (L.P3)

Cuando se indaga sobre indiferencia - lactancia en el grupo de adolescentes no gestantes-no lactantes, la asociación se manifiesta en términos de que la mamá lo asuma como una actividad cuyo significado exclusivo es calmar el llanto. Cuando a la mamá no le motiva la práctica: "le da lo mismo darle de comer o no", (A.P9). O, cuando lo toma como una medida exclusiva para que no haya una enfermedad en los senos por no extraer la leche:

"lo pego pa que me saque esta leche que tengo acá"(A.P2).

Las adolescentes gestantes manifiestan que el desinterés sale exclusivamente bajo una situación de falta de amor por parte de la madre hacia su hijo. Y las adolescentes ya lactantes manifiestan que el desinterés puede ser una consecuencia del dolor que se siente al lactar o por el miedo que siente a tener un cambio físico negativo en sus mamas. Este último miedo (que se caigan los senos) ha sido estudiado y se ha encontrado en que alrededor del 44% de las mujeres tienen esta creencia que determina directamente la decisión de no lactar. (Cabrera A., Mateus S., & Carvajal B., 2003)

La caída de los senos es un mito que se presenta alrededor de la lactancia, pero en las adolescentes sujeto de estudio no se observa mayor atención o fijación en este aspecto. Sin embargo, lo han escuchado y, conocen casos sobre mujeres que deciden no lactar, como producto de la dimensión afectiva de la representación social frente a la estética de su cuerpo, por información que han recibido desde la informalidad cotidiana en el ámbito comunitario o familiar.

Algunas expresiones que denotan la relación indiferencia-lactancia

"No querer al bebé". (G.P4). "porque se le rajen, o se le caigan, No le den al bebe leche" (L.P)

Enojo y lactancia: las adolescentes no gestantes –no lactantes lo relacionan con cansancio por la alta demanda del bebé. Algunas han escuchado en su grupo familiar o de amigos cercanos: "usted si jode" (A.P6).

Otra adolescente menciona que el enojo se puede sentir cuando se debe lactar en un lugar público en caso tal que la mujer sea muy reservada.

“Una mujer bien reservada le da malgenio pegarlo donde la gente la vea. Usted se imagina eso lleno de gente y tener que pegarlo, pues eso da malgenio a la mujer reservada, a las otras no” (A.P3)

Las adolescentes gestantes asocian el enojo y la lactancia con el hecho de que no les salga leche, no puedan lactar bien a su bebé, lo cual a su vez generaría estrés. También asocian el enojo con el hecho de que el bebé las muerda: "da enojo cuando no le baje leche" (G.P.10). "da enojo que el bebé la muerda" (G.P3).

Ante esta pregunta se observan diferencias con el grupo de adolescentes ya lactantes, quienes asocian el enojo a condiciones de falta de higiene tanto diurna como nocturna por la alta producción de leche que genera cambios constantes de ropa. Estas madres lactantes no mencionaron que el dolor o la demanda del bebé genere alguna emoción de enojo.

“es maluco cuando uno los alimenta y se riega por el otro lado” (L.P3). “cuando me duermo, yo me pongo las cocas, se me riega la leche, entonces me toca cambiar que cambie ropa y las cobijas a lavar” (L.P4).

¿Cómo describe una madre lactante?

Las adolescentes no gestantes- no lactantes describen una madre lactante como una mujer que está realizando una práctica que por naturaleza surge, sólo por el hecho de ser mamá. Las ven tiernas, cariñosas, en algunos momentos algo tensas.

Las adolescentes participantes han observado madres lactantes del grupo familiar o de amigos cercanos. Esta experiencia les ha permitido identificar cambios en el estado de ánimo, por lo cual van afianzando una representación social donde la práctica de la lactancia además de ser amorosa, también genera en una mujer cansancio, fatiga y estrés.

“Yo creo que desde que uno concibe, eso hace parte de uno. A uno le nace” (A.P1).

“Hay unas mujeres muy pasivas, hay otras, estresantes” (A.P2)

Es importante mencionar que al realizar este tipo de preguntas las adolescentes refieren que cuando el bebé es producto de un acto de violencia sexual, esa madre tiene toda la justificación de rechazar la práctica de lactancia materna. Así, traen a su discurso la violencia, como un factor que atenta contra esa característica “natural” de lactar. En este caso desde la función Identitatoria de las representaciones sociales, muestran una madre lactante que pese a su entorno educativo e informativo a favor de la lactancia, toma su decisión personal sustentada en la necesidad de no re victimizarse. Lo anterior explica el porqué de una orientación de conducta específica, en este caso, no a favor de la práctica en estudio.

“Pero si es producto de una violación ella le puede tener rabia y no lactar”. (A.P7).

Las adolescentes gestantes describen una mujer lactante desde calificativos que armonizan la práctica de la lactancia como el amor, el cariño, la dulzura, la paciencia. Este último calificativo surge como un elemento protector que puede facilitar el manejo del estrés. Al interpretar esta situación se puede decir que la gestación permite analizar elementos muy positivos alrededor de la lactancia como la gran dosis de amor que se trasmite, pero también otro tipo de factores que si bien no se manejan son una amenaza para el afrontamiento, ejemplo de ello el no manejo del estrés y la inversión de tiempo para descansar y evitar el desgaste físico y mental. Así podemos escuchar a estas adolescentes gestantes:

“una mujer lactante es amorosa” (G.P2). “un mujer lactante está llena de paciencia para que no se enoje” (G.P4). “una mujer lactante debe tener cariño, entendimiento hacia al bebé, para saber lo que él quiere.” (G.P3)

Comparando los grupos de madres adolescentes no gestantes –no lactantes o gestantes, con madres adolescentes ya lactantes se observa como en este último grupo predomina una descripción desde el estrés y el enojo.

“Yo no me siento bien”. (L.P2). “Yo me volví más sensible, me dan ganas de llorar, me da mal genio, me da después del embarazo más malgenio. (L.P4). “malgeniada pero después otra vez normal”(L.P 6)

Solo una de las 7 participantes de este grupo focal describió a una mujer lactante con cambios positivos, los cuales han sido determinados por su propia experiencia:

“el cambio es para bien, porque yo era muy malgeniada y con el niño he cambiado mi forma de ser yo era muy gallina, Ya no” (L.P3).

Subcategoría 2. Contacto piel a piel- en busca de vínculo afectivo

Pese a todos los cambios emocionales, ante la pregunta de **describir en una palabra la lactancia**, se puede observar que inmediatamente lo asocian con la categoría del vínculo afectivo. Seis adolescentes mencionaron palabras como el amor, el cariño, el afecto, entre otras. De igual forma, una de ellas complementa esta opinión con la responsabilidad y el compromiso lo cual también se relaciona con la entrega amorosa en esta práctica. No se puede ser responsable con algo que no genere respeto y amor. Una adolescente habla de la lactancia en términos de sustantivo concreto y nutricional: "leche".

Las adolescentes gestantes describen la lactancia en términos de amor, unión, integridad. Todas ellas asocian la lactancia como una forma de transmisión de afecto. De igual forma, agregan

dos valores que pueden marcar protección en la capacidad de afrontamiento como son: la paciencia, el cuidado y la comprensión.

Las adolescentes lactantes ya perciben los beneficios desde una experiencia vivida, por lo cual además de expresiones exteriorizadas en los dos grupos anteriores agregan la palabra “salud”. Lo anterior quiere decir, que las adolescentes al lactar necesariamente comprueban que el conocimiento sobre los beneficios de la leche materna, se traduce en una verdad. Esto ayuda a que a corto, mediano y largo plazo, sean más las seguidoras y defensoras de la lactancia materna, pues existe coherencia entre el conocimiento, la actitud y, orientación de la conducta.

Subcategoría 3. Lactancia, pudor y estética: Cuando escuchan la palabra lactancia materna que es lo primero que piensan?

Existe un elemento común en el grupo de adolescentes no gestantes-no lactantes, adolescentes gestantes y adolescentes lactantes, que tiene que ver con el pudor en la lactancia materna. Pese a que todas manifiestan que es una práctica que califican y aprueban como “bonita”, no aceptan que ésta sea de manejo público. Llama la atención como asocian lactancia con el pudor y la privacidad. En general, rechazan el hecho de que esta práctica se realice en lugares públicos - Uno de los lugares que mencionaron fue el bus, el cual es un lugar concurrido y estrecho-. Doce participantes rechazan la práctica en este tipo de escenarios públicos.

Se concluye que la práctica la califican como bonita siempre y cuando no sea pública. Unas de las expresiones fueron:

“si no lo hacen en bus, no nos va a generar nada maluco” (A.P4)

Las adolescentes gestantes no comparten la idea de lactar con incomodidad ni que las personas a su alrededor tengan que observar unas mamas descubiertas.

En las adolescentes lactantes manifiestan pudor, timidez, vergüenza o temor a la reacción del público. Estas son las principales razones por las que a algunas madres les resulta embarazoso amamantar a sus hijos frente a las miradas de otras personas y, uno de los motivos por los cuales pueden abandonar la práctica de la lactancia materna es cuando la cotidianidad de la madre exige estar tiempos prolongados fuera de la intimidad del hogar.

¿Qué piensan sobre la lactancia como futuras o actuales madres lactantes?

Durante el desarrollo del grupo focal con adolescentes no gestantes –no lactantes, se observa que ellas se visualizan como madres lactantes reservadas, casi que les horroriza el hecho de alimentar en público; una de ellas menciona que esto genera sentimiento de morbosidad en los espectadores. Se escuchan opiniones como:

"No por el hecho de ser mamás uno lo va a alimentar en cualquier lado" (A.P9), "hay personas que lo miran con morbo" (A.P 7)

"Seré reservada, no voy a lactar en el bus, seré precavida con la lactancia, Eso da impresión (A.P 4)

De manera explícita y verbal esta opinión se manifestó por parte de cinco adolescentes. Las siete restantes confirmaron afinidad con sus expresiones corporales de aceptación. Esta misma representación de pudor y vergüenza se percibió en la investigación: La lactancia materna desde la perspectiva de madres adolescentes de la ciudad de Bogotá. En este estudio las adolescentes señalaron experiencias incómodas relacionadas con la lactancia, al lactar en público les da vergüenza y creen que hay hombres que las observan de manera obscena (Forero, Rodríguez, Isaács, & Hernández, 2013)

El grupo de adolescentes ya gestantes no se centran en el pudor y vergüenza. Consideran que la lactancia materna trae beneficios para el bebé como es el sano crecimiento; manifiestan que la leche materna es rica en vitaminas y proteínas por lo cual ayuda a establecer un mejor sistema de defensas. Son 7 adolescentes que brindan una valoración positiva sobre los beneficios

de la lactancia. Esta valoración se relaciona directamente con los beneficios que se transfieren al recién nacido. Lo anterior, da muestra de la alta influencia de la dimensión del conocimiento en las representaciones sociales propias de este grupo de adolescentes ya gestantes, las cuales seguramente ya han averiguado, han realizado preguntas o se han capacitado y, es ese conocimiento el que brinda una dimensión afectiva de aceptación muy visible desde la función justificadora de la representación social. Es decir, existen suficientes argumentos de tipo informativo y educativo que les permite a las madres gestantes visualizarse fácilmente en la práctica de la lactancia materna. A continuación, se presentan algunas expresiones:

“Yo si voy a lactar ahí están las proteínas y las vitaminas y todo para el crecimiento”, (G.P10). “Es muy importante para que el bebé tenga defensas” (G.P3). “la lactancia previene el cáncer de seno” (G.P2). “la lactancia sirve para que no le dé mastitis” (G.P7).

Este mismo conocimiento lleva a que las adolescentes gestantes tengan en cuenta que los beneficios también son para ellas como mujeres, mencionaron la prevención de cáncer de seno y la prevención de la mastitis.

Las adolescentes ya lactantes inician su práctica de lactancia materna, anteponiendo la responsabilidad con sus hijos. Se conjugan aprendizajes, emociones y el interés de que sus hijos estén sanos. Se observa ya en este grupo como se desvanecen esos sentimientos de vergüenza que están tan sólidos cuando el hecho de lactar está tan lejano. Algunas expresiones que refuerzan lo anterior a continuación:

“La leche materna es buena y hay que darles. Yo decía, que pena amamantar, pero después ya se le quita a uno la pena. Uno tiene que cambiar el pensamiento, porque uno no va dejar que el niño llore por pena” (L.P3). “la leche materna es buena y hay que darles, es indispensable y los niños no saben cuándo uno va en el bus” (L.P5). “uno al principio piensa como se verá alimentando al bebé, pero después de que ya se es mamá, se piensa diferente. Hay que cambiar de pensamiento” (L.P4)

Que piensan de la lactancia materna?

Para concluir, se interpreta que cuando se piensa en la lactancia como práctica futura aun cuando no se ha vivido el proceso de gestación, se acepta bajo ciertas circunstancias que protejan la privacidad y la no exhibición del cuerpo. En este grupo prima la dimensión afectiva.

Así mismo, se puede interpretar que la adolescente gestante acepta la práctica de la lactancia materna por los grandes beneficios desde el crecimiento y desarrollo de los niños y de las niñas. Ya en este grupo prima la dimensión del conocimiento con posibilidades de orientación de conducta positiva, dado que el término del tiempo ya marca cierto grado de cercanía para el inicio de la lactancia materna.

Cuando las adolescentes ya son madres lactantes, se interpreta que la dimensión afectiva en cuanto al compromiso con sus hijos fluye de manera natural, y desde esa misma dimensión unida al conocimiento logra que orienten su conducta a la efectiva práctica de la lactancia materna desapareciendo la actitud avergonzante de realizar la práctica en público.

Categoría 2. Herramientas para el afrontamiento de la lactancia materna

Subcategoría adolescentes con conocimientos. ¿Quién le ha brindado información sobre la lactancia materna?

Las adolescentes expresan tener como conocimientos previos sobre el tema de la lactancia materna, las experiencias que han percibido de sus familiares y conocidos.

En expresiones como "*Yo he visto a mi mama dándole a mi hermanita, y a mi tía también*" (A.P1) y en tales como "*Yo también, personas que están amamantando sus hijos. Algunas de la familia*" (A.P2). Se infiere que su conocimiento del tema, parte de vivencias de su cotidianidad, como parte de un núcleo familiar o un grupo social y no de un conocimiento que es transmitido de manera estructurada, metódico y cuidadoso.

Es así como se puede analizar que la futura madre adolescente no está expuesta a este conocimiento en el ámbito escolar, comunitario o institucional. De allí a la pregunta "quién le ha brindado información sobre la lactancia materna" solo fue posible obtener como respuesta lo que ellas veían que acontecía a su alrededor.

Por el contrario, las adolescentes de los grupos de gestantes y lactantes manifestaron que instituciones de orden Estatal son las que les han dado información sobre la lactancia materna. En el grupo de gestantes entidades como el Instituto de Bienestar Familiar y entidades creadas para apoyar la “Estrategia de Atención Integral en Primer infancia: DE CERO A SIEMPRE”, son los entes del orden Estatal que han influido en el conocimiento de la Lactancia Materna, su importancia y necesidad para el crecimiento del bebé.

Al respecto manifestaron: *“Nos han dado información, en un grupo que se llama de cero a siempre, nos dicen como alimentarlo, que la leche materna es el alimento más necesario para él bebé” (G.P7), “Yo estoy en un curso de bienestar familiar, y ahí nos han hablado mucho sobre la lactancia materna, como los debemos alimentar para que el bebé esté bien y nos dicen que no solo hasta los seis meses, si se puede hasta los dos años, porque es importante para la vida del bebé” (G.P10).*

En el grupo de las lactantes manifiestan que aparte de los familiares, son fuente principal de información sobre el tema de la LM los puestos de salud, las madres FAMI y los cursos psicoprofilácticos.

Describe algunos beneficios de la lactancia materna

En este sentido se encontró que las adolescentes son conscientes, que las consecuencias de lactar a un recién nacido son positivas para el crecimiento del mismo (connotación fisiológica), a pesar que no refirieron beneficios para la madre, ni para él bebé en el ámbito afectivo.

Analizando así, que en términos de beneficios de la lactancia materna, para las adolescentes entrevistadas; solo está dado en términos de una sana nutrición para los bebés, porque les provee todos los nutrientes que requieren para su crecimiento y desarrollo. Al respecto manifestaron: *"El niño puede crecer más sano, más fuerte, son nutrientes "* (A.P2). *"Les brinda mucho calcio"* (A.P1).

Por el contrario en el grupo de las gestantes, aparte de reconocer los beneficios que trae para el recién nacido, también reconocen los beneficios que tiene para la madre: *"Es importante para que no les vaya afectar las vías respiratorias, para que nos les vaya afectar el aparato digestivo y para evitar muchas enfermedades. También para uno alimentarlos es bueno, para que no le vaya a dar una hemorragia, ayuda que la hemorragia sea más poca"* (G.P10)

Otra participante manifestó que su beneficio radica principalmente en ser la primera vacuna para el bebé.

El grupo de adolescentes lactantes fue mucho más específico en determinar los beneficios de la lactancia materna; manifestaron los beneficios que influían en el crecimiento del bebé, los que eran determinantes para la salud de la madre y la economía del hogar y por último el lazo afectivo que proporcionaba la lactancia materna entre madre e hijo. Al respecto manifestaron: *"El buen desarrollo de los bebés, los protege de enfermedades, les mejora la alimentación"* (L.P6). *"Se evita uno de comprarles leche los primeros seis meses, y favorece el desarrollo de ellos"* (L.P5). *"El acercamiento que tiene la mamá con ellos"* (L.P3). *"la calostrá, es la primera vacuna que tiene el bebé"* (L.P1).

¿Ustedes conocen qué cambios puede generar la lactancia materna en el cuerpo de la mujer?

En el período del post-parto que es cuando la madre lacta a su hijo ocurren cambios importantes en la fisiología de la madre, hasta que la misma retorna a una condición semejante a la que tenía antes del embarazo. Las adolescentes entrevistadas refieren cambios en el cuerpo de

la mujer desde lo estético y fisiológico negativo, como un posible cáncer. Al respecto refieren: *"Yo digo que eso viene de cada organismo, o las vuelve flacas o las vuelve gordas"* (A.P5). *"Pues no se eso también puede provocar una enfermedad, un cáncer"* (A.P2).

En la Primera Jornada de Lactancia Materna, se mencionaron algunos aspectos de los cuales las participantes dan cuenta, desde dos perspectivas el peso y el cáncer. Al respecto manifestaron:

Las madres con lactancia materna queman más calorías, presentando una mayor y más rápida recuperación del peso anterior al embarazo. La pérdida de peso es paulatina, más evidente en los 3 primeros meses, y se localiza principalmente a nivel de caderas y cintura. Esta pérdida de peso tiene lugar porque se altera el metabolismo lipídico de la madre... Otros de los beneficios a largo plazo es la reducción del cáncer de mama. Está comprobado que en las madres que dan lactancia materna, al menos durante 12 meses, hay una disminución del riesgo de cáncer de mama premenopáusico de hasta un 4,3%... Otro beneficio a largo plazo que proporciona la lactancia es la disminución de cáncer de ovarios" (Natalben Lactancia, 2008).

El anterior artículo da cuenta de la relación que existe entre lo que opinan las adolescentes y la explicación científica frente al peso y el cáncer en las madres lactantes. Además se evidencia que la información suministrada por las adolescentes tiene evidencia científica sustentada frente al aumento o disminución del peso, pero no frente al cáncer. Para ellas el hecho de lactar aumenta la aparición de cáncer (ya sea de mama u ovarios) en las madres, y por el contrario según el artículo antes mencionado, la práctica de LM previene y disminuye la enfermedad del cáncer.

Frente a las representaciones sociales evidenciadas en esta pregunta, nos referimos nuevamente a las categorías establecidas por Jean Claude Abric (1994, citado por Alfonso Pérez, s.f.), específicamente en la función básica del conocimiento. Las adolescentes en cuanto a la pregunta *¿Qué cambio puede generar la lactancia materna en el cuerpo de la mujer?*, explicaron una realidad según sus vivencias o percepciones, generando esquemas cognoscitivos y de valores

frente a las consecuencias negativas que según las adolescentes pueden aportar a la práctica de la lactancia materna.

Según sus afirmaciones estas consecuencias pueden ser multifactoriales, manifestándose varios cambios en el organismo de la madre desde lo estético y fisiológico. En todo el proceso de aprendizaje y dependiendo de cada caso en concreto las adolescentes no gestantes – no lactantes y las adolescentes gestantes y lactantes adquirieron un conocimiento y lo fueron integrando a su realidad.

Una de las adolescentes entrevistadas refiere total desconocimiento de los posibles cambios en el cuerpo de una mujer como consecuencia de la lactancia materna. Es de anotar que la información al respecto es poca, unas no saben, y las otras hablan de lo que han percibido en sus familias del tema.

El grupo de las adolescentes gestantes también manifiesta un cambio desde lo estético y fisiológico, solo que en este último hacen énfasis en la deshidratación de la madre al lactar: *“También se puede deshidratar uno mucho, si uno no está tomando liquido abundante, el líquido que a uno le salga de los senos se acaba”* (G.P10).

En el grupo de las adolescentes lactantes aparecen nuevos aspectos desde lo estético y fisiológico. Las adolescentes de este grupo manifiestan la aparición de estrías y la pérdida de apetito. Además de fiebre, escalofrío y dolor en los senos: *“Disminuye el apetito, aparecen estrías, da fiebre y escalofrío, da mucha sed, afecta el peso”* (L.P2). *“Dolor en los senos”* (L.P3).

Es importante considerar y tener en cuenta estas representaciones sociales, pues bien es sabido que la sociedad de consumo le ha dado un lugar privilegiado a la buena figura, a la apariencia socialmente aceptada como “bella”. Pensar que la lactancia afecta estas condiciones puede ser una barrera que amenace la continuidad y las buenas referencias que las mismas lactantes pueden llevar de generación tras generación

¿Qué cambios puede generar la lactancia materna en los sentimientos de una mujer?

Las adolescentes entrevistadas consideran que los cambios emocionales de la madre lactante son positivos como negativos. En ellas se percibe que la lactancia puede ser una experiencia difícil para algunas mujeres por las demandas del recién nacido y el deseo de cumplir con las funciones maternas de la mejor manera posible: Al respecto refieren: "*Cuando el bebé se frustra, se ponen todas susceptibles también*". (A.P1)

Otras manifiestan que el lactar es un proceso natural de ser madre, en el que sentimientos como orgullo, felicidad, ternura y pertenencia son el primordial aliciente como futuras madres:

"Referente al embarazo uno se siente orgulloso de darle vida a un ser importante. Yo pienso que es algo que a ellas les nace, algo que está ahí, algo tierno". (A.P7)

Un estudio en Elda, España publicado en el año 2007 , titulado "Creímos en la Lactancia Materna: una Aproximación de la Experiencia en Tres Generaciones" (Llorens Mira, Ferrer Hernández, Morales Camacho, & Alenda Botella, 2007) recogió algunas creencias y valores en torno a la lactancia materna a mediados del siglo XX; "*indudablemente se pensaba que a través de la leche materna era posible transmitir el estado de ánimo materno al bebe*" lo cual nos lleva a concluir que como lo referían las adolescentes los cambios emocionales en la madre son un factor influyente para el proceso de lactancia.

El grupo de las madres gestantes solo hicieron referencia al orgullo de sentirse madres que va íntimamente ligado a la práctica de la lactancia materna. Por el contrario las adolescentes lactantes expresaron sentimientos negativos que afectan la autoestima de la madre. Las mismas aducen que los cambios físicos como bajar de peso y aumento de los senos son un factor que afecta su autoestima.

“Yo me siento más tetona, yo me siento mal así, porque uno se pone más tetona, unas si otras no, pero a mí me paso eso y me incomoda” (G.P4). “Me siento mal porque adelgacé, los siento más grandes, mi autoestima es más baja” (G.P2)

Otra participante por el contrario manifestó que sus cambios eran solo físicos, que emocionalmente no había percibido ningún cambio: *“A mí no me pasó nada, físico sí, las estrías y todo, pero emocional no” (G.P5)*. Sin embargo, una de las siete lactantes entrevistadas manifestó sentimientos positivos y de protección al bebé: *“Sentirlos cerquita, sentir que necesitan el cariño de uno” (G.P6)*

¿Qué cosas no deben hacerse durante la lactancia?

Las adolescentes enumeran prácticas no saludables como: fumar, consumir alcohol y el consumo de grasas. Otra adolescente manifiesta que las frutas ácidas no se deben consumir: *“No se deben comer cosas ácidas, tomar frutas ácidas. Cuando yo estaba chiquita mi mamá comía cosas ácidas y me afectó en los ojos, tomó jugo de maracuyá y el doctor le dijo que me afectó, que podía quedar ciega o con gafas” (A.P6)*.

Además las participantes manifiestan que es importante calmar los antojos durante el embarazo. Según su expresión se asocia con felicidad y bienestar que repercute en la lactancia. *“Si una persona cuando está embarazada tiene antojos los debe de calmar” (A.P10)*

Para el grupo de adolescentes gestantes las prácticas que no se deben realizar en el proceso de lactancia van encaminadas a la no ingesta de alcohol y fumar. Además del consumo por parte de la madre de fármacos, drogas u otras sustancias químicas que pueden afectar a la madre, a la leche materna o al bebé. Además manifiestan que todo lo ingerido por la madre repercute en la alimentación del bebé por medio de la leche materna. Al respecto manifestaron: *“No tomar alcohol, bebidas alcohólicas. Además dicen que todo lo que uno tome le pasa al bebé, entonces no se debe purgar” (G.P10)*

En el grupo de adolescentes lactantes se manifiestan otros factores no declarados en los otros grupos. Es así como la ingesta de energizantes y las comidas irritantes pone en peligro el proceso de lactancia: *“Tomar licor, energizantes. Mientras se está alimentando al bebé no comer nada irritante”* (L.P6)

¿Qué cosas sí deben hacerse durante la lactancia? ¿Cuáles serían sus recomendaciones a una madre que está por lactar?

Las adolescentes refieren que es importante que las madres gestantes coman bien cuando está amamantando y elijan alimentos saludables ricos en calcio. Además refieren que es necesario tomar suficiente líquido para que su cuerpo pueda producir leche.

Al respecto manifestaron: *“Comer bien, tomar mucho líquido, jugos naturales, agua”* (A.P3) *“Mucho calcio”*. (A.P5)

Sin embargo, expresaron otros aspectos importantes como poder tener una lactancia sin estrés, y sin trabajos pesados. El reposo y masajes son otros aspectos importantes:

“Evitar que ella se estrese, tener reposo, masajes, no pueden coger cosas pesadas”. (A.P4)

En esta pregunta también se percibe que las madres son las personas que las adolescentes reconocen como fuente de autoridad en este tema. *“Si tengo dudas le pregunto a mi mamá”* (A.P1)

Las madres gestantes también comunican que una adecuada alimentación es fundamental para una lactancia exitosa. Sin embargo, incorporan otro elemento como el caminar y poder ejercitarse: *“andar”* (G.P3)

Por el contrario, en las adolescentes lactantes se percibe un mayor conocimiento sobre la pregunta en cuestión refieren que aparte de una buena alimentación, es necesario una continua

succión por parte del recién nacido para una lactancia exitosa. Además de infusiones naturales y remedios caseros. Al respecto expresaron las participantes:

“Tomar mucho líquido, comer bien (L.P5)”. “Ponerlos a tomar mucha leche (P6)”.
“Tomar Pony Malta, las cáscaras de plátano” (L.P1)

¿Algunos de los mitos frente a la lactancia?

Estos son algunos de los mitos más mencionados en la literatura sobre lactancia materna:

En relación con los mitos sobre la lactancia materna, las adolescentes hicieron mayor referencia a la parte física de la mujer lactante relacionado con los senos, el abdomen y el peso; además, las adolescentes se pronunciaron frente a la leche materna en relación con su olor y sabor.

De acuerdo con las opiniones expresadas por las participantes en el grupo focal, se identifica claramente la dimensión cognitiva de la representación social frente a la lactancia materna cuando asocian ésta con el cambio negativo del cuerpo, y el olor desagradable de la leche. Algunas de las adolescentes informaron que:

“Yo creo que sí. Mi mamá ya los tiene grandes y caídos. Yo digo que un bebé tiene muchas cosas malucas a uno le crece mucho la barriga, le salen estrías, le queda la barriga negra, no sé si será verdad”(A.P1). “eso huele feo. Si huele feo sabe feo, pero el queso huele feo y sabe rico, entonces no podemos aplicar esa ley”(A.P1)

Las adolescentes en el proceso de socialización de la lactancia materna con familia y amigos reciben información que va orientando conceptos e imaginarios que pueden influir en la decisión de lactar pese a que algunos comentarios son planteados con inseguridad o suposiciones; es decir, no tienen certeza de lo que puede ocurrir con el cuerpo de la mujer cuando lacta y desconocen a ciencia cierta si es en realidad desagradable el olor y sabor de la leche.

El grupo de gestantes informa que la leche materna deja de llenar al bebé a medida que éste va creciendo, la necesidad de complementar la lactancia con otro tipo de alimentos, y la importancia de la leche materna por sus características nutricionales, como alimento necesario para el adecuado crecimiento y desarrollo del lactante.

Desde la dimensión cognitiva, de las representaciones sociales; pese a los comentarios acerca de los posibles cambios corporales negativos y la característica en olor y sabor de la leche, las adolescentes reconocen la importancia de lactar reflejado a través de la siguiente frase de una de las adolescentes:

“para mí no se trata de lo que mejor sepa. Si no de lo que más alimento el bebe”(G.P9)

Esta frase en concordancia con La OMS y UNICEF las cuales definen la lactancia como

(...) una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños, la lactancia materna es el mejor alimento que una madre puede ofrecer a su hijo recién nacido, no sólo por su composición, sino también por el vínculo afectivo que se establece entre la madre y su bebé durante el acto de amamantar. En razón de que contiene todo lo que el niño necesita durante sus primeros meses de vida, la leche materna protege al bebé frente a muchas enfermedades”. (OMS, Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño, 2003)

Al comparar los tres grupos: Adolescentes no gestantes –no lactantes, con Gestantes y Lactantes coinciden en comentarios sobre los cambios físicos que produce la lactancia materna; el grupo de gestantes informa que estos cambios se pueden controlar o evitar dependiendo de la técnica que se use para lactar:

Según como le dé, porque a mí me explicaron en los controles que si usted le sabe dar al bebé no se le dañan los senos (G.P2). Lo anterior es importante que vaya bien teniendo

posicionamiento en el medio, porque es la posibilidad de poner los beneficios es un escenario de que es posible lactar y lucir bien.

Los tres grupos coinciden con el mal olor y sabor de la leche. Cuando se pregunta por el tiempo de lactancia, las adolescentes afirman que ésta llena a los niños hasta los 6 meses, pero luego hay que complementarles la alimentación para que queden llenos. *“solo es hasta los seis meses. Cuando están más grandes no quedan llenos Van a pedir más.”(A.P1)*

Subcategoría 2. Instituciones amigas de la lactancia. ¿Cómo actúan los servicios de servicios de salud en cuanto a la lactancia?

De acuerdo con las expresiones de las adolescentes la opinión que les merece las instituciones prestadoras de servicios de salud no es positiva. Mencionan falta de calidad y de calidez en la atención.

Sus expresiones dejan ver que las usuarias son irrespetadas de acuerdo al lenguaje que usa el personal de salud, de igual forma una de las adolescentes manifiesta que los horarios de educación no son los adecuadas para que las madres asistan, por sus ocupaciones: *“Ellas mantienen muy ocupadas y no les queda tiempo para ir a las charlas, tienen que darle la comida a los niños que vienen del colegio”. (A. P1)*

Una de las adolescentes manifiesta claramente que la percepción que tiene con las instituciones de salud es totalmente negativa, ya que el servicio brindado por el personal es descortés y grosero: *“Cuando mi mamá me iba a tener, ella tenía un problema de cadera, tenía mucho dolor, ella no soportó y llamó al doctor, quería por cesárea. Él era muy arrogante, le dijo que como no le había dolido para abrir las piernas cuando lo fue hacer” (A.P2). “Yo creo que es mejor tener un médico particular”.* (A.P6)

En el grupo de las madres Lactantes de siete adolescentes entrevistadas una de ellas refiere que los servicios de salud públicos no cumplen con las expectativas, son servicios

monótonos, de poca información. Constantemente son comparados con servicios de salud privados donde según la adolescente son de mejor calidad: *“Es como el carnet de mi EPS, uno asiste a un centro de salud y eso es muy mala la atención, es diferente un seguro. Igual que en el embarazo, en los controles todo es una rutina en la EPS, en cambio en el seguro le hacen ejercicio”*. (L.P2)

Tres de las adolescentes lactantes por el contrario, manifestaron que la experiencia vivida con los servicios de salud es buena, manifiestan además que les han brindado información sobre la lactancia materna y cómo afrontar esta importante etapa con sus bebés: *“Por el contrario a mí me fue muy bien, cuando yo tuve la bebé la doctora me miró en el primer control. Yo llegué y una señora de Secretaria de Salud me dijo como tenía que hacer, como tenía que coger el pezón para que me saliera bien, hasta con un muñeco y luego pasé con la doctora e igual me explicó”* (L.P6).

En este mismo sentido se pronunció una de las 11 participantes del grupo de las madres gestantes, la cual manifiesta que si ha recibido información sobre el tema: *“Cuando nace el bebé los doctores le dicen a uno como debe alimentarlo. Le dicen a la mamá”* (P10).

Subcategoría. Grupos de apoyo para la lactancia materna. ¿Cómo contribuyen las familias en el proceso de lactancia materna?

En este sentido se encontró que para las adolescentes entrevistadas el apoyo por parte de la familia es fundamental para el proceso de lactancia. Los parientes más cercanos e incluso la pareja son la base para un estado emocional positivo que de manera directa influye en el proceso de lactancia.

Las madres y abuelas son las personas que las adolescentes reconocen como fuente de autoridad en este tema. Algunos ejemplos de lo anterior: *“Pues para mí es muy importante, pues como usted dijo ahorita las abuelitas; sus remedios les sirven mucho a la madre”* (A.P11)

La lactancia materna requiere aprendizaje y muchas mujeres tienen dificultades al principio por eso el apoyo es un factor primordial para una lactancia exitosa. De acuerdo a lo anterior se evidenció en el grupo focal, que la falta de apoyo es influyente en el estado de ánimo de la madre y en el proceso exitoso de lactancia, les proporciona inseguridad y frustración *"yo creo que es muy importante el trato de la lactante con las familias. Como el trato que reciban porque eso es como vital en el embarazo"* (A.P5). *"Si una mamá se estresa, o digamos así, se llena de problemas no puede tener al bebé. Mi mamá me cuenta que fue por el estrés y el desamor se sintió como una persona totalmente derrotada y, mi mamá me dice que el único valor que ella encontraba, era tenerme a mí porque en mi encontraba el afecto que mi papá no le podía brindar"*. (A.P3)

En el grupo de adolescentes gestantes manifiestan que el apoyo es importante ya que se declaran totalmente inexpertas y con poco conocimiento sobre las técnicas adecuadas de lactar a su bebé. Reconocen que en este sentido, la familia en especial las madres, son una guía y orientador en el tema.

Al respecto las adolescentes manifestaron:

"La mamá le colabora a cuidar el niño porque es primera vez" (G.P5). *"Yo digo que es positivo, porque la mamá sabe más que uno"* (G.P11). *"Le dan instrucciones y le ayudan a cuidarla"* (G.P3)

En el grupo de adolescentes lactantes se evidenció por parte de algunas de ellas, que la contribución también puede ser negativa ya que las "madres más experimentadas del grupo familiar" ejercen un tipo de presión y estrés:

"No lo pueden ver llorar y que tiene hambre, porque lo estresan a uno, porque están como presionando" (L.P1). *"Como dice ella, lo estresan a uno, porque a uno le duele mucho, pero como no se le puede dar más nada quieren que uno lo pegue, pero el dolor de uno qué?"* (L.P3)

Por otro lado unas de las participantes manifiesta que la pareja, juega un papel fundamental y que siente gran colaboración en el proceso: “*La pareja ?bien, colabora mucho*” (L.P2)

Un estudio realizado por la Universidad Austral de Chile el cual se denominó “Lactancia Materna, un asunto de Familia” determinó que

un esposo consciente de lo que es mejor para su familia será un gran apoyo, puesto que él protegerá a la madre y al niño, y proporcionará el mejor ambiente para el bien de todos. Por lo tanto el apoyo del esposo y de la familia en general, se hace indispensable para el éxito de la lactancia y la crianza de los hijos. Para una lactancia exitosa, los miembros de la familia, deben desde el principio dar protección y confianza a la madre, porque así la madre se sentirá competente.” El mismo estudio como conclusión afirma que la “*LM es un factor de cohesión familiar, necesario en una sociedad inserta en un mundo que tiende a disgregar la familia.* (Alarcón D., González C., & Salgado L., 2004)

Lo anterior determina que tanto la pareja como la familia juegan un papel vital en el proceso de lactancia como lo manifestaron las adolescentes; ya que un ambiente saludable aporta al éxito de este proceso. Es decir, tanto factores externos e intrínsecos de la mujer aseguran una mejor lactancia y en consecuencia, beneficios para los actores de esta causa (padres e hijos).

Otra función importante en la clasificación de Abric (1994, citado por Alfonso Pérez, s.f.) sobre representaciones sociales, es la definida como Identitaria, la cual es de gran aplicabilidad para esta categoría. En ella las adolescentes se identifican y expresan sus opiniones desde lo vivido en un contexto social, permitiendo una concepción desde una identidad social o familiar.

Una de las adolescentes afirma que el no tener el apoyo familiar les proporciona inseguridad y frustración en sus sentimientos, para manifestar lo anterior ella dispone como ejemplo lo vivido con sus padres, identificándose con los momentos vividos y afirmando que la

falta de apoyo en la pareja trae como consecuencia un estado de ánimo de frustración para la madre y en consecuencia una baja producción de leche.

Una de las adolescentes lactantes por el contrario, es interrogada por el apoyo de su pareja. Ella comunica a partir de la identificación de su contexto de familiar, que el apoyo de su pareja es importante en el proceso de lactancia.

Cuáles son las personas que pueden ayudar a que el proceso de lactancia sea exitoso

El grupo de adolescentes refieren que las personas más significativas para brindar apoyo y capacidad de afrontamiento son la pareja y la familia. También mencionan las personas de edad por su experiencia: "*Las personas de edad que tuvieron muchos hijos. Pueden colaborar mucho*". (A.P1)

Las amigas aparecen como una opción de apoyo cuando no hay familia: "*Hay mujeres que pueden encontrar más apoyo en amigos que en la familia*"(A.P5). "*Si la han echado de la casa, las amigas*" (A.P2). Otras por el contrario opinan que la pareja es primordial es este proceso. "*yo creo que la pareja*" (A.P9)

El grupo de adolescentes gestantes opina que no solo las madres, el esposo y las amigas, son importantes en el proceso de lactancia. Agregan que el grupo médico también aporta gran conocimiento y solidez. Los momentos claves para ello previos al parto, como lo es en los controles prenatales. Otras de las participantes manifiestan que después del parto en los controles de crecimiento y desarrollo, también les aportan información al respecto: "*Pues a uno en los cursos, a mí me explicaban la manera de alimentarlo, como ponerlos a ellos*" (G.P6). "*La doctora, cuando uno los lleva al control de crecimiento y desarrollo*". (G.P3)

Categoría 3. Expresión de vida orientación hacia la conducta

Subcategoría. Experiencias de refuerzo positivo. ¿Qué es lo mejor de la lactancia?

Las adolescentes reconocen la importancia de la lactancia materna por el nivel nutricional que éste aporta al niño y adicionalmente informan que lactar hace sentir a la mujer como una verdadera madre. “*sentirse madre*” (A. P1)

Estas percepciones funcionan como factor protector en pro de la lactancia materna, tal y como lo describe un estudio realizado en Bogotá, Colombia, (Sáenz-Lozada & Camacho-Lindo, 2007) informa que la razón más importante para el inicio de la lactancia materna fue el reconocimiento de beneficios, tanto para la madre como para el niño, con un 75%; el 17% consideró que el vínculo afectivo era el motivo principal. Si la madre lograra percibir más beneficios para ella en la práctica de la lactancia, podría esto mejorar el porcentaje de las que cuidan habitualmente a su niño pequeño y dedicar más tiempo a sus hijos.

Lo mejor de la lactancia materna para el grupo de adolescentes gestantes es el aporte nutricional e inmunológico, adicionalmente fortalece el vínculo madre-hijo. Para el grupo lactantes su importancia radica en el aporte para el crecimiento y desarrollo del niño.

Lo anterior demuestra que desde la dimensión cognitiva el elemento fuerte y sustancial es el valor nutricional.

Subcategoría. Mantenimiento o abandono de la práctica. ¿Cuáles son las razones por las cuales se abandona la lactancia?

De acuerdo con las respuestas emitidas por las adolescentes no gestantes-no lactantes, se percibe que no existen razones firmes y comunes entre ellas en relación con la decisión de cuando dejar de lactar, las adolescentes respondieron a la pregunta con factores relacionados con el tiempo, con el gusto del bebé por la leche y con el estado físico de la madre. Se encontraron respuestas diversas entre los grupos de adolescentes como:

“a los ocho meses la puede dejar” (P5), “cuando ya no le guste”(P3) “Cuando la mamá está enferma de los senos y le duela” (A.P6)

Se encuentran también coincidencia de respuesta en los tres grupos sobre las razones para abandonar la lactancia como son la edad del niño, el gusto del niño por la leche materna, el estado de salud de la madre y en el grupo de lactantes adolescentes agregan el cansancio después de la jornada laboral.

¿Qué cree que es lo más difícil de la lactancia?

Al preguntar qué consideran es lo más difícil de la lactancia, las adolescentes expresan preocupación y dudas respecto a la cantidad de leche y respecto a la técnica adecuada para amamantar, con expresiones como:

“Ponerlo por primera vez, que uno sea como novato y uno diga. ¡Qué hago! ¡o si tendrán suficiente leche para alimentar a sus hijos!.” (A.P3).

Sabemos que, salvo situaciones excepcionales, las madres producen la cantidad exacta de leche que necesitan sus bebés, si el agarre es correcto y la lactancia es a libre demanda del niño. Para disminuir las barreras es importante tener en cuenta la formulación que hace la OMS y la UNICEF para una lactancia feliz (OMS, 2010). De poner en práctica estos pasos que van desde la formulación de políticas públicas e institucionales, capacitación continua de los profesionales de apoyo a la lactancia, procesos de educación en salud efectivos, protección contacto piel a piel y lactancia primera hora de nacido, control de sucedáneos y elementos como chupos y biberones, se podría tener una base muy sólida con un nivel de conciencia suficiente para unirse en la promoción, protección y apoyo de la lactancia.

Así, teniendo en cuenta todos los pasos que involucran a todos los actores en la práctica de la lactancia materna, se podría contar con un ejercicio más práctico y menos difícil para las madres.

Cuando se pregunta en los tres grupos que es lo más difícil el grupo de adolescentes no gestantes-no lactantes mencionan el desconocimiento en la posición para lactar, el hecho de tener que usar extractor y temor de que no salga leche. Para el grupo de gestantes lo más difícil es afrontar la primera vez y cuando llegue el momento del destete y para el grupo de adolescentes lactantes lo más difícil es el trasnocho y estar incómodo por la humedad que produce la baja de leche por el seno.

¿Qué opinan sobre el tetero?

Cuando se indaga al grupo de adolescentes qué opinan sobre el uso del tetero, lo asocian con una etapa de la infancia y como un entretenimiento para el niño cuando la madre está ocupada.

“Es rico; yo tomé como hasta los cinco, sin el tetero no hay infancia”. (A.P1)

“Es una ayuda más al crecimiento del bebé”(A.P9)

Las adolescentes coinciden con el concepto de que el tetero es rico, ninguna manifiesta una palabra o un gesto de desaprobación. Hay relación directa del tetero con felicidad en la infancia. Esta situación es importante ser tenida en cuenta en los procesos de educación familiar y prenatal, puesto que el tetero ha adquirido una dimensión afectiva que está relacionada directamente con el amor de mamá y con la ternura del infante. Desde la dimensión cognoscitiva el tetero se asume como facilitador para la ingesta de un alimento sano, un elemento de entretenimiento y, ayuda a mitigar el estrés por parte de la madre relacionado con la alimentación de su bebé. Todos estos beneficios contribuyen al posicionamiento del tetero.

"sin tetero no hay infancia". (A. P1)

Lo asocian como una ayuda para la mamá dada sus ocupaciones, tienen claro que puede dañar la boca o dientes, asociado con el tiempo de uso del tetero. Le ponen límites y la necesidad de ir interfiriendo poco a poco en el abandono de su uso. Una adolescente expresa que también ayuda al proceso de crecimiento del bebé.

"es una ayuda más al crecimiento del bebé". (A. P9)

Las adolescentes gestantes en general no aprueban el tetero con plena certeza, les da temor de que al acostumbrar a los hijos a tomar leche en tetero no quieran recibir leche materna, lo asocian con el hecho de que es un factor de riesgo para que se dañen los dientes.

"tuerce los dientes"(G. P1)

Una gestante manifiesta que el tetero puede generar comodidad cuando se está en la calle. La lactancia no es una práctica que se facilite en todos los espacios:

"Cuando uno está en la calle. Es mejor darle de los dos".(G.P6)

Las lactantes no están tan seguras de usar tetero pese a que ven en él ventajas y desventajas:

"es bueno y es malo. Bueno porque uno tiene que trabajar y la teta no va a estar ahí; malo porque con el tetero se enferman más" (G. P2)

"Hace que ya no quiera succionar en el seno porque el tetero le sale más fácil, en el seno tienen que hacer más esfuerzo" (G. P3)

Subcategoría. Facilitadores de la conducta positiva. ¿Cómo explica que a unas madres les vaya bien lactando mientras que a otras no?

Una de las adolescentes refiere que el estrés contribuye negativamente en la lactancia; otra informó que practicarse masajes hace la diferencia entre irle bien en la lactancia o no, algunas lactantes informaron que el éxito depende de cada organismo y de los cuidados y la alimentación que ingiera la madre.

“El estrés” (A.P1), “porque se hacen masajes” (L.P11), “Depende de los cuidados” (G.P2)

¿Cuándo se puede decir que una mujer es buena o mala lactante?

La representación social frente a una buena lactante es evaluado por el progreso en el crecimiento y desarrollo que tenga el niño. El hecho de que sea un niño saludable genera éxito en este proceso.

“Cuando se alimenta bien y el bebé queda llenito jajajaja. Cuando el bebé es sano y le salen sanjitas” (A. P3)

Al revisar la literatura se encuentra que existen factores externos que funcionan como factores protectores o de riesgo para la práctica de la lactancia materna, los cuales indirectamente enmarcan a la madre como buena o mala lactante; la mujer identificada como mala lactante dentro de la dimensión cognitiva de las representaciones sociales de las adolescentes está representada por la no producción de buena cantidad de leche, por déficit en el crecimiento del niño atribuible a la no lactancia.

Menciona una adolescente, que una mujer se puede volver mala lactante por el miedo a que se le dañen los senos, miedo a que se le dañe el cuerpo. Es decir que la mujer considerada mala lactante a aquella que no produce buena leche o aquella que no lacta, por temor a que se le

dañen los senos produciendo cualquiera de estas causas, fallas en el crecimiento y desarrollo del menor.

“Me da miedo que se dañe el cuerpo, que se caigan los senos” (A.P1), “cuando al bebé se le ven los huesitos”(A.P3), “cuando no le sale leche y se alimenta mal” (G.P7)

¿Qué debe hacer una madre para una adecuada producción de leche?

Las adolescentes consideran que la buena producción de leche depende de cada organismo, expresiones como:

“La Pony Malta con leche si sirve, a mi tía le sirvió, pero eso depende del organismo de cada persona, hay mujeres que dan mucha leche otras no”. (A. P5)

Sin embargo, mencionan sin credibilidad algunas prácticas caseras como consumo de leche de chivo, abundante agua de panela. Un ejemplo es el siguiente:

“Mi abuelita le hacía de todo eso a mí mamá y a mi mamá no le servía nada de eso, la ponía a tomar esa pony malta, la ponía a tomar aguapanela pero eso no le servía, mi mamá era mala, producía poca leche”.(A.P1)

Los tres grupos de adolescentes coinciden en las recomendaciones para aumentar la producción de leche; afirman que tomar abundantes líquidos como: Pony malta, mazamorra, agua de panela y el zumo de cáscara de plátano maduro son un buen método.

En este mismo sentido, las adolescentes mencionan como razones para que a una madre no le salga leche el estrés, la mala alimentación, el consumo de drogas.

“El estrés, la mala alimentación, yo creo que la droga afecta al feto”(A.P1), en mi barrio hay niñas que fuman marihuana y están , yo digo que eso afecta demasiado, todo lo que usted consume se lo va a transmitir al bebé.

Entrevistas a Profundidad

El presente estudio tiene como categorías de análisis las siguientes:

1. La lactancia desde la perspectiva de las emociones: esta categoría tiene tres subcategorías:

- a. Sentimientos que nacen en las adolescentes
- b. Contacto piel a piel en busca de vínculo afectivo
- c. Lactancia-pudor y estética

2. Herramientas para el afrontamiento de la lactancia materna: contiene tres subcategorías a saber:

- a. Adolescentes con conocimientos.
- b. Instituciones amigas de la lactancia.
- c. Grupos de apoyo para la lactancia materna.

3 Expresión de vida: Orientación hacia la conducta. Esta categoría está subdividida en tres subcategorías a saber:

- a. Experiencia de refuerzo positivo.
- b. Mantenimiento o abandono de la práctica
- c. Facilitadores de conducta positiva.

Categoría 1. La lactancia desde la perspectiva de las emociones

Desde esta categoría se puede observar como la práctica de la lactancia genera emociones que hacen parte de las expectativas, de las vivencias propias o de observaciones a terceros. Es

decir, las emociones de alegría, miedo, enojo, no solo se originan en la experiencia misma de lactar, sino desde la información tipo comentarios, consejos o narraciones de experiencias de mujeres lactantes que hacen parte de su grupos familiar o de amigos cercanos.

Desconocer estas emociones sería crear una brecha entre el conocimiento y la orientación de la conducta. Las emociones sentidas ayudan a entender el porqué de una determinada decisión. La lactancia materna mirada desde esta perspectiva se soporta en una emocionalidad que hay que reconocer, atender y manejar de tal forma que se convierta en un factor protector y no en una amenaza para la práctica mantenida de la lactancia. Esta categoría se analiza a través de tres subcategorías: Sentimientos que nacen en las adolescentes, Contacto piel a piel en busca de vínculo afectivo, Contacto piel a piel en busca de vínculo afectivo, lactancia-pudor y estética.

Sentimientos que nacen en las adolescentes: Las adolescentes lactantes, gestantes y no lactantes-no gestantes entrevistadas, coinciden en que una de las emociones sentidas es la alegría. Esta emoción la genera el hecho de saber que están contribuyendo al crecimiento de sus hijos, al reconocer que la leche materna es un alimento que da vida y salud. Lo anterior se visibiliza en lo siguiente: “La leche materna es lo mejor para ellos, pueden crecer mejor” (L.P1)

De igual forma, existe alegría al asociar la lactancia con cercanía afectiva. “ Yo vivo muy contenta porque tengo ahí a la niña”. (P3). Esta perspectiva la siente principalmente las adolescentes lactantes que ya han experimentado la cercanía entre madre e hijo.

Esta alegría se asocia con una actitud positiva donde se reconoce que para ser una buena lactante solo se necesita tener un bebé. Así lo enuncia una de las participantes: “para ser buena lactante solo se necesita un bebé y buena actitud” (L. P1).

Retomando estas palabras Chamberlain en su libro *Las maravillas del vínculo afectivo* (p. 45), igualmente manifiesta elementos que se relacionan con lo que expresan las adolescentes. “Normalmente el amor que sienten los padres hacia sus bebés no supone ningún esfuerzo y es espontáneo. Sin embargo, hay diversas variables que pueden desvincular a la madre del hijo

afectivamente y, la actitud cambia. En madres desvinculadas, la lactancia no tenía tanto éxito o, si se elegía esta posibilidad, el proceso se interrumpía prematuramente”.

Es esta misma actitud positiva la que permite expresiones como: “las mamás deben pensar que les va a bajar la leche”. Con ayuda de la mente se puede lograr”. Evidenciar esta forma de pensar se convierte en un factor protector que pone a la mujer lactante en un contexto de posibilidad, de esfuerzo, de preparación y de constancia.

De alguna manera frente al ejercicio de la lactancia materna existe un juicio de valor positivo. Es valorada como un acto de amor y de cuidado que brinda bienestar. “Lactar es una forma de hacerle un bien al bebé” (P2). “Lo más importante es alimentarlo”.

Continuando con el escrito de Chamberlain, mencionado anteriormente, nos refuerza que los actos de amor, llamados desde el vínculo afectivo, pueden comenzar de forma contundente desde antes de la concepción o en cualquier momento después, lo que significa que el amor es bienvenido en cualquier época durante el embarazo y, por supuesto, es completamente apropiado en los momentos siguientes al parto, (primera hora de nacido) cuando la combinación de las fuerzas fisiológicas y psicológicas son tan beneficiosas. El mero contacto de los labios del bebé con el pezón estimula una cascada de hormonas del amor que bendicen tanto a la madre como al bebé. Estas hormonas favorecen la expulsión de la placenta, ayudan a contraer y recuperar el útero, reducen el sangrado postparto y facilitan la subida inicial del valioso calostro y posteriormente, de la leche materna.

La emoción de alegría también se vive desde la defensa de un derecho fundamental. Las adolescentes gestantes consideran que ellas mismas deben defender la práctica independientemente del lugar, o de ciertos obstáculos del momento. “uno puede alimentar al bebé donde quiera”. (G. P4). Esta misma posición garante del derecho permite tener representaciones positivas de búsqueda de soluciones, invita a la recursividad de la madre, de tal forma que el primer camino no sea desertar. Una participante expresa: “una madre no puede dejar de alimentar, debe buscar una solución para alimentar su bebé” (A. P5). “uno no se debería

preocupar porque no lacta, hay muchas formas para hacerlo”. (P4). “Si a los bebés les de rabia hay que seguir tratando”. (P4). Lo anterior da muestra de la fortaleza vivida desde la dimensión afectiva de la representación social de la lactancia materna. Este fuerte vínculo en la objetividad y subjetividad de las adolescentes en un ejercicio a favor de la práctica mantenida de la lactancia.

Las adolescentes no gestantes-no lactantes entrevistadas asocian la alegría desde el mismo momento en que se recibe la noticia sobre la maternidad. Esa felicidad la asocian con un sentido de pertenencia sobre ese bebé que está por nacer. “ya es algo nuestro” (A. P5).

De igual forma, estas mismas participantes dejan claro que ante un embarazo no planeado o, producto de una relación pasajera, su emoción de alegría puede desvanecerse. “si él bebé es hecho con amor yo digo que le va a dar mucha felicidad”. (A. P5).” Pero si el bebé se dio por pasar un rato, la mamá se puede sentir frustrada”. (A. P6)

Otra de las emociones que refieren las adolescentes especialmente las gestantes y adolescentes no gestantes-no lactantes es el miedo. Este miedo se origina en no poder responder a la demanda del bebé frente a su proceso de alimentación. Ellas mismas tienen miedo de ser rotuladas como madres malas lactantes. “miedo a que no me baje la leche”, “miedo a no saber hacerlo bien” (L. P1).

La lactancia desde la perspectiva del enojo, se asume desde el agotamiento que puede generar la práctica. Es poner en contraste la demanda natural del recién nacido con la necesidad de descansar por parte de la madre, quien se está adaptando a nuevos cambios en su vida. Ésta confusión de necesidades, el comportamiento físico de ambos y la representación social ya existente frente a la importancia de la lactancia materna, genera una confusión grande entre diferentes emociones, lo cual puede generar enojo. Por un lado está el compromiso y la responsabilidad, el deseo de vivir a plenitud el proceso de lactar, como un acto de amor (dimensión afectiva de la representación social); por el otro lado, están las condiciones reales de dolor, cansancio, conceptos y opiniones recibidas (dimensión cognoscitiva). Ambas realidades

interactuando son las que pueden generar ese ambiente de tensión, y estrés, lo cual se puede tornar en enojo.

Así lo menciona una de las participantes: “les va dar mal genio que el bebé a cada hora esté pidiendo la leche o esté llorando”. Una expresión relacionada con lo mencionado: “porque uno tampoco tiene corazón tan malo para dejarlo morir de hambre”. (A.P6).

En conclusión, de acuerdo con las entrevistas y con los grupos focales prevalece la emoción de la alegría vivida desde el bienestar mutuo no solo desde la mirada nutricional sino también desde el vínculo afectivo. Genera alegría saber que existe la práctica de la lactancia para brindar los nutrientes necesarios y, como un momento vivencial para acunar, transmitir afecto y reforzar la existencia de ese nuevo ser.

Contacto Piel a piel en busca de un vínculo afectivo: Esta subcategoría está directamente relacionada con las emociones. Uno de los sentimientos que florece de acuerdo a las representaciones sociales de las adolescentes es el amor. Amor que se traduce en la posibilidad de transmitir afecto, protección y cuidado.

Se evidencia de acuerdo a las expresiones que este vínculo está representado en un beneficio mutuo; no solo se da lectura desde lo que puede sentir el bebé sino desde una sensación de disfrute, goce y ternura que siente la madre. Las emociones sentidas ayudan a esa relación de apego por la compañía que se genera, por la connotación que lleva consigo el hecho de acunar, de abrigar, de llevar en los brazos. “por la lactancia puedo brindarle mucho amor”. (G. P 3).

Es esta imagen de cercanía y amorosidad es la que contribuye a la decisión de lactar. La dimensión afectiva de la lactancia lleva a la construcción de esas relaciones de apego.

Con respecto al contacto piel a piel, se observa en las entrevistas realizadas que no existe mayor conocimiento sobre este derecho. “No he escuchado de eso”. (G. P3). Aun siendo gestantes no han recibido orientación técnica sobre los beneficios de tener sobre el pecho al bebé una vez

nace y se ha realizado la atención inicial del recién nacido. En Colombia en la norma técnica de atención al recién nacido, claramente se registra este contacto piel a piel como uno de los pasos que hacen parte de este protocolo de atención. Este momento es fundamental para que la cercanía de cuerpos vaya orientando de manera natural al bebé hacia el pezón de la madre y, así mismo, se inicie con la lactancia.

Una de las adolescentes entrevistadas menciona el calostro como un elemento propio de esa primera hora de nacido como resultado del contacto piel a piel. Es decir, la representación social que se tiene de este momento está más relacionada con la importancia del valor nutricional del calostro. No hubo opiniones relacionadas con la importancia de iniciar una construcción de lazos afectivos entre el binomio madre-hijo. “El calostro. La primera vacuna (L. P 1)”.

Sin embargo, una de las adolescentes gestantes relaciona de manera directa la primera hora de nacido con un elemento motivador, dador de buena energía para la vida. Tiene significado de bienvenida al mundo. “Es el aliento más importante cuando el bebé nace” (G. P4). Es importante porque “el bebé siente a la mamá”

Una de las adolescentes no gestante-no lactante representa la lactancia con un vínculo afectivo que se hace extensivo a todo el grupo familiar. . “ese bebé es amor, ternura, alegría, porque es una felicidad es la unión de una familia” (A. P6). La literatura igual hace referencia que es allí en ese primer contacto piel a piel donde se establece la mejor protección contra las infecciones y una excelente relación afectiva. (Investigación conocimientos acerca de la lactancia materna en el Valle del Cauca- Colombia año 2003) (Cabrera A., Mateus S. & Carvajal B., 2003)

En conclusión, la lactancia desde la perspectiva de las emociones, tiene como representación social el amor, que se transmite entre madres e hijos y en general a toda la familia. La lactancia se ha empezado a posicionar no solo desde su alto valor nutricional sino desde la contribución a la estructuración de la personalidad gracias a la alta dosis de lazos afectivos allí dispuestos.

El concepto anterior hace parte constitutiva del texto práctico para profesionales del ICBF (año 1992), en el cual se menciona que el segundo paso que favorece la lactancia exitosa es inmediatamente después del parto, el momento más crítico en el establecimiento de la lactancia natural feliz, pues corresponde a la transición de la gestación y alumbramiento al amamantamiento propiamente dicho. Durante este segundo momento el bebé debe permanecer al lado de la madre con el fin de iniciar oportunamente el amamantamiento y fortalecer la relación madre-hijo.

Lactancia, pudor y estética: ésta subcategoría está ampliamente relacionada con la emocionalidad. En la realización de los grupos focales fue evidente la influencia de estas variables en la aceptación de la lactancia mantenida pese a las circunstancias o a los mitos relacionados con la estética y el pudor.

Las adolescentes no gestantes–no lactantes en su representación social conciben que los lugares públicos no son espacios apropiados para lactar. Para ellas, lo cual se refuerza en las entrevistas, desnudar el cuerpo para llevar a cabo la lactancia frente a desconocidos puede generar sentimiento de morbosidad, más que sentimiento de aceptación y reconocimiento. Manifiestan que valores como el respeto se pueden vulnerar.

Esta opinión es compartida por los tres grupos de adolescentes entrevistadas. Aun las lactantes catalogan que la práctica desde este escenario es incómoda. “es incómodo” (L. P1). “yo no soy de esas”. (L. P2).

Las adolescentes no gestantes –no lactantes hacen mayor énfasis en el manejo del pudor. “la pena de sacar el seno para alimentar al bebé” (A. P5) “trato de reservarme lo más que se pueda”. (A. P5). Es importante recordar que la encuesta nacional de hábitos de lactancia en España (2013) arroja como resultado que el 43% de las mujeres encuestadas manifiesta que el principal inconveniente para lactar es tener que hacerlo en lugares públicos. Solo dos adolescentes de las seis entrevistas califican la práctica en lugares públicos como algo normal, que genera ternura.

En conclusión, la práctica de la lactancia materna si puede estar influenciada por la escasez de espacios apropiados para realizarla con condiciones de privacidad y tranquilidad.

Es necesario generar una cultura que potencie más el respeto y la admiración hacia una madre que alimenta a su hijo con dignidad y seguridad de que es una acción altamente amorosa, responsable y generosa con una ciudad que requiere de mujeres y familias comprometidas con la defensa, protección y apoyo a la lactancia materna.

Categoría 2: Herramientas para el afrontamiento de la lactancia materna

Dentro de esta categoría se evidenciaron tres subcategorías: Adolescentes con conocimientos, Instituciones Amigas de la Lactancia y Grupos de apoyo para la lactancia materna.

Adolescentes con Conocimiento: Los conocimientos acerca de la lactancia materna para las adolescentes objeto de la presente investigación son influenciadas por varios actores: familias, entidades gubernamentales y no gubernamentales; consecuencia de esto se identifica que para las adolescentes el conocimiento transmitido por todos estos actores es fundamental para el afrontamiento del proceso de lactancia como futuras madres.

Sus dudas, inquietudes, mitos y expectativas son resueltos a lo largo del proceso con el apoyo de los actores ya mencionados. “Por ejemplo mis abuelas saben muchas cosas. Yo digo que si una madre no puede alimentar, debe buscar una solución para su bebé. Mis abuelos me dicen que lo primero es alimentarse muy bien, tomar mucho líquido o tomarse el claro de la mazamorra y aguas de yuca. Entonces uno no se debería preocupar porque no lacta, hay muchas formas para hacerlo” (G. P5)

Otro factor que se evidenció que incide en un proceso de lactancia exitoso y en consecuencia en un afrontamiento positivo del mismo, es el conocimiento de la técnica adecuada

de la lactancia materna. Si bien las adolescentes no gestantes – no lactantes manifestaron tener poco conocimiento al respecto; la mayoría de las adolescentes entrevistadas manifestaron que una adecuada técnica beneficia el proceso e indiscutiblemente es más exitoso y con menos traumatismos. *“Para lograr una buena técnica hay que estimular al bebé con el pezón, orientarlo hacia la boca”*. (A. P6) *“Si la mamá pone al bebé en el pecho, lo puede estimular y producir leche. Si a los bebés les da rabia hay que seguir tratando, masajearse, porque el bebé chupando estimula y puede salir la leche”*. (G. P4)

En las adolescentes entrevistadas también se evidencia que no solo el conocimiento teórico es importante para este proceso, también su actitud y disposición en la práctica de lactancia materna puede traer innumerables beneficios para la alimentación de sus bebés. *“Yo me siento muy contenta porque sé que les estoy haciendo un bien al niño, la leche materna es lo mejor para ellos, puede crecer mejor, yo me siento muy contenta, me siento bien dándole leche materna”* (L. P2)

A pesar de todo lo anterior, hay circunstancias y elementos que intervienen negativamente en el proceso de lactancia y que no son fáciles de superar, como lo es la práctica de la lactancia en lugares públicos, el tetero y el uso de sucedáneos; de una manera especial éstos tres factores, inciden de manera directa en la categoría de afrontamiento para el proceso de lactancia materna. En el caso de la práctica de la lactancia materna en lugares públicos, las adolescentes en su mayoría manifiestan que es incómodo, sus juicios de valor al respecto son negativos ya que sentimientos como pudor, pena, intimidad y privacidad juegan un papel importante en el momento de tomar la decisión de lactar a sus bebés en lugares públicos. *“Yo nunca perdí la pena de eso, dicen que uno pierde la pena cuando uno ya está alimentando, a mí siempre me dio pena, yo siempre procuraba sacarme la leche y echarla en un tarrito, pues en el tetero, y así no sacaba la teta por ahí en algún lado, eso ya cada quien.”* (L. P2)

Por el contrario, algunas piensan que es algo normal y permisible por la misma naturaleza humana, lo cual es una ventaja para la práctica exitosa de la lactancia materna. *“A mí me parece algo muy normal, porque si es un alimento que Dios le está brindando, es para que se lo brinde a*

su hijo en cualquier momento. Me parece muy normal si fuera para dárselo solo en la casa, Dios no daría ese alimento; para eso existiría solo el tetero, y se lo daría en cualquier lugar, pero no, tanto así que uno puede alimentar la bebé donde quiera, no tiene nada de malo me parece algo muy bonito, que la mamá no le dé pena ni nada, simplemente mi hijo tiene hambre y lo pueda alimentar, es muy bonito.” (G. P4).

En relación con el uso del tetero y sucedáneos de la leche materna, observamos conceptos y percepciones encontradas entre las adolescentes; teniendo en cuenta que para algunas adolescentes el tetero y la leche de tarro son un complemento ideal para el recién nacido y de gran ayuda para la mamá, aún más cuando la madre lactante está activamente en etapa laboral.

Por el contrario para otras adolescentes el tetero dentro de los seis primeros meses está totalmente contraindicado para el recién nacido, puede traer consecuencias nefastas para el bebé como enfermedades de tipo digestivo, alergias entre otros. Además, es conocido que los mismos atentan contra la práctica de la lactancia materna exclusiva y son un factor determinante para que su práctica no sea la mejor y esperada por la legislación nacional e internacional que regula la materia. Una de las entrevistadas manifiesta que es un alimento delicioso y que es un gran complemento para lograr que el niño quede lleno. Se debe tener en cuenta, que si bien esto puede ser cierto, porque la alimentación con biberón da sensación de llenura, también es cierto e importante resaltar que es un riesgo para que el niño deje de mamar o succionar el pezón y se interrumpa la producción de leche. Al respecto manifestó una adolescente: *“Es deliciosa, es un complemento. Si la mamá no alcanzó a alimentar al bebé, le da tetero y mientras tanto llena al niño, él tiene vitaminas y los complementos necesarios. (A. P6)*

Otras adolescentes no aprueban el tetero con plena certeza, les da temor de que al acostumbrar a los hijos a tomar leche en tetero no quieran recibir leche materna, además de las posibles enfermedades que pueden darse por el uso del mismo. Afirman que más que el tetero es el chupo un factor de riesgo para que se dañen los dientes. *“Para mí no es mala... pero no los primeros seis meses. “El bebé solo ha recibido en el vientre sangre, a él le pasa la comida en sangre, y él no ha recibido ni comida ni nada, entonces la leche materna es el mismo nutriente de*

la mama pasándoselo al bebé, es como si ella misma lo estuviera alimentando en su vientre si uno le da leche de tarro se enferma, entonces a mí me parece que está mal en los primeros meses; cuando ya están más grandes se le acomoda la digestión, entonces no tiene nada de malo. El tetero me parece que daña los dientes ya se ha visto que da enfermedades, es mejor un vaso, es mejor darle la leche ahí, eso no tiene nada de malo, lo malo no es el tetero es el chupo.”
(G.P4)

Es así como se puede decir, que el conocimiento sobre la lactancia materna de las adolescentes entrevistadas se vincula con las experiencias vividas (propias y ajenas), esto les permite afrontar de una mejor manera el proceso y práctica de la lactancia materna exclusiva. Las experiencias vividas, la edad y otros factores, determina el nivel de conocimiento asimilado y en consecuencia la apropiación de los mismos.

Instituciones amigas de la lactancia: Se debe anotar, que según las entrevistas a profundidad realizadas, se observó que no solo el conocimiento de la mujer juega un papel fundamental en el afrontamiento del proceso de lactancia materna exclusiva; las instituciones amigas de la mujer y de la infancia, también influyen para que el afrontamiento de este proceso llegue a feliz término.

Estas instituciones creadas bajo la iniciativa de Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia – IAMI, define de manera precisa la función especial de los servicios de maternidad hacia una feliz lactancia materna.

Teniendo en cuenta lo anterior, se evidenció en las entrevistas que las adolescentes tienen conocimiento de las mismas y son un apoyo especial para el proceso de lactancia. Los cursos psicoprofilácticos para las gestantes, los controles prenatales del recién nacido, los controles de crecimiento y desarrollo de sus hijos, entre otros; son un factor determinante para el afrontamiento de la práctica de la lactancia materna. Son en estos escenarios donde las mamás son capacitadas sobre el nuevo reto que van asumir. “Pues por mi parte cuando yo estaba en embarazo que iba a los cursos, allá decían que la lactancia era lo más importante.” (L.P1) “Esto

me lo dijo mi mamá y en el grupo FAMI donde yo estoy, me dijeron que de lado e irlo alimentado o sentadito, pero siempre la mano en el seno para que no se vaya a ahogar y uno retirarlo para que no se ahogue” (G.P4).

Desafortunadamente no todo este afrontamiento tiene los elementos de éxito que se esperan, las madres gestantes y lactantes también encuentran barreras para el acceso a una información oportuna. En Colombia se está realizando un esfuerzo significativo para avanzar en la cobertura del cien por ciento para la prestación de los servicios de salud y más aún para una población tan vulnerable como son las madres adolescentes gestantes y lactantes. Sin embargo, en algunos casos la cobertura no es del cien por ciento esperada, por múltiples factores. Esto constituye una barrera de acceso a una integral prestación de servicios de salud y en consecuencia un obstáculo para la lactancia materna exitosa. *“En mi caso yo no estaba asegurada entonces no me daban tanta información, no le explican a uno bien, ahorita que ya nació y lo aseguraron ya es más completo el carnet”*. (L. P2)

La lactancia materna requiere de un constante aprendizaje, por lo menos los primeros seis meses de lactancia exclusiva y muchas mujeres tienen dificultades al principio, por eso el acompañamiento de redes de apoyo para la lactancia materna es un factor primordial para el exitoso desarrollo de la misma. Pertenecen a esta red: la familia, la pareja, el grupo asistencial de las Instituciones Prestadoras de Salud, y grupos conformados para tal fin como los grupos FAMI.

Redes de apoyo para la lactancia materna: Al respecto podemos decir que uno de los más importantes hallazgos en esta subcategoría, es el papel fundamental que juega la familia, inclusive por encima de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Se evidenció en las entrevistas realizadas que en especial las madres son un actor clave en esta red de apoyo, son una guía, un orientador y una fuente de autoridad en el tema. *“Mi mamá fue la que más me ayudó a mí porque ella me daba muchas bebidas para que me bajara mucho alimento”* (L. P1). Esto resulta ser un indicador importante para la toma de decisiones frente a salud pública se refiere, es decir no solo las madres gestantes deben ser capacitadas para afrontar

un proceso de lactancia el cual se pretende sea exitoso. Por lo menos un integrante de la familia (preferiblemente la madre de la gestante o su pareja) también deben ser sujetos de capacitaciones continuas para este proceso. Se evidencia en esta investigación que la lactancia materna no es un proceso que deba enfrentar una sola persona (En este caso la madre). Por el contrario, el apoyo constante y continuo garantiza menos traumatismos y mayor constancia.

Al indagarles sobre quién sería la persona más idónea para resolver dudas sobre el proceso de lactancia, todas sin excepción respondieron que la mamá sería la persona más adecuada, además del grupo asistencial de su IPS de atención. *“Yo acudiría a la mamá, ellas son las que más saben” (G. P3). “Se puede resolver dudas con el especialista que es el médico, sino con alguien que ya haya vivido la experiencia, pues yo tuve a mi mamá, a mi suegra, a mi tía, todas estaban ahí acompañándome.” (L. P1). “Para mí son dos personas, el centro de salud cuando uno va a los controles con él bebé y la mamá, porque la mamá siempre es a la que uno le pregunta y ella sabe.” (G. P4)*

Por último, otro elemento fundamental para el afrontamiento al proceso de lactancia materna es la pareja. Cuando se les indagó sobre el responsable del proceso de lactancia materna, la mayoría respondieron que ellas como madres y la pareja. Siempre se ha pensado que esta responsabilidad es sólo de la madre, por ser las progenitoras y quienes tienen directamente el alimento; sin embargo, el apoyo de sus parejas juega un papel primordial en el estado de ánimo, confianza, disposición y amor que le puede brindar la madre al recién nacido. *“La mamá y el esposo son los responsables. La pareja porque si el esposo está pendiente de su pareja le dice que coma saludable y está pendiente, la mamá no se va a descuidar y va tener en cuenta que es el bien para el bebé. También es responsabilidad de uno como mujer, porque uno quiere lo mejor para su hijo.” (A.P5)*

Lo anterior se observa en investigaciones relacionadas con la influencia de factores de tipo psicológico y social en la lactancia, en las cuales también mencionan la importancia de la red de apoyo para el afrontamiento. Aunque el tipo de familia a la cual pertenecían las madres no tuvo mayor influencia en la prolongación del amamantamiento, las mujeres consideraron para

lactar la opinión del esposo en un 66% y la tradición familiar en un 70%; estos aspectos son importantes para hacer hincapié en la presencia del esposo en todo el proceso educativo y de entrenamiento. (Sepúlveda R. & Formas J., 1983)

La familia se puede convertir en un factor protector y de apoyo para afrontar situaciones de crisis que no necesariamente están marcadas por un duelo sino por un cambio en la cotidianidad y logística familiar. La lactancia puede generar crisis en el ámbito familiar, puesto que todos los miembros de la familia se están adaptando a esa nueva vida y, la madre además realiza una nueva función que amerita tiempo dedicación, resistencia y conocimiento como es la lactancia.

Existen familias que asumen estilos de afrontamiento ajustados ante determinadas situaciones conflictivas, son capaces de utilizar mecanismos estabilizadores que le proporcionan salud y bienestar, mientras que otras no pueden enfrentar las crisis por sí solas, a veces pierden el control, no tienen suficiente fuerza y manifiestan desajustes, desequilibrios que condicionan cambios en el proceso Salud-Enfermedad y específicamente en el Funcionamiento Familiar. (Louro Bernal Isabel. Algunas consideraciones acerca de la familia en el proceso salud-enfermedad. Experiencia en la atención Primaria de Salud. Facultad de Salud Pública, 1993.).

En conclusión esta subcategoría hace un llamado a construir representaciones sociales donde la lactancia materna sea un proyecto familiar y muy especialmente de padres e hijos.

El apoyo de seres cercanos que son reconocidos como sujetos de confianza, de sabiduría es un ingrediente que armoniza la práctica de lactar y brinda mejores herramientas resolutivas en el momento de solucionar inconvenientes que pueden surgir en el proceso de amamantamiento

Categoría 3: Expresión de vida: orientación hacia la conducta

Esta categoría se analiza a través de tres subcategorías: Experiencia de refuerzo positivo, mantenimiento o abandono de la práctica, facilitadores de conducta positiva.

Para el equipo de profesionales investigadoras del presente estudio, la lactancia materna es una expresión de vida. Se considera que como elemento dador de bienestar integral potencia el desarrollo personal y el desarrollo social de toda una colectividad. La lactancia materna debe ser vivida como un indicador de desarrollo social y de progreso de ciudad.

No practicar la lactancia y especialmente la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida, representa un factor de riesgo importante a efectos de morbilidad y mortalidad del lactante y del niño pequeño, que se agrava aún más por la alimentación complementaria inadecuada. Las repercusiones duran toda la vida y son, entre otras, los malos resultados escolares, una productividad reducida y las dificultades de desarrollo intelectual y social.

Por lo tanto, la presente categoría analiza cuáles son esas experiencias que refuerzan positivamente el acto de lactar, cuáles son los factores que están contribuyendo a la toma de decisiones de continuar o abandonar, entre ellos los elementos que pueden ser facilitadores para una orientación de conducta positiva alrededor de la lactancia materna.

Desde los mismos inicios de la humanidad, las madres han tenido la costumbre de amamantar a sus hijos como un acto de la naturaleza humana. Se considera la lactancia materna como un acto de amor que tienen las madres para con sus hijos. *“Yo me siento muy contenta porque sé que le estoy haciendo un bien al niño, pues si la leche materna es lo mejor para ellos, puede crecer mejor, yo me siento muy contenta, me siento bien dándole leche materna.”* (L. P2)

Mantenimiento o abandono de la práctica

Las adolescentes en el proceso de socialización de la lactancia materna con familia y amigos reciben información que va orientando la construcción de representaciones sociales que pueden influir en la decisión de lactar pese a que algunos comentarios son planteados con inseguridad.

Se percibe que el abandono de la práctica de la lactancia materna está condicionado por miedo a que el aspecto físico de la mujer; especialmente de los senos cambie desfavorablemente. *“Pienso en mí como mujer, se me van a dañar los senos” (L.P2)*

Pero el conocimiento generalizado que tienen sobre la importancia de la lactancia materna para el adecuado crecimiento y desarrollo del bebé minimiza este pensamiento y deciden lactar a sus hijos. Otro de los factores para abandonar la lactancia materna es que no salga alimento, consecuencia de una mala técnica, produciendo cansancio en la madre e inseguridad para continuar con la lactancia. *“Hay unas que si les duele mucho, las pela” (L. P1); “Se les caen los senos, porque no les gusta, o les duele o se aburren de tenerlo ahí pegado” (G. P3).*

Existen razones comunes en relación con la decisión de cuando dejar de lactar, las adolescentes respondieron a la pregunta con factores relacionados con la edad del bebé, con el gusto o no del bebé por la leche y con el estado físico de la madre; la causa más fuerte entre los grupos de adolescentes para el abandono de la lactancia materna es el retorno al trabajo. *“porque tienen que trabajar” (L. P2, A. P5, A. P6)*

Gran parte de las mujeres trabajadoras tienen serias dificultades en sus lugares de trabajo para realizar las prácticas adecuadas de lactancia materna. Muchas de ellas están bajo grandes presiones, puesto que el cumplimiento de la jornada laboral y el tiempo de transporte desde el hogar y hasta éste interrumpen el amamantamiento o lo reducen a proporciones no ideales.

En ocasiones no se cumple con la normatividad que favorece la lactancia materna; en especial son perjudicadas las madres que hacen parte del sistema de trabajo. Se hace mención entonces al convenio 183 y la recomendación 191 de 2000, de la Organización Internacional del Trabajo, protección de la maternidad que recomienda por lo menos 14 semanas de licencia de maternidad y un lugar limpio y cómodo para lactar o para extraer la leche materna en el sitio de trabajo o en un lugar cerca. La Ley María Colombiana (ley 755 de 2002), tipifica como periodo comprendido para la licencia de maternidad 14 semanas y 8 días hábiles para el padre.

Es importante fortalecer los programas Institucionales para que funcionen adecuadamente y contribuyan a promover la práctica de la lactancia materna. Programas como: Controles de Crecimiento y Desarrollo, controles prenatales y cursos psicoprofilácticos.

La madre se puede sentir inconforme con su cuerpo y querer que pronto disminuya la producción de leche para recuperar la forma de sus senos. Puede suceder que la leche disminuya su producción o se “seque”. Debido a que la madre no proporciona la leche materna a su hijo con la frecuencia adecuada. *”No lo pega lo suficiente, mientras uno lo pega le va a salir” (L. P2)*

Las experiencias negativas propias o ajenas pueden influir en la disminución o interrupción consciente de la lactancia. *“Les dan leche de tarro, una, decía que porque se le entetaba la niña y la otra no es muy cercana a mí y le salía harta leche” (L. P1)*

En ocasiones también se cree que el niño no quiere seguir con el consumo de leche materna o la rechaza. Esto se debe normalmente a prácticas inadecuadas de amamantamiento. No quiere decir que el niño no quiera tomar la leche materna, puede ser que no sienta satisfechas todas sus necesidades al momento de lactarse. En casos de parto por cesárea la falta de preparación de la madre o retraso del inicio del amamantamiento en las primeras horas de vida del niño, puede disminuir el tiempo recomendado de la lactancia. No iniciar la lactancia en la primera hora de nacido del bebé disminuye la posibilidad de cumplir con el tiempo ideal de lactancia. *“En los hospitales dan las leches re-ensadas en teteros” (A. P5); “Yo no la pude pegar” (L. P1)*

Es posible que se interrumpa el amamantamiento por causas naturales o por dificultades en la salud de la madre o el bebé. *“Horas antes nació un bebe con VIH entonces no dejaron alimentar los bebés hasta que salieron nuevamente el resultado de las mamás de VIH entonces allá les dieron una leche” (L. P1); “Le di con jeringa porque no tenía pezones” (L. P2).*

Dentro de los factores culturales que afectan negativamente la práctica de la lactancia materna se encuentran principalmente la introducción en la alimentación de leches de fórmula o

diferentes alimentos, como agua, jugos, sopas, leche de vaca, entre otros, durante los primeros seis meses de vida del bebé.

Se tiene la creencia en especial de que el bebé siente sed y la leche materna no es suficiente para suplir esa necesidad o que el niño queda con hambre, por lo que le proporcionan algún otro alimento. También se considera que la cultura del biberón interfiere con el correcto amamantamiento, pues no llega a satisfacer todas las necesidades del niño. *“Se ayudaba con los teteros porque ellas no quedaban bien alimentadas”* (A. P5)

Las instituciones prestadoras de servicios de salud pueden violentar el momento del contacto piel a piel, desde la omisión del mismo en el momento del parto. De esta manera se crea una barrera para un inicio exitoso. Son estas mismas instituciones las que en ocasiones pueden incumplir con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de leche materna, el cual reglamenta la comercialización y publicidad. (Adoptado por Colombia a través del Decreto 1397 de 1992). (Presidencia de la República , 1992)

En este orden de ideas, una IPS que promueva una empresa comercializadora de sucedáneos, de manera directa o indirecta, a través de afiches, tallímetros, libretas, lapiceros, entre otros, puede marcar contraposición con el interés de proteger la lactancia materna.

Facilitadores de conducta positiva

Las madres en lactancia y los niños y niñas lactantes se desenvuelven cotidianamente en múltiples y diversos entornos que deben propender por favorecer de distintas formas la práctica de la lactancia materna.

La lactancia no es un tema exclusivo de instituciones de salud, es cotidiana, permanente y debe conservar sus características de calidad y seguridad donde quiera que se encuentren los y las menores de dos años.

Se deben desarrollar estrategias más allá de la institucionalidad que asuman de manera efectiva las múltiples barreras sociales a las que se enfrentan las mujeres en lactancia y que determinan de forma importante el éxito o fracaso de la lactancia materna.

Las adolescentes lactantes se sienten más seguras cuando lactan en un espacio cómodo y privado, que normalmente está dentro de sus hogares pero cuando deben salir de sus casas optan por alimentar al niño con tetero. *“En mi cuarto” (L P2); “pero en la casa es lo normal”; (L. P2); “Yo por ejemplo estaba en un centro comercial con mi mamá y había una señora con el nené. Un señor las estaba atendiendo y ella mostrando el seno, el señor era todo incómodo e intimidado porque la señora era dándole pucheca al bebé. Hay que ser reservados porque el cuerpo de la mujer debe ser respetado” (A. P6); “yo siempre procuraba sacarme la leche y echarla en un tarrito, pues en el tetero y así no sacaba la teta por ahí en algún lado” (L. P2)*

Un factor protector para la lactancia materna son las instituciones amigas de la mujer y de la Infancia, las cuales apoyan la lactancia materna; ofrecen atención integral a las madres, niñas y niños, y mejoran la calidad de la atención que se les presta pero se encuentra limitada apropiación de las competencias de los actores involucrados, sin articulación entre ellos y desconocimiento del valor público de los logros en lactancia materna y alimentación complementaria.

La lactancia materna se incorporó a los programas de promoción y prevención en los actores de salud. *“cuando yo estaba en embarazo que iba a los cursos, allá decían que la lactancia era lo más importante, la familia también y mi mamá fue la que más me ayudó” (L. P1)*

Las IPS se constituyen en el principal actor responsable de la inducción y adaptación a la lactancia materna; pero el papel cumplido en este período evidencia las limitaciones para el logro de una lactancia exclusiva y con alimentación complementaria más de 24 meses. *“En mi EPS no dan tanta información, no le explican a uno bien,” (L. P1)*

Los profesionales de la salud son determinantes en la decisión y continuidad de la lactancia materna, pues son personas en las que las madres confían plenamente. *“cuando yo*

estaba en embarazo nos mostraban videos, la más cómoda, la mejor, la normal aquí adelante en los brazos, cuando yo la tuve la doctora me enseñó que tenía que tener bien la nariz y el mentón pegado al pecho para que pudiera tomar bien” (L. P1); “lo más conveniente con el doctor, o la persona que le lleva los controles a uno” (L. P2)

El inicio del contacto piel a piel y del amamantamiento en las primeras horas de vida del bebé favorece la duración del período de lactancia adecuado. Las madres pueden aumentar su autoestima al ser conscientes del papel que desempeñan al darle la posibilidad al bebé de tener la mejor alimentación posible y poder satisfacer ampliamente sus necesidades. *“Uno ver su luz alimentándolo es muy bonito” (A. P6); “Es la mejor alimentación que uno le puede dar” (G. P3); “La leche materna es la mejor para ellos, pueden crecer mejor, yo me siento muy contenta, me siento bien dándole leche materna” (L. P2).*

La normatividad ha propiciado un cambio generalizado en las costumbres, al crear una mayor conciencia de la importancia de los correctos hábitos de alimentación para los menores de dos años de edad, por lo cual se convierte en un elemento facilitador para la práctica. Igualmente la formulación de políticas orientadas a mejorar la salud integral de la primera infancia, infancia, adolescencia son otro factor que permite ir más allá de los planes de gobierno en el interés de la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna.

Experiencia de refuerzo positiva

La lactancia materna ayuda a mejorar considerablemente las relaciones entre los miembros del grupo familiar, pues propicia las relaciones afectivas. Al largo plazo puede mejorar las relaciones de pareja, con los hijos y demás miembros de la familia. Facilita el amor, la unión y conciencia de crecimiento como célula familiar. (Cabrera, 2003).

Estas percepciones funcionan como factor protector en pro de la lactancia materna, tal y como lo describe un estudio realizado en Bogotá, Colombia, (2004-2005) por Sáenz-Lozada ML, Camacho-Lindo ÁE, titulado “Prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria en un jardín infantil de Bogotá” el cual informa que la razón más importante para el inicio de la

lactancia materna fue el reconocimiento de beneficios, tanto para la madre como para el niño, con un 75%; el 17% consideró que el vínculo afectivo era el motivo principal. Si la madre lograra percibir más beneficios para ella en la práctica de la lactancia, podría esto mejorar el porcentaje de las que cuidan habitualmente a su niño pequeño y dedicar más tiempo a sus hijos.

Las experiencias propias o ajenas soportan la preparación de la madre para la lactancia de ahí la importancia de desarrollar estrategias institucionales de Información, Educación y Comunicación (IEC) que garanticen transferencia de conocimiento y sostenibilidad de procesos en relación con las buenas prácticas en lactancia materna, alimentación complementaria y cuidado integral de los y la menores de dos años de edad. *“Si se puede con el especialista que es el médico, sino con alguien que ya haya vivido la experiencia” (L. P1); “En el centro de salud es más significativo el médico que la enfermera, yo siento que él sabe más y tiene mayor experiencia” (G. P4)*

Dentro del grupo de lactantes se descubrieron experiencias positivas que favorecen la práctica de la lactancia materna, las adolescentes asocian ser una buena madre o haberles ido bien si ocurre algo de esto: *“Si me baja hartito alimento” (P1); “En la noche me recojo un tetero lleno” (LP1); “Que lo mantenga pegado, eso es lo que más alimento le hacer salir a uno” (LP2)*

Sabemos que, salvo situaciones excepcionales, las madres producen la cantidad exacta de leche que necesitan sus bebés, si el agarre es correcto y la lactancia es a libre demanda del niño. (Galán Bertrand, 2013) Hay experiencias positivas por parte de las lactantes y gestantes que recibieron información y educación por parte de redes de apoyo como son las madres FAMI. Las madres requieren que la lactancia sea un ejercicio práctico y menos difícil su asunción mantenida.

Camargo Figuera, Latorre Latorre, & Porras Carreño, (2011) informan que se presentó una alta incidencia de abandono de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida del infante. Esto permite identificar como factores asociados a dicho abandono, los deficientes conocimientos sobre la Lactancia Materna, la información brindada por el personal de salud, el estrato socioeconómico bajo y el uso de biberón durante ese periodo de tiempo.

De acuerdo a la lectura anterior y en consecuencia con lo obtenido en las entrevistas se observa desde la dimensión cognitiva de las representaciones sociales que el éxito en la práctica de la lactancia materna está supeditado al conocimiento (técnica, aporte nutricional, cuidados, etc.) que tiene la madre para ejercer la lactancia materna. De igual forma la dimensión afectiva de la práctica de la lactancia materna mejora y se fortalece cuando las madres adolescentes sienten una red que la apoya y las acompaña a través de un proceso sistemático de índole institucional y comunitario. (Ver Anexo 5. Resultados Entrevistas)

Discusión de resultados

Es pertinente que la lactancia materna como fenómeno biocultural sea abordada desde las dimensiones del apoyo, promoción y protección en beneficio de las adolescentes que serán las madres del mañana y de las madres adolescentes que afrontarán el proceso de lactancia.

Este grupo atraviesa una etapa de la vida importante, donde el desconocimiento y la falta de experiencia ante un proceso de gestación les provoca angustia, a su vez un alto nivel de expectativa que supera las inquietudes propias de una adolescente frente a los cambios hormonales, físicos, psicológicos o sexuales propios de su edad.

La formulación de políticas públicas, institucionales y comunitarias que implementen estrategias de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna contribuirán, sin duda alguna, a asegurar el éxito en la alimentación del recién nacido por lo menos durante los 6 primeros meses de su vida.

La discusión de resultados se basa en la comparación de las representaciones sociales de los tres grupos de adolescentes, teniendo en cuenta los tres componentes de las representaciones sociales ya definidas en el marco teórico (la actitud hacia el objeto -dimensión afectiva, la información sobre ese objeto -dimensión cognitiva y un campo de representación que invitan a la acción-dimensión de orientación de la conducta); dando cuenta de cuál es la dimensión que más

predomina y como se va constituyendo el proceso de objetivización y anclaje de las diferentes representaciones sociales.

Desde la **categoría de la lactancia desde la perspectiva de las emociones**, subcategoría **sentimientos que nacen de las adolescentes**, es importante reconocer que las adolescentes no gestantes y las gestantes describen una mujer lactante desde la dimensión netamente afectiva desde una representación social con calificativos de amor, paciencia y cariño. Lo anterior debe ser un factor protegido por grupos de redes de apoyo, la familia y la sociedad, para conservar una orientación de conducta coherente con ese primer sentimiento que nace al pensar en la lactancia.

Es clave mencionar que para las adolescentes de los tres grupos estudiados es importante la práctica de la lactancia materna y prioritaria para la adecuada nutrición de sus hijos o futuros hijos, pese a la presencia de sentimientos negativos que pueda suscitar la misma; su conducta siempre ha estado y estará orientada a lactar. De allí, la importancia de redes de apoyo de tipo institucional y comunitario.

Ahora, desde la dimensión afectiva y actitudinal, la práctica de la lactancia genera emociones que hacen parte de las expectativas, de vivencias propias o de observaciones a terceros. Esto a su vez determina la conducta de la madre lactante y su posición proactiva frente al tema.

Las adolescentes en su proceso de formación escolar y familiar van recibiendo elementos informados que dan cuenta de la necesidad de planear un embarazo, por todos los cambios que esta condición lleva consigo.

La lactancia es una de las prácticas nuevas que surgen con el hecho de ser madres; por tal motivo, estos elementos informados van orientando conductas para forjar un proyecto de vida, el cual sin lugar a dudas ha sido influenciado por el sistema de valores, nociones y prácticas de la sociedad. Desde la teoría de las representaciones sociales una adolescente que tiene como

elemento informado, que gestar a temprana edad, es una crisis para la vida, seguramente, acciones propias relacionadas con el hecho de acunar, lactar, criar , pueden estar determinadas por una orientación de conducta negativa que impide en este caso, un proceso de lactancia exitoso.

Cuál puede ser la orientación de la conducta frente a la lactancia cuando se vive este proceso es un escenario cuya interpretación está en el marco de un proyecto de vida afectado, pues la presencia de un hijo en ocasiones exige salir a trabajar, abandonar el colegio, para empezar a vivir el rol de madre. La presión social contra la adolescente embarazada desencadena consecuencias psicológicas para ella. (Pérez Giraldo, 2003). Considerando que los seres vivos desde una dimensión biopsicosocial interactúan con la familia, la sociedad y el entorno en el cual viven, y , es este mismo entorno quien aporta los elementos necesarios para la construcción de representaciones sociales; la familia, grupos de amigos entre otros, se convierten en una mar de posibilidades para que una conducta se transforme en un hábito con convicción y certeza o, por el contrario, la presión negativa puede desestimular la repetición de la misma o, el resultado esperado.

Con frecuencia la joven que no estaba preparada para ser madre, tiende a rechazar la idea de tener un bebé y, por ende mucho más la idea de asumir un proceso de lactancia materna con el nivel de conocimiento y entrega que se requiere.

La madre adolescente, es una mujer joven, que necesita vivir esa etapa de su vida, ya que la maternidad temprana no la hace mujer adulta; no está preparada (Morillo & Montero, 2010). En corto tiempo debe lograr importantes metas, asumir su sexualidad, su salud reproductiva, autocuidado, relaciones afectivas con la familia, con su pareja, con su hijo. Son tareas y desafíos que las jóvenes nunca han abordado y llevan a estas madres adolescentes a sentirse recargadas de trabajo y con una carga emocional muy fuerte; lo que constituye un gran riesgo para la lactancia materna. El embarazo en la adolescencia es una crisis vital que se sobrepone a la crisis de la adolescencia (Castillo & LamasRosa, 2005). Las madres adolescentes, debido a la etapa que están viviendo, al desconocimiento y a la falta de experiencia, gestar les provoca angustia, un alto

nivel de expectativa que supera las inquietudes propias de un adolescente frente a cambios hormonales, físicos, psicológicos o sexuales. Adolescencia, embarazo y lactancia ya es una tríada que involucra a otro ser humano, por lo cual los temores propios de la edad pasan a un nivel superior con alta necesidad de resolver situaciones para sí misma y para el bebé que está por nacer.

Cuando una madre adolescente acepta su embarazo, tiene un soporte desde la toma de decisiones que parte de la motivación intrínseca de aprender y poner en práctica lo aprendido. Es consciente de su realidad y quiere vivirla con todas las situaciones que suscitan el embarazo y la crianza.

La investigación: Un estudio comprensivo sobre aspectos socioculturales que pueden influenciar el inicio y la finalización de prácticas lactantes en tres regiones de Cundinamarca (Suárez, Hurtado, Sepúlveda, & Acevedo, 2005) muestra como "el momento de la lactancia se convierte para la mujer en un ejercicio de afrontamiento donde se ve avocada en su historia de vida a mantener o a reconfigurar elementos que le dan un orden a su mundo de la vida cotidiana. De allí que las madres del estudio hayan hecho referencia implícita o explícitamente a las implicaciones individuales y sociales del ser madre, pero además, de ser madre lactante".

La función de orientación de la conducta empieza a hacerse visible; ya más que una identidad social, pasa a un plano de identidad personal donde seguramente juega un papel importante la función justificadora, a través de la cual se explican las conductas asumidas con un principio de realidad.

En este caso ya en mujeres lactantes ya no es la información la que determina sus opiniones, es la experiencia, la que les ha mostrado otros aspectos que a lo mejor no se incluían antes como son las lesiones de pezón propias de la lactancia en la primera etapa, pero que bien se pueden superar con la debida técnica de agarre. Ellas además del conocimiento y posible actitud rodeada de dolor o miedo, decidieron lactar; su conducta se orientó desde la decisión de aportar al sano proceso de crecimiento y desarrollo.

Se podría decir que la lactancia está en el marco informativo del vínculo y el placer que genera abrazar, alimentar y contribuir al proceso de crecimiento y desarrollo de niños sanos. Existen representaciones sociales más positivas frente a la práctica de la lactancia materna en adolescentes que no han sido gestantes o, que están viviendo su condición de gestantes. Las actitudes, expresiones verbales y no verbales dejan leer una actitud de ternura, entrega, aceptación, seguridad de que si van a ser madres lactantes. Una vez las mujeres adolescentes viven esta experiencia, se pudo observar que la representación social que se va formando está en un marco de menos efusividad, ya hay mayor conocimiento y, podría existir resistencia para lactar ante consecuencias negativas para la madre que se generen por una técnica inadecuada para ejercer la práctica.

La lactancia materna requiere de un ambiente que la potencie. La falta de apoyo familiar, la ansiedad, no facilitan una armonía interna que contribuya positivamente en esta práctica. La madre adolescente generalmente tiene presiones de tipo familiar, social, hasta de su propia identidad que aumentan el riesgo a generar estos ambientes de tensión, que necesariamente influyen en la dimensión afectiva de la representación social que se va constituyendo.

Desde la subcategoría **lactancia, pudor y estética**, uno de los factores que en lo emocional impacta la conducta, es el hecho de tener celo por verse expuesta a amamantar en lugares públicos. Los juicios de valor manifestados por las adolescentes en su mayoría eran negativos, ya que sentimientos como el pudor, la pena, la intimidad y la privacidad juegan un papel importante en el momento de tomar la decisión de lactar a sus bebés en lugares públicos.

Según la encuesta Nacional de hábitos en lactancia materna realizada en España año 2013, el principal inconveniente que las madres perciben en la lactancia se basa en la relación con el entorno: complicación con la actividad laboral (48%), seguido de dificultad de dar el pecho en lugares públicos (43%). Lo anterior es coherente con los hallazgos encontrados en esta investigación: El espacio físico adquiere un significado esencial que puede llegar a determinar el hecho de lactar o no. Las adolescentes sujeto de estudio aún no han incursionado en la vida

laboral, pero si hacen parte de medio escolar, lugar que carece de espacios apropiados para la lactancia.

Generación tras generación se ha aprendido que mostrar el cuerpo desnudo envía señales sexuales y detrás de ello se ha catalogado como algo negativo. La vergüenza es una emoción ideal para evitar una conducta a toda costa. En este momento también es donde se observa como la representación social de desnudez, pudor y lactancia genera contradicción desde la función de conocimiento que rinde homenaje a la lactancia y, desde esa misma función se ha logrado fundar en el ser humano que parte del cuidado de cuerpo es no mostrarlo, mucho menos las partes que son consideradas íntimas. En este caso, este conocimiento previo adquiere como campo de representación generar conductas orientadas por la emoción de la vergüenza y no por la convicción de la práctica saludable.

Lo anterior, demuestra que la sociedad es más castigadora que valorativa de hechos saludables. Ante una mama descubierta se genera más crítica alrededor de la desnudez en público, que un reconocimiento por la defensa de un derecho nutricional del niño.

El plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020 hace énfasis en la promoción, protección y apoyo de la lactancia, definiendo líneas de acción y de intervención, en coherencia con la política pública de primera infancia. Así entonces, si la alimentación del niño pequeño es un derecho fundamental, es necesario, que la práctica se promocióne y defienda desde un contexto que reconozca y valore de manera especial a las mujeres y familias que toman la decisión de lactar. Entre instituciones, comunidad y familia, deben emprender un modelo educativo, que hable desde la primera infancia, infancia y adolescencia de lactancia, como una práctica que genere “orgullo”, “aplausos”, admiración y, hasta motivación por repetir esta misma acción cuando sea el momento de cada quien.

Defender los derechos de la infancia debe ser más fuerte que satisfacer la mirada pecaminosa, temerosa o morbosa de un adulto que no comprende como la lactancia contribuye en

gran medida al proceso de crecimiento y desarrollo, cuyos beneficios se hacen extensivos en todas las etapas del ciclo vital y a toda la sociedad.

Desde la subcategoría **contacto piel a piel**, en cuanto a beneficios desde el vínculo afectivo se observa un sutil reconocimiento por parte de las adolescentes. Posicionar la lactancia materna desde el aporte a la estructuración de la personalidad, la construcción de confianza y seguridad en sí mismo, debe ser otro aspecto a tener en cuenta en la categoría la lactancia desde la perspectiva de las emociones.

Está demostrado en la literatura que uno de los grandes beneficios de la lactancia materna es la contribución al vínculo afectivo del binomio-madre hijo. Así lo expresa Avellaneda en su libro lactancia materna con amor, quien enfatiza que por el hecho de lactar el afecto entre madre e hijo mejora, ya que éste contribuye a un estilo de apego más seguro. “La lactancia es una vacuna contra la de privación afectiva” (Avellaneda Dueñas, 1998)

Se puede concluir que la lactancia materna es un momento en el que participan diversas emociones. Emociones que necesariamente marcan el camino para el debido afrontamiento o para la determinación de no lactar.

En la investigación Trastornos psicológicos en la mujer embarazada (Reyes Carbajal, s.f.) hace mención al fenómeno de melancolía de la maternidad, la cual es diferente a depresión postparto. Fenómeno que dura máximo dos semanas e inicia entre el primer día de nacido y los diez primeros días; en esta etapa la mujer lactante es extremadamente sensible ante actitudes familiares e institucionales. Este es un fenómeno transitorio y auto limitado. Lo único que aporta es el apoyo familiar.

La lactancia bajo una vivencia desesperada no funciona. La emoción de la madre es fundamental, para la aceptación, el entendimiento, la búsqueda de nuevas alternativas, la construcción de esa cadena de logros vivida desde el manejo adecuado de la técnica, la

producción de leche, la conservación sana de las mamas, la sensación de satisfacción por parte de la madre y del hijo, lo cual denotaría un adecuado funcionamiento fisiológico.

Una de Las hormonas cuya producción se activa con la lactancia es la oxitocina. Desde el lenguaje coloquial se conoce como la” hormona de los mimosos”. La oxitocina aumenta su liberación en ambientes de tranquilidad, cercanía afectiva. Esta hormona cumple funciones importantes en momentos relacionados con el parto, el alumbramiento, las relaciones sexuales y la lactancia materna.

Se esperaría que una madre lactante pudiera estar en un ambiente que estimulara la producción de oxitocina, por lo cual la trasmisión de afecto y las técnicas de relajación en un momento que puede generar tensión son altamente efectivas.

La reanudación de la vida sexual activa de las madres y la convivencia de las madres con el padre del niño se observaron cómo favorecedoras de una prolongación de la lactancia, Además, esto nos permitiría inferir que la estabilidad hogareña sería quizás el factor que está influyendo y favoreciendo una lactancia prolongada. (Sepúlveda R., D., Formas J., I. y Aguayo, R., 1983)

Igualmente se encontró que la lactancia produce entre las madres adolescentes, sentimientos de frustración y angustia pues perciben que no producen suficiente leche materna y que sus hijos quedan con hambre (Forero, Rodríguez, Isaács & Hernández, 2013). Lo anterior se relaciona con la presente investigación en el sentido de que las emociones de miedo, enojo, realmente si tienen como origen el dolor de una pezón lesionado, la congestión mamaria, o sentir que no son buenas productoras de leche. Estos aspectos necesariamente hacen una invitación a la estructura que debe tener un programa de educación y de formación para la lactancia. Con una adecuada metodología educativa que ilustre los mecanismos y técnicas que evitan o disminuyen el riesgo a que se presenten estos hechos que generan emociones de enojo o dolor, seguramente, se construiría cada día una cadena de logros con resultados visibles para el binomio padres e hijos.

La representación social frente la lactancia está influenciada por dichas emociones. Alegría cuando se evocan los grandes beneficios que tiene lactar y cuando se observa un niño sano. Tristeza desde la frustración de no producir leche; enojo desde la fatiga, cansancio, impotencia ante la baja producción de leche o, ante la excesiva demanda del recién nacido para la toma del alimento. Vivir la lactancia materna desde la emocionalidad permitirá orientar la conducta de una madre hacia la práctica de la lactancia o hacia el reemplazo por un sucedáneo.

Se puede concluir que la descripción de una mujer lactante por parte de las adolescentes parte de la dimensión netamente afectiva, desde las actitudes propias que pueden surgir desde el acto de lactar.

Es importante tener en cuenta que la labor de capacitar y entrenar para la práctica de lactancia materna debe incluir necesariamente elementos que permitan conocer la emocionalidad propia de la práctica, y, el manejo técnico que se debe proporcionar para aumentar la capacidad de afrontamiento.

Desde la categoría **herramientas para el afrontamiento**, se cuestionan los procesos educativos impartidos, teniendo en cuenta los resultados de la metodología aplicada en la investigación y apoyada por la literatura sobre las causas de deserción en el proceso de lactancia.

Se pudo analizar desde la subcategoría **instituciones amigas de la lactancia**, que la mayoría de las adolescentes entrevistadas manifiestan como principal causa de dicha deserción la baja producción de leche, debido al desconocimiento en la adecuada técnica de la lactancia materna y la deficiente información que las IPS direccionan al respecto, siendo éstas las encargadas de difundir la técnica adecuada de amamantamiento.

Cuando en las entrevistas a profundidad se les preguntó a los tres grupos (adolescentes no gestantes no lactante, adolescente gestantes y adolescentes lactantes), sobre su conocimiento de una adecuada técnica, la mayoría respondieron que no era clara para ellas y que poca información tenían al respecto, algunas simplemente contestaron desconocerla en su totalidad.

Por estas razones, es importante, que los programas educativos dirigidos para adolescentes y jóvenes en el entorno escolar, incluyan factores relacionados con la lactancia materna; las instituciones prestadoras de servicios de salud y organizaciones de índole comunitario, deben incorporar el hecho de evaluar de manera formal el real aprendizaje de los conocimientos impartidos, ya que brindar educación sin validar el incremento en el nivel de conocimiento pueden ser oportunidades perdidas. Se debe corroborar si las adolescentes aprendieron y son capaces de transferir a su vida este conocimiento.

Uno de los factores que impactó fuertemente las categorías de estudio y en consecuencia las representaciones sociales de las adolescentes fue la familia, (**subcategoría redes de apoyo**). Se evidenció que la misma es transversal a las categorías afectiva, comportamental y del conocimiento estudiadas en la investigación. De esta manera, se puede afirmar que las madres y las abuelas, como eje central del núcleo familiar, son las guías y la fuente de autoridad en cuanto a la lactancia materna se refiere. Ellas son el soporte esencial en el proceso de amamantamiento y desde lo afectivo son quienes tienen mayor incidencia de apoyo, compartiendo este título con las parejas.

En general, las adolescentes entrevistadas expresan sus opiniones desde una identidad social, determinada por las vivencias del día a día con su núcleo familiar. Teniendo como consecuencia una realidad determinada y compatible con el valor en términos axiológicos de una familia y, el apoyo que se dan entre sus integrantes en cualquier etapa de sus vidas; para el caso que nos ocupa, en el proceso de lactancia.

Al respecto la UNICEF (2001b), manifiesta que:

Muchos de los problemas que enfrenta una madre lactante no son médicos por naturaleza y pueden ser resueltos por otra madre con experiencia. Está comprobado que es más fácil aprender de pares que de profesionales expertos. Es común que a las madres les cueste admitir que tienen conflictos y, con frecuencia, cuando pueden identificarlos se culpan a sí mismas, creyendo ser las únicas que presentan estas

dificultades. Al reunirse con otras madres aprenden de la experiencia de cada una y, además, la escucha les facilita la identificación de sus propias necesidades y las anima a pedir ayuda.

Otro documento de gran importancia, es lo publicado por la “*Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño*” (OMS, Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño, 2003), lo cual apoya teóricamente lo referido por las participantes en el grupo focal:

Las madres deberían tener acceso a un apoyo especializado que les ayude a iniciar y mantener prácticas apropiadas de alimentación, así como a prevenir dificultades y a superarlas cuando se presenten. Los agentes de salud informados están bien situados para proporcionar ese apoyo, que debería formar parte integrante no sólo de la atención prenatal, obstétrica y postnatal ordinaria, sino también de los servicios que se prestan a los lactantes sanos y los niños enfermos. A ese respecto, también deben desempeñar un papel importante las redes de base comunitaria que ofrecen apoyo entre madres y los consejeros con formación en lactancia natural, que trabajan en los sistemas de atención de salud o que están estrechamente ligados a ellos. En lo que se refiere a los padres, las investigaciones muestran que la lactancia natural se ve favorecida por el apoyo y la compañía que proporcionan como sostén de la familia y dispensadores de atención.

Gamboa D, López B, Prada G, & Gallo P, (2008) aseguran que

El 80,0% de las mujeres con hijos recibió apoyo durante la lactancia materna. En el 66,7% de los casos el apoyo fue dado por el esposo, en el 60% por personal de salud, en el 58,7% por la familia, y en el 37,3% por personas conocidas. Las mujeres encuestadas también ofrecieron apoyo a otras nodrizas, que consistió en dar un consejo en favor de la lactancia en un 57,3%, apoyo emocional en un 28,0%, apoyo económico en un 8,0%, desinterés en un 5,3% y dar una opinión en contra de la lactancia en un 1,3%.

Los tres documentos mencionados con anterioridad ratifican lo expresado por las adolescentes, encontrando que familiares, pareja e instituciones de salud son directa e indirectamente responsables por la alimentación de los niños y del recién nacido para el caso que nos ocupa. Sin embargo, es importante analizar en el caso de las adolescentes no gestantes – no lactantes, que las mismas prefieren mencionar como personas que podrían apoyar el proceso de lactancia a las amigas más cercanas en el caso de que la madre no cuente con apoyo en su núcleo familiar y, no a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Esto puede deberse que su contacto con el sistema de atención de salud es poco frecuente y como lo veremos más adelante la imagen de estas instituciones no es la más amigable y positiva para ellas. Es así como concluimos que para este grupo en particular, no es extraño que las participantes estén más influenciadas por las posturas de la comunidad, que por el asesoramiento de los agentes de salud. Lo anterior influye en la orientación de su conducta, la manera de comportarse y en la toma de decisiones frente al proceso de la lactancia materna.

Finalmente, todo el conocimiento que tienen las adolescentes sobre lactancia materna es transmitido en mayor parte por sus madres y abuelas y se ratifica que ésta no solo es instinto, también es un comportamiento aprendido por imitación.

Se debe aclarar que mucho del conocimiento transmitido a las adolescentes por parte de sus familias, se convierte en mitos o creencias no acertadas para una adecuada práctica de lactancia materna. Lo que si es cierto es que la familia en casi todas las circunstancias, tienen mayor credibilidad que las propias instituciones prestadoras de servicios de salud, y esto indudablemente está afectando la práctica de la lactancia materna, sin desmeritar el papel alentador que cumplen las familias en este proceso.

La naturaleza misma hace defensa del componente instintivo para lactar, pero conocer las representaciones sociales de las adolescentes, permitirá la defensa del componente cultural como legado que se trasmite de madres a hijas; de generación en generación. Se debe posicionar una cultura del amamantamiento en el ambiente laboral, institucional, familiar y comunitario.

Todo lo anterior, nos llevará a precisar en el capítulo de recomendaciones que no solo la madre lactante sino la pareja y las familias son actores fundamentales que deben ser capacitados en el afrontamiento y técnicas adecuadas de lactancia materna.

Las redes de apoyo también son un factor determinante en la práctica exitosa de la lactancia materna, con un mayor énfasis en el grupo de madres adolescentes (enfoque diferencial). No obstante, las instituciones prestadoras y administradoras de servicios de salud, entidades territoriales y locales del orden gubernamental y no gubernamental, deberán unirse a una misma causa y un mismo objetivo, una “lactancia materna exitosa, como el seguro de vida a una infancia más feliz”.

Un referente importante sobre el deber ser de la atención en los servicios de salud a las madres gestantes y futuras lactantes en Colombia, es la Estrategia Iniciativa de Instituciones Amigas de *la Mujer y la Infancia - IAMI*, la cual es una clara perspectiva de derechos como estrategia integral de calidad de la atención, articulada a los planes de mejoramiento institucional de los prestadores de servicios.

Además es una herramienta para garantizar los derechos de las madres, las niñas y niños. La iniciativa permite movilizar a los equipos de salud, padres, madres y acompañantes en torno a estos derechos, entre ellos el derecho a la salud, la nutrición y al desarrollo integral.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud debe propender porque se realicen todos los esfuerzos posibles para cumplir con los parámetros internacionales y en consecuencia la normatividad nacional que rige la materia de nutrición y desarrollo de niños y niñas. Además de un apoyo institucional incondicional a madres gestantes y lactantes, como responsables únicas del proceso de Lactancia Materna.

La UNICEF en el año 2003 determinó: *“Es necesario asegurar que las niñas, los niños y las mujeres tengan una buena alimentación y atención de la salud durante toda su vida iniciando desde la gestación y el parto, ya que el bienestar de los niños y las niñas es inseparable del de*

sus madres, ofrecer a los niños el mejor comienzo en la vida para que sobrevivan y se desarrollen, lo cual permite sentar las bases para el cumplimiento de todos sus demás derechos” (UNICEF, IAMI, Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia, 2004)

De igual manera, se hace imperativo retomar la importancia y darle un reconocimiento especial a los que con tenacidad asumían la llegada del recién nacido (parteros), para ellos era clave el respeto del primer contacto piel a piel y el amamantamiento en el momento del alumbramiento, práctica olvidada de manera permanente por diferentes instituciones de servicios de salud de la región dada la saturación de los servicios, la pérdida de la calidad y la calidez en la atención.

Frente a las representaciones sociales para esta subcategoría podemos aplicar nuevamente la teoría impartida por Jean Claude Abric (1994) y realizar un análisis conjunto de tres de las funciones básicas nombradas por este autor:

Frente a la función del conocimiento las adolescentes comprenden y explican la realidad de acuerdo a las experiencias suscitadas. Teniendo de esta manera un conocimiento claro de la participación de las instituciones de salud en los procesos de gestación y lactancia. Para la mayoría es más negativo que positivo. Estas representaciones de sus vivencias permiten a las adolescentes adquirir nuevos conocimientos e integrarlos en su cotidianidad.

Para la función identitaria el grupo de adolescentes entrevistadas se sitúan en su contexto social dependiendo de cada caso, permitiendo la elaboración de la realidad que van construyendo con el día a día. Pese a la importancia que tienen las instituciones de salud, la mayoría tiene una identidad de no credibilidad de estos servicios, prefieren no asistir, o buscar la manera de acceder a un servicio privado, ya que el prestador no genera satisfacción y confianza para la mayoría de las adolescentes.

Finalizando con la función de orientación las adolescentes guían sus comportamientos y prácticas de acuerdo con lo aprendido y orientado, lo cual incluye las instituciones de salud, el

personal asistencial y funcionarios de otras organizaciones gubernamentales. La finalidad que es un proceso exitoso de lactancia materna, es el motor para que sus conductas vayan encaminadas a este objetivo. Si bien es cierto que los servicios de salud no están representados en las adolescentes como espacios amigables, es difícil que accedan a una fuente profesional que pueda sustentar con más fortaleza la orientación de la conducta a favor de una práctica que goce de técnica y satisfacción.

Es importante mencionar que en el análisis de los grupos focales la mayoría de las adolescentes tenían claro los beneficios que tiene la lactancia materna para el infante y cabe resaltar el interés público que se debe sostener alrededor de mejorar la salud infantil. Este mismo interés se sustenta la defensa de la lactancia materna, la cual apunta a la disminución de anemia y otras enfermedades prevalentes de la infancia, como son la diarrea, la otitis y las infecciones respiratorias. Es decir, todos los programas y estrategias que tengan como objetivo mejorar la salud infantil deben contener como indicador trazador el incremento de la media de la lactancia materna.

Es importante señalar que muy pocas de las adolescentes entrevistadas conocían de las ventajas que tiene la lactancia para las madres. El amamantamiento extiende los beneficios para las madres frente a la prevención del cáncer, además de un riesgo más bajo de generar diabetes en la adultez entre otros. Se presume que si hay mayor difusión de los beneficios para la madre, habrá un nivel de motivación mayor para iniciar y mantener la práctica.

Lo anterior es fundamentado desde lo teórico en lo descrito en el estudio denominado “*La lactancia materna desde la perspectiva de madres adolescentes de la ciudad de Bogotá*” (Forero, Rodríguez, Isaacs, & Hernández, 2013) el cual determinaba la importancia de la lactancia materna exclusiva y su impacto positivo en la supervivencia y el desarrollo de la población infantil como fue manifestado por el grupo de adolescentes lactantes de la investigación que nos ocupa. El artículo desarrolla de manera somera pero juiciosa los beneficios de la LM empezando por los innumerables beneficios que tiene para el bebé, después

especificando los efectos positivos para la madre, y termina con el aspecto afectivo entre madre e hijo:

(...) la misma está asociada con la disminución de la mortalidad de bebés prematuros y con la presencia de infecciones respiratorias, digestivas y otitis media; con la reducción del riesgo de enfermedades crónicas como alergias, obesidad, diabetes e hipertensión; y con el aumento del desempeño en pruebas de desarrollo intelectual y motor en comparación con niños y niñas que no son amamantados”.

Adicionalmente manifiesta que tiene efectos positivos en la salud de la madre como una recuperación uterina más rápida después del parto, mejorías en la remineralización ósea y menores riesgos de mastitis, cáncer de seno y ovario. También retrasa el inicio de la fertilidad, reduciendo los riesgos en la salud materna asociados a cortos intervalos entre nacimientos.

Finalmente, el aspecto afectivo entre la madre y el hijo se ve fuertemente realzado por el hecho de lactar, ya que éste contribuye a un estilo de apego más seguro. (Gamboa D., López B., Prada G., & Gallo P., 2008)

Otro importante estudio determinó “conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable” (Gamboa D., López B., Prada G., & Gallo P., 2008) En él se observó:

la mayoría de participantes conocen que la lactancia materna tiene un beneficio para ellas (53,1%). Las encuestadas consideran que el mayor beneficio es evitar el cáncer de mama (29,4%), favorecer el vínculo afectivo madre-hijo (25,5%), descongestionar las mamas (21,6%) y ahorrar dinero (11,8%). Para el 63,5% de las mujeres encuestadas, el calostro es necesario para la alimentación del bebé, frente a un 6,3% que considera lo contrario. (Gamboa D, López B, Prada G, & Gallo P, 2008)

El anterior estudio coincide con lo manifestado por las adolescentes encuestadas en la investigación, si bien su semejanza no está referida en el porcentaje estadístico, si en la identificación de los beneficios que para las madres tiene mayor relevancia.

El análisis de las representaciones sociales para esta pregunta sobre los beneficios de la LM, se puede establecer a partir la teoría de Jean Claude Abric (1994) y su función orientadora. Lo anterior teniendo en cuenta que las respuestas anticipadas y expectantes por parte de las adolescentes no gestantes – lactantes, manifiestan que si bien no hay un conocimiento desde la práctica y una vivencia personal, si constituyen una realidad de lo que escuchan y ven: *“El niño puede crecer más sano, más fuerte”*. (A.P2)

En las respuestas dadas por el grupo de adolescentes gestantes y lactantes también se evidencia una función orientadora de la conducta, ya que sus respuestas parten de experiencias vividas (lactantes) y no vividas (gestantes), pero con una finalidad clara, que va encaminada al bienestar de sus bebés, determinando así el a priori de la representación (gestantes), y comportamientos y las prácticas de las mismas (lactantes).

La leche materna es un alimento ideal para los bebés y su etapa de desarrollo, así fue evidenciado por las participantes desde la **subcategoría de adolescentes con conocimientos** y empoderamiento sobre las bondades y ventajas de la lactancia materna.

Pero no solo los beneficios fisiológicos son los relevantes, los económicos también contribuyen a este proceso. Las mamás no tienen que preocuparse por biberones o sucedáneos, la leche siempre está disponible de manera natural en su organismos a cualquier hora y a la temperatura ideal.

Otra dimensión por la que se indaga a las adolescentes, fue sobre sus sentimientos frente a la lactancia materna y sus experiencias al respecto. Un estudio denominado “Conocimientos, Actitudes y Prácticas Relacionados con Lactancia Materna en Mujeres en Edad Fértil en una Población Vulnerable” (Gamboa D, López B, Prada G, & Gallo P, 2008), da cuenta de las

manifestaciones expresadas por las adolescentes. Este estudio determino que frente a los sentimientos las mujeres encuestadas precisaron que: *“cuando les hablan de lactancia materna, el 57,3% siente ternura, 16,7% aceptación, 12,5% desinterés y un 1,0% siente rechazo.”* El anterior artículo ratifica que la mayoría de las madres sienten ternura cuando se les habla de lactancia materna o han pasado por este proceso, como se evidenció en las respuestas de la investigación que nos ocupa. Sin embargo, también se pudo evidenciar que no solo los sentimientos son positivos, también pueden ser negativos como se manifiesta en la encuesta realizada por el artículo de referencia y la presente investigación.

De una manera interesante en esta pregunta se evidencia lo argumentado en la teoría de Moscovici y las representaciones sociales; estructurándose componentes fundamentales como son la actitud, la información y un campo de representación. Desde el componente afectivo y actitudinal se evidencia por las participantes que los sentimientos que genera el proceso de lactancia materna son positivos y negativos. En el caso de las adolescentes lactantes su actitud implica un estímulo ya constituido, independiente de lo que actores externos les hayan comunicado sobre la lactancia y sus beneficios. Es decir, son conscientes de los beneficios del proceso de lactar, pero en su sentir hay un discernimiento negativo, que impacta notablemente su autoestima.

Teniendo en cuenta lo anterior se puede analizar el componente cognoscitivo, que para las adolescentes es claro las bondades de la lactancia, ya que desde sus vivencias propias o ajenas han integrado un conocimiento, como se evidencia en preguntas anteriores de esta investigación.

En cuanto a su representación o la orientación de su conducta también es clave mencionar que para las adolescentes es importante la práctica de la lactancia materna y prioritaria para la adecuada nutrición de sus hijos o futuros hijos.

Gamboa D., López B., Prada G., & Gallo P., 2008) manifestaron que las *“mujeres consideran que existen algunas prácticas por parte de la madre que alteran la composición y características de la leche materna, ellas son: consumo de alimentos picantes (29,3%), bebidas*

alcohólicas (19,5%), medicamentos (17,1%) y alimentos ácidos (14,6%).” Así se evidencia que lo manifestado por las participantes tiene relación con el estudio antes presentado, ya que tanto en el mismo como en las entrevistas realizadas del estudio, las mismas manifiestan que el consumo de alcohol y las comidas picantes no son saludables para ellas ni el sano desarrollo del bebé.

Las adolescentes dan cuenta de sus representaciones frente a lo que no se debe hacer en los procesos de lactancia, nuevamente desde sus vivencias, lo que han observado y les han contado. En este caso la función del conocimiento manifestada en la teoría de Jean Claude Abric (1994, citado por Pérez, s.f.) se evidencia cuando las adolescentes explican de forma detallada expresan las consecuencias de realizar malas prácticas en el proceso de lactancia, partiendo de un intercambio social desde sus vivencias. De esta manera ellas transmiten una realidad y difunden el conocimiento aprendido.

En este mismo aspecto la UNICEF en su cartilla sobre la lactancia materna afirma que diferentes culturas utilizan mezclas de hierbas en infusión o alimentos para aumentar la producción de leche materna. Estas no hacen daño al niño o niña. En la madre produce un efecto benéfico, dándole confianza de poder amamantar y en algunos casos, por su valor nutritivo, complementan su alimentación. El hinojo (en infusión) ha demostrado su propiedad de aumentar la producción de leche. Además como la confianza de la madre en su capacidad de amamantar.

La UNICEF en su página web (2004) refiere como las adolescentes, durante la lactancia, deben consumir mayor cantidad de alimentos con el fin de proteger su estado de salud y nutrición y asegurar suficiente producción de leche para amamantar a su hijo o hija.

La madre en período de lactancia, necesita tomar líquidos para mantenerse hidratada de modo que pueda mantener la cantidad suficiente de leche; el mejor indicador de la cantidad de líquidos que la mujer requiere es la sed; por esto es importante que consuma agua, leche o jugos cada vez que sienta sed.

En conclusión, las adolescentes reconocen que para tener una práctica de lactancia exitosa es necesario un ambiente físico adecuado dispuesto desde los buenos nutrientes y la ingesta de líquidos. Igualmente mencionan la importancia de un ambiente psicológico vivido desde el afecto y la tranquilidad. Dan mayor prioridad a estos elementos que al nivel de conocimiento frente a las técnicas de amamantamiento, extracción y almacenamiento.

Las representaciones sociales para esta pregunta, están determinadas en dos perspectivas, la primera para el grupo de adolescentes no gestantes-lactantes, y la segunda determinada para el grupo de adolescentes gestantes-lactantes. En el primer grupo el componente de conocimiento se ve determinado por las experiencias de otros familiares o conocidos, siendo importante en este sentido el conocimiento que se transmite de generación en generación. Por el contrario en el segundo grupo el componente del conocimiento está determinado por la información que es transmitida por organizaciones gubernamentales o no gubernamentales si fuera el caso.

Por todo lo anterior, se puede decir, que por el hecho de que las adolescentes pasen por el proceso de un embarazo en sus vidas, las pone en sintonía con el tema de la lactancia materna, como elemento incluyente que bien deben enfrentar para el bienestar y desarrollo de sus hijos. La información asumida por el grupo de adolescentes gestantes y lactantes sobre el tema de la lactancia materna, no es solo un conocimiento que se obtuvo de experiencias que han percibido por familiares y conocidos, si no que hace parte de conocimiento infundado con criterios científicos y pedagógicos por instituciones del orden Estatal.

Haciendo énfasis en **la orientación hacia la conducta (3 categorías de análisis)**

Haciendo énfasis en **la orientación hacia la conducta (3 categorías de análisis)** algunos contenidos de mayor peso, que conforman el núcleo figurativo que motiva la acción son:

Los mitos analizados desde la **subcategoría de experiencia de refuerzo positivo**, refleja la dimensión cognitiva de las representaciones sociales de las mismas, siendo los conceptos negativos menos fuertes que los conceptos positivos. Ellas se sienten inseguras por los posibles cambios en el cuerpo, los cambios desfavorables están relacionados con la técnica inadecuada al

momento de lactar; adicionalmente informan que la leche materna deja de llenar al niño a medida que éste va creciendo y existe entre ellas la duda de si la leche sabe maluco porque huele feo, pero es claro para todos los grupos focales que la lactancia materna es el mejor alimento para el bebé; concepto que funciona como factor protector para la práctica de la lactancia materna.

Podría decirse que la dimensión afectiva para el abordaje de las representaciones sociales frente a la lactancia materna es fuerte y sólida. De alguna manera permite el manejo de los mitos, aunque si no hay un buen proceso de acompañamiento por parte de grupos de apoyo, la conducta podría orientarse a favor de los mitos impuestos desde la estética.

Desde la **subcategoría mantenimiento o abandono de la práctica** aparece el tetero como un elemento trazador que influye en la decisión de abandono de la práctica de la lactancia.

Según la UNICEF (2004b). La alimentación con biberón da sensación de llenura por lo cual el niño o niña deja de mamar o succionar el pezón y se rompe la regla de oro, es decir se interrumpe la producción de leche. Adicionalmente, cuando no se utiliza agua potable o hervida ni elementos higiénicos para preparar los teteros la contaminación puede ser causa de enfermedades graves y de la muerte del niño o la niña. La anterior afirmación coincide con un comentario de una adolescente la cual informa que el tetero reemplaza una comida.

"reemplaza una comida". (A.P2).

El empleo de un biberón/tetero para alimentar al lactante puede inducir a abandonar por completo la lactancia materna porque desestimula la succión y disminuye la cantidad de leche producida por la madre, pero adicionalmente, porque los orificios grandes en los chupos imponen menos esfuerzo a la acción de succión por lo cual el lactante se acostumbra más fácilmente al chupo. De otra parte, el esfuerzo de la succión del pezón ayuda a desarrollar los músculos que tienen que ver con la fonación y el lenguaje. No se evidencia un conocimiento por parte de las adolescentes en relación con los efectos adversos que produce el uso del tetero.

Al comparar los tres grupos se observa mayor flexibilidad para el uso del tetero en las adolescentes no gestantes-no lactantes por la comodidad y la asociación de felicidad que produce en la infancia. Las gestantes se sienten inseguras de usarlo por los efectos que pueden producirse en boca y dientes, la motivación para su uso en este grupo es la comodidad cuando deben salir a la calle o deben ir a trabajar. Para las adolescentes lactantes es claro que el tetero puede producir enfermedades y desestimula la lactancia materna

De acuerdo a lo anterior, se observa un cambio en el comportamiento frente al uso del tetero a medida que van cambiando las circunstancias de las adolescentes. Podría pensarse que el uso del tetero es un tema que a nivel educativo por parte de las IPS se ha posicionado, pues las lactantes tienen mayor conciencia y han desmitificado la presencia de este elemento en la cotidianidad de la crianza.

Cardenas, Montes, Varon, & Arenas (2010) informan que a pesar de la importancia que tiene la lactancia materna exclusiva, en la actualidad existe un problema de abandono precoz de la misma debido a la falta de políticas efectivas en pro de su promoción, los resultados del estudio informan que los factores biopsicosociales como son la edad, la paridad, el aspecto psicológico, la cultura se puede convertir en obstáculo para que la madre practique una lactancia materna exclusiva.

De acuerdo con lo anterior, se podría decir que desde la dimensión comportamental vista desde el abandono de la lactancia materna (componente orientación de la conducta), está antecedida por conceptos transmitidos de generación en generación, algunos de ellos no acordes a la realidad produciéndose como efecto colateral el abandono precoz de la lactancia materna.

Otros generados por la escasez de espacios físicos apropiados para lactar o, por un proceso débil de afrontamiento que lleva a desistir, sin intentar nuevas estrategias. Se percibe demasiada permisividad, flexibilidad frente al mantenimiento de la lactancia. Con gran facilidad se toma la decisión de abandono con aprobación de actores familiares, de profesionales de la

salud y, de actores comunitarios (que para efectos de este estudio se han catalogado dentro de la subcategoría red de apoyo).

Cuando se pregunta en los tres grupos que es lo más difícil de la práctica de la lactancia materna, el grupo de adolescentes no gestantes-no lactantes mencionan el desconocimiento en la posición para lactar, el hecho de tener que usar extractor y temor de que no salga leche. Para el grupo de gestantes lo más difícil es afrontar la primera vez y cuando llegue el momento del destete y para el grupo de adolescentes lactantes lo más difícil es el traspaso y estar incómodo por la humedad que produce la baja de leche por el seno.

Se considera que los temores pueden ser manejados con un proceso de educación y práctica para la lactancia materna. Todas las barreras que se catalogan como “dificultad” de acuerdo a las adolescentes en estudio, se pueden superar, pero, se requiere de mayor apoyo para fortalecer la dimensión cognitiva de la lactancia materna (técnicas de amamantamiento, extracción y almacenamiento), de tal forma que la dimensión afectiva o actitud de la representación social pueda llevar a visualizar posibilidades y no obstáculos que lleven a la deserción.

Camargo Figuera, Latorre Latorre & Porras Carreño (2011) informan que se presentó una alta incidencia de abandono de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida del infante. Esto permite identificar como factores asociados a dicho abandono, los deficientes conocimientos sobre la lactancia materna, la información brindada por el personal de salud, el estrato socioeconómico bajo y el uso de biberón durante ese periodo de tiempo.

De acuerdo a la lectura anterior y en consecuencia con lo obtenido en las entrevistas se observa desde la dimensión cognitiva de las representaciones sociales que el éxito en la práctica de la lactancia materna está supeditado al conocimiento (técnica, aporte nutricional, cuidados, etc.) que tiene la madre para ejercer la lactancia materna.

Un factor que potencia el mantenimiento del amamantamiento, es que las adolescentes reconocen la importancia de la lactancia materna por el nivel nutricional que éste aporta al niño y adicionalmente informan que lactar hace sentir a la mujer como una verdadera madre. "*sentirse madre*" (A. P1)

Estas percepciones funcionan como factor protector en pro de la lactancia materna, tal y como lo describe un estudio realizado en Bogotá, Colombia, (Sáenz-Lozada & Camacho-Lindo, 2007) informa que la razón más importante para el inicio de la lactancia materna fue el reconocimiento de beneficios, tanto para la madre como para el niño, con un 75%; el 17% consideró que el vínculo afectivo era el motivo principal. Si la madre lograra percibir más beneficios para ella en la práctica de la lactancia, podría esto mejorar el porcentaje de las que cuidan habitualmente a su niño pequeño y dedicar más tiempo a sus hijos.

Lo mejor de la lactancia materna para el grupo de adolescentes gestantes es el aporte nutricional e inmunológico, adicionalmente fortalece el vínculo madre-hijo. Para el grupo lactantes su importancia radica en el aporte para el crecimiento y desarrollo del niño.

Lo anterior demuestra que desde la dimensión cognitiva el elemento fuerte y sustancial es el valor nutricional.

Dentro de la **subcategoría facilitadores de la conducta positiva**, a las adolescentes se les interrogó sobre sus representaciones frente a los condiciones de una madre que es una buena lactante, al respecto manifestaron todas aquellas circunstancias que para ellas y según sus vivencias eran importantes como manejo del estrés, cuidados y masajes.

En un estudio comprensivo sobre aspectos socioculturales que pueden influenciar el inicio y la finalización de prácticas lactantes en tres regiones de Cundinamarca" (Suárez, Hurtado, Sepúlveda & Acevedo, 2005) se observa que una de las preocupaciones de las madres consiste en que el bajo peso incide con la cantidad de leche producida. Al respecto las madres afirman que una dieta con bastantes líquidos es la clave. En este mismo estudio las mujeres mencionan que la

toma de bebidas como la malta con leche, la manzanilla, el hinojo son bebidas que ayudan a la buena producción de leche. En general, se observa que las adolescentes asocian la buena producción de leche a características de tipo individual biológicamente hablando, al referirse a cada organismo. Es importante señalar que cuanto más se ponga al niño al pecho, más leche producirá la madre, por tanto hay que estimular el deseo de dar de lactar; la succión es el mejor estímulo.

Vemos reflejado la dimensión cognitiva y comportamental de las representaciones sociales de las adolescentes, porque las creencias impartidas de generación en generación, las observadas y las experiencias vividas se reflejan en el comportamiento o en las acciones a ejecutar por parte de las mujeres al momento de lactar. Se esperaría entonces una generación de madres con alto nivel de expectativas en la ingesta de líquidos, de malta, entre otros. Así no tengan premisa de la mucha fe en los resultados, estos consejos siempre serán abordados porque ante la representación social que de acuerdo a la producción de leche se es o no buena lactante, siempre existirá la posibilidad de consumir este tipo de bebidas con la esperanza viva de que éstas contribuyan a la producción de los niveles de leche esperados.

En este mismo sentido, las adolescentes mencionan como razones para que a una madre no le salga leche el estrés, la mala alimentación, el consumo de drogas.

Un estudio titulado "Lactancia Materna Exclusiva Factores De Éxito y/o Fracaso" (González, Huespe Auchter, & Auchter, 2008) concluye que la variable edad influyó en el éxito y/o fracaso de la lactancia exclusiva, muy acortada en las madres adolescentes. El contacto temprano de la madre y su hijo constituyó un estímulo decisivo en el comienzo y mantenimiento a largo plazo de la lactancia natural. Las cesáreas condicionaron un retraso del amamantamiento con frecuencia innecesario, hecho que se tradujo en acortamientos de la lactancia.

El mejor nivel de instrucción materna influyó positivamente en la lactancia exclusiva, probablemente vinculado a la disponibilidad de información sobre los beneficios de ésta para la madre y sus hijos. Las razones invocadas por las madres como causas de abandono de la

alimentación a pecho fueron consideradas de peso relativo y relacionadas a la escasa puesta en marcha de acciones anticipatorias por parte de los equipos de salud y de las familias involucradas. Las razones expuestas por las adolescentes se refieren a razones individuales y las encontradas en la literatura a razones externas.

Algunos estudios informan que las razones aducidas por las madres para terminar la lactancia incluyen: la percepción de que hubo una insuficiente producción de leche; el desconocimiento acerca del valor nutritivo que tiene la leche materna para el niño durante sus primeros meses de vida; la existencia de conflictos de horario con el trabajo, y la presentación de molestias por congestionamientos de los pezones. Estudios mencionan que la disminución y el abandono del amamantamiento se asocian con la falta de apoyos hacia la madre que lacta, quien ante la demanda del niño aduce falta de leche o mala calidad de la misma. Estos fenómenos ponen en evidencia la necesidad de aportar información oportuna y adecuada a las madres acerca de los beneficios que tiene la lactancia al seno, tanto para el niño como para la mujer misma.

Coincide este estudio con las respuestas obtenidas en las entrevistas, donde se evidencia desconocimiento en la información y en la técnica adecuada para la lactancia materna. De esta manera se evidencia una escasa puesta en marcha de acciones anticipatorias por parte de los equipos de salud y de las familias involucradas que pueden ser mitigados en los controles prenatales y los cursos psicoprofilácticos.

CONCLUSIONES

Las representaciones sociales han jugado un papel importante en el ejercicio de lactar y desconocer esas representaciones se convierte en sí mismo un factor de riesgo, que de seguir siendo invisible puede influir de manera muy negativa en el proceso de crecimiento y de desarrollo de la primera infancia desde la esfera biopsicosocial. Así mismo, que desconocer estas representaciones sociales puede afectar el logro de los indicadores propuestos desde la gubernamentalidad, específicamente en lo dispuesto en los Planes de Desarrollo y los Planes Territoriales de Salud.

Al tener en cuenta las categorías de análisis utilizadas como la lactancia desde la Perspectiva de las emociones, Herramientas para el afrontamiento de la lactancia materna y Orientación hacia la conducta, además del análisis de los grupos focales realizados, se permitió resolver la pregunta de investigación. Es así como se evidenció que las representaciones sociales de las adolescentes surgen de lo que ellas han visto y percibido en su entorno más próximo “la familia”, de lo que sienten e inspiran sus emociones cuando se les habla de lactancia materna y de las experiencias ajenas como referente en la toma de decisiones.

Todo lo anterior influye en la perspectiva de sus emociones, el afrontamiento del proceso de lactancia y en la orientación de su conducta. El anterior análisis fue común y homogéneo al comparar los tres grupos del estudio: adolescentes que no han tenido la experiencia de ser madres, adolescentes gestantes y adolescentes que ya vivieron la experiencia de lactar.

Los objetivos propuestos también fueron alcanzados. Se pudo comprender las representaciones sociales de la población objeto estudiada frente a la práctica de la lactancia materna y, evidenciar que el estudio de las mismas serán un parámetro fundamental para la toma de decisiones por parte de la Secretarías de Salud Municipal, como encargada de orientar la política pública en la región sobre el tema que nos ocupa en la presente investigación. Vale la pena resaltar que siendo un grupo muy específico el del estudio, representa un grupo de la población beneficiada por programas institucionales como son las adolescentes más pobres y vulnerables.

A manera de síntesis se evidenció lo siguiente, según el análisis de las categorías propuestas:

La lactancia materna desde la perspectiva de las emociones

Sentimientos que nacen de las adolescentes: La lactancia materna desde la perspectiva de las emociones está en el marco informativo del vínculo y el placer que genera abrazar, alimentar y contribuir al proceso de crecimiento y desarrollo de niños sanos. Existen representaciones sociales más positivas frente a la práctica de la lactancia materna en adolescentes que no han sido gestantes o, que están viviendo su condición de gestantes. Las actitudes, expresiones verbales y no verbales dejan leer una actitud de ternura, entrega, aceptación, y seguridad de que si van a ser madres lactantes. Una vez las mujeres adolescentes viven esta experiencia, se pudo observar que la representación social que se va formando está en un marco de menos efusividad, ya hay mayor conocimiento y podría existir resistencia para lactar

ante consecuencias negativas para la madre que se generen por una técnica inadecuada para ejercer la práctica.

Las representaciones sociales de las adolescentes no gestantes – no lactantes tiene como antecedente la representación social sobre el hecho mismo de la gestación y, la clasificación entre embarazo deseado o no deseado. Para ellas desde la emocionalidad, el hecho de tener un embarazo no deseado ya en sí mismo es un factor de riesgo que genera una situación de estrés y de tensión que está en contra del hecho de lactar.

Contacto piel a piel en busca del vínculo afectivo: en los tres grupos de adolescentes se puede concluir con la siguiente frase emitida por ellas mismas: “No se puede ser responsable con algo que no genere respeto y amor”. Asocian la lactancia con el hecho de brindar amor y oportunidades para una vida más saludable..

Lactancia, pudor y estética: Los sentimientos de vergüenza, pudor y deseo de privacidad en el momento de lactar fueron más evidentes en las adolescentes no gestantes-no lactantes.

La lactancia desde la perspectiva de las emociones, tiene como representación social el amor, que se transmite entre madres e hijos y en general a toda la familia.

Herramientas para el afrontamiento de la lactancia materna

Adolescentes con conocimientos: En la categoría de herramientas para el afrontamiento de la lactancia materna fue significativo lo manifestado por las adolescentes frente a sus conocimientos a lo que al tema se refiere; es así como después de su análisis se concluye que la dimensión cognitiva se origina como producto de las experiencias vividas (propias y ajenas) y de la información recibida por medios de comunicación o por pares. Las adolescentes son ajenas a procesos educativos que se inicien desde su etapa escolar cuando se trabajan las funciones de la salud sexual y reproductiva. La lactancia no hace parte de procesos de formación continua en las diferentes etapas del ciclo vital, que permita un mayor anclaje de tal forma que no haya tanta debilidad en el momento de asumirla como práctica de vida.

Se observa que desde la informalidad se tiene el mensaje claro de la importancia de lactar, pero ese mensaje se deja aislado, fuera de una red de apoyo humano que aliente, enseñe y reconozca positivamente la sabia decisión de lactar. Por el contrario, hay facilismo y aceptación social cuando se decide no lactar.

Redes de apoyo para la lactancia: También se evidenció que para las adolescentes los actores clave más reconocidos son la madre y la abuela, por encima de las instituciones de salud y entidades gubernamentales y no gubernamentales.

Instituciones amigas de la lactancia: Desde el componente educativo el nivel de conocimiento frente a la técnica de la lactancia materna es deficiente, por lo cual la práctica carece de los pasos que son claves para lograr un resultado exitoso en esta actividad propia del binomio madre-hijo. El conocimiento no solo es transmitido por familias, también es transferido

por las entidades de salud, entidades del orden territorial y administradora de salud, es importante para la práctica de lactancia materna exitosa.

De acuerdo con las expresiones de las adolescentes la opinión que les merece las instituciones prestadoras de servicios de salud no es positiva. Mencionan falta de calidad y de calidez en la atención, opinión más generalizada en adolescentes no gestantes-no lactantes.

Expresión de vida: Orientación hacia la conducta

Experiencias de refuerzo positivo: Un factor protector para la práctica de la lactancia materna en los tres grupos de adolescentes es el reconocimiento del nivel nutricional que aporta la lactancia y, adicionalmente el simbolismo frente al hecho de ser mujer y madre.

Mantenimiento o abandono de la práctica: Las razones más predominantes en los tres grupos de adolescentes por las cuales se abandona la lactancia son el manejo del tiempo, estado físico de la madre, dolor, grietas en el pezón o, cansancio después de la jornada laboral, edad del niño, presencia del biberón.

Facilitadores de conducta positiva: el crecimiento saludables de los niños y de las niñas, el amor profesado, la ternura recibida, algunas enseñanzas que se transmiten de generación en generación, esa voz amiga que acompaña, alienta y educa son facilitadores para la práctica de la lactancia materna.

Es importante tener en cuenta y teniendo como base lo analizado según los resultados arrojados en la presente investigación que una ciudad amiga de la primera infancia e infancia,

desde los medios comunicativos formales e informales debe posicionar la lactancia como ejemplo de vida, como una oportunidad para construir desarrollo social.

La mirada de la salud pública asumida desde el compromiso de la sociedad con sus ideales de salud, promoción, protección y apoyo a la lactancia materna incluye la construcción e implementación de políticas que conlleven a la integralidad intersectorial e interinstitucional y la participación activa de las comunidades de manera responsable.

La lactancia materna de un mes ocho días pone en riesgo la salud integral de los niños y de las niñas. Desde el enfoque sistémico este indicador puede afectar otros indicadores que tengan que ver con la salud infantil y de la adolescencia.

La salud pública invita a conocer e interpretar desde enfoques de tipo cualitativo el comportamiento y la toma de decisiones. Solo así se podrá encaminar el rumbo que permita medir verdaderos resultados a corto, mediano y largo plazo.

Nunca ha sido positivo que el hombre destruya lo que la naturaleza sabiamente ha entregado al hombre, como es el caso de la práctica de la lactancia materna

RECOMENDACIONES

El presente estudio tiene como recomendaciones las siguientes, la cuales se traducen en deberes potenciales del sistema:

El Municipio de Pereira tiene como fortaleza la construcción e inicio de la implementación de la política pública de primera infancia, infancia y adolescencia y la política pública de seguridad alimentaria. Es el ente territorial de salud el encargado de velar porque las metas relacionadas con el incremento de la media de lactancia materna hagan parte integral de los planes de desarrollo y planes territoriales de salud, para facilitar la continuidad en el trabajo, la asignación de recursos y el seguimiento en el cumplimiento de la ejecución y de los indicadores de resultado esperados.

Los planes operativos anuales (POA) de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) deben contemplar acciones de ciudad relacionados con la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna. Con base en los POA territoriales las Empresas Prestadoras de Salud con su red prestadora debe garantizar la formulación y efectiva ejecución de acciones a favor de la lactancia materna.

Los entes territoriales de salud deben garantizar la formulación de acciones orientadas a la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna.

De acuerdo con lo anterior es urgente crear estrategias comunicativas que promuevan la importancia de la lactancia materna con sus beneficios. Es de anotar que, estas estrategias de información, educación y comunicación deben ser participativas de tal forma que realmente puedan contribuir a mitigar el efecto nocivo de representaciones sociales que no motiven el mantenimiento de la lactancia materna.

Las Secretaria de Salud Municipal en sus ejercicios de asistencia técnica y de inspección y vigilancia debe realizar estricto seguimiento al cumplimiento de la norma frente a la primera hora de nacido.

La protección de la lactancia materna requiere de la acción de todos los actores clave pero principalmente de las EPS e IPS. Teniendo en cuenta las representaciones sociales negativas que tienen las adolescentes frente a las IPS, las cuales consideran poco amigables y disminuidas en la información, acompañamiento y educación brindada, es fundamental que se fortalezcan los programas de servicios amigables para adolescentes y jóvenes, contribuyendo un ejercicio de consulta periódica y demandante de atención con calidez y calidad.

La ciudad requiere de mayor posicionamiento del Código internacional de sucedáneos. Las IPS por ningún motivo deben tener elementos que de alguna manera sugestiva promocionen sucedáneos (excepto en casos especiales que lo ameriten desde la valoración clínica). Las IPS solo deben proporcionar la lactancia materna exclusiva.

Para la protección de la lactancia materna es necesario desmitificar elementos como los chupos y biberones. Es un trabajo de largo aliento puesto que el tetero ocupa los primeros renglones en la canasta de elementos necesarios para la alimentación del infante. La educación debe ir desmitificando su asociación con el amor, la ternura y la tradición de generación a generación.

Las EPS deben entrenar al equipo de gestores del riesgo para que sean actores clave en la defensa con criterios de técnica en el amamantamiento, extracción y almacenamiento. En el Municipio se firmó un acuerdo con las IPS subsidiadas para realizar seguimiento a las adolescentes gestantes. Estas visitas deben ser aprovechadas para capacitar a las familias sobre la lactancia, extracción, almacenamiento y construcción de ambientes psicológicos favorables para la mujer lactante.

El curso psicoprofilactico debe abordar el tema de lactancia materna, más que a nivel de conferencia, se deben realizar prácticas y conversatorios que permitan reconocer

representaciones sociales para de acuerdo con este principio realizar y reordenar elementos educativos, que permitan abordar los subtemas de interés frente a la lactancia materna. Estos espacios siempre deben ser evaluados desde el nivel de conocimiento y desde la calidad de los mismos.

La lactancia materna no debe ser un tema guardado hasta la etapa en que se inicia la gestación: hablar de la lactancia materna desde una forma lúdica pedagógica que permita interactuar con infantes es positivo. Las estrategias de escuelas saludables y colegios saludables deben contribuir a permear ciertos espacios formales para retomar este tema que requiere un abordaje continuo, escalonado de acuerdo con la etapa del ciclo vital.

La creación de grupos comunitarios para la defensa de la lactancia materna debe ser una prioridad. La lactancia materna necesariamente es una práctica que requiere de apoyo para fortalecer las capacidades de afrontamiento. Los grupos de apoyo deben estar conformados por actores claves comunitarios que tienen reconocimiento en el barrio o sector, quienes deben estar entrenados en lactancia materna y deben servir de apoyo para superar barreras de tipo físico o psicológico.

La defensa de la lactancia materna requiere de aliados estratégicos como son el Ministerio de Trabajo Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Secretarías de Desarrollo Social y Educación. El Ministerio del Trabajo, con la finalidad de respetar los derechos a favor de la lactancia materna de las mujeres que laboran.

Sería importante iniciar con la construcción de una red de empresas defensoras de lactancia materna.

Los programas educativos frente a la lactancia materna deben tener una formulación e implementación con enfoque diferencial. No es lo mismo las expectativas de una mujer adulta con las inquietudes de una adolescente. Por tal motivo homogenizar las audiencias resta impacto en los procesos impartidos.

Los espacios físicos deben ser reconsiderados en las políticas institucionales en ambientes escolares, universitarios, laborales con la creación de salas amigas de la lactancia materna.

Recomendaciones metodológicas

Se deben realizar otras líneas de investigación donde el interés principal sea abordar las familias y, muy especialmente las parejas, teniendo en cuenta el real nivel de posicionamiento que tienen estos actores en el proceso de lactancia.

Sería de interés complementar el presente estudio con diferenciación de variables como estrato socioeconómico, distribución geográfica, etnia y experiencia previa de asistencia a curso psicoprofiláctico.

A partir del desarrollo de este estudio se ha evidenciado la necesidad de realizar evaluaciones de impacto de los programas y acciones que las instituciones desarrollan para promover la lactancia materna a partir de talleres o charlas informativas. Teniendo en cuenta este aspecto, se recomienda que en futuras investigaciones se realicen dichas evaluaciones con el propósito de obtener un conocimiento más preciso respecto a la eficacia de estos programas.

Por otra parte, se sugiere que las investigaciones que abordan este tipo de problemáticas puedan desarrollarse desde una perspectiva metodológica mixta, que permita tener un conocimiento de la realidad más completo y a la vez profundo.

Respecto a las recomendaciones teóricas, se recomienda que futuras investigaciones puedan complejizar el análisis desde las categorías de representaciones sociales e imaginarios, puesto que la literatura muestra cierta similitud entre ambas teorías; no obstante, éstas plantean dimensiones de análisis distintas que convendría considerar para conocer más en profundidad el problema que esta investigación abordó.

Finalmente, se recomienda que el conocimiento que este estudio permitió generar sea útil para la cualificación de los programas y acciones que actualmente ejecuta la Secretaría de Salud Municipal.

BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón D., X., González C., A. M. & Salgado L., A. (2004). *Lactancia materna. Un asunto de familia*. Obtenido de Universidad Austral de Chile: http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Puerto%20Mont%202004/Lactancia_materna.pdf
- Alfonso Pérez, I. (s.f.). *La teoría de las representaciones sociales*. Obtenido de Psicología Online: http://www.psicologia-online.com/articulos/2007/representaciones_sociales.shtml
- Arias Rodríguez, G. M. (2011). Construcción social de la categoría desplazado, vínculos con las instituciones e implicaciones en la política pública. *Ánfora*, 18(31), 75-98.
- Arias Rodríguez, G. M., Tobón González, T. H., & Andrea. (2011). Legitimación de la violencia conyugal, manifiesta en el discurso de mujeres violentadas por sus parejas en la ciudad de Pereira. *Textos & Sentidos*, 75-98.
- Avellaneda Dueñas, O. (1998). Lactancia materna con amor: una "vacuna" contra la privación psicoafectiva. *Revista De Pediatría*, 33(3).
- Barreto, M., & Sarmiento, L. (1997). *Constitución política de Colombia comentada por la Comisión Colombiana de Juristas*. Bogotá: Comisión Colombiana de Juristas.
- Cabrera A., G. A., Mateus S., J. C., & Carvajal B., R. (2003). Conocimientos acerca de la lactancia materna en el Valle del Cauca, Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 21(1), 27-41.

- Camargo Figuera, F. A., Latorre Latorre, J. F., & Porrás Carreño, J. A. (Junio de 2011). Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Hacia la Promoción de la Salud*, 16(1), 56-72.
- Cardenas, M. H., Montes, E., Varon, E., & Arenas, R. R. (2010). Perfil biopsicosocial de la madre y su relación con el abandono de lactancia materna exclusiva. *Enfermería global*, 9(3), 1-10.
- Castillo Belén, J. R., Rams Veranes, A., Rizo Rodríguez, R., & Cádiz Lahens, A. (2009). Lactancia materna e inmunidad. Impacto social. *MEDISAN*, 13(1), 1-11. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v13n4/san13109.pdf>
- Castillo, V., & LamasRosa. (2005). *Lactancia materna un desafío en madres adolescentes*. Obtenido de Facultad de Medicina, UACH: [http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/La%20Serena%202005/Lactancia materna un desafío en madres adolescentes.pdf](http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/La%20Serena%202005/Lactancia%20materna%20un%20desafio%20en%20madres%20adolescentes.pdf)
- Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. (2004). *Lactancia Materna: guía para profesionales*. Madrid: Ergon.
- Concejo de Pereira. (2011). *ACUERDO 50 DE 2011. Por El Cual Se Adopta La Política Pública De Primera Infancia, Infancia Y Adolescencia Del Municipio De Pereira. ?Pereira Municipio Amigo De La Primera Infancia, Infancia Y Adolescencia*. Pereira: El Concejo.
- _____. (2011). *ACUERDO 64 DE 2011. Por El Cual Se Adopta La Política Pública Y Plan Municipal En Seguridad Y Soberanía Alimentaria Y Nutricional Municipio De Pereira 2012-2019*. Pereira: El Concejo.

Congreso de la República. (2006). *Ley 1098 de 2006. Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia*. Bogotá: El Congreso.

_____. (2011). *LEY 1438 DE 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá: El Congreso.

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. (1998). *Acuerdo 117 de 1998. Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública*. Bogotá: El Consejo.

Chamberlein, D. (2006). La maravilla del mundo afectivo. Disponible en http://www.holistika.net/parto_natural/el_bebe/la_maravilla_del_vinculo_afectivo.asp

Departamento Nacional de Planeación . (2007). *Política pública nacional de primera infancia “Colombia por la primera infancia”*. Bogotá: DNP.

Durán Menéndez, R., Villegas Cruz, D., Sobrado Rosales, Z. & Almanza Mas, M. (1999). Factores psicosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna. *ev Cubana Pediatr*, 71(2).

Estrada Rodríguez, J., Amargós Ramírez, J., Reyes Domínguez, B. & Guevara Basulto, A. (2010). Intervención educativa sobre lactancia materna . *Arch. méd. Camaguey*, 14(2).

FAO. (27 de agosto de 2002). *La Cumbre Mundial sobre la Alimentación: cinco años después, confirma el compromiso de reducir el hambre* . Obtenido de Organización de las

Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación:
<http://www.fao.org/worldfoodsummit/spanish/index.html>

Forero, Y., Rodríguez, S. M., Isaacs, M. A. & Hernández, J. A. (2013). La lactancia materna desde la perspectiva de madres adolescentes de Bogotá. *Biomédica*, 554-563.

Galán Bertrand, L. (22 de julio de 2013). *¿Tengo poca leche?* Obtenido de Pediatría Merimar:
http://www.pediatriamedimar.com/n-174-tengo_poca_leche

Gallego Machado, B. R. (2001). Influencia de la Educación Sanitaria en madres adolescentes en su conducta para lactar. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 17(3), 244-247.

Gamboa D, E. M., López B, N., Prada G, G. E. & Gallo P, K. Y. (2008). *Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable*. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander.

González Hoyos, D. M. (2008). *Vocación, evocación e invocación del fenómeno de la lactancia materna: una aproximación desde la perspectiva de padres y madres*. Manizales: Universidad de Manizales.

González, I. A., Huespe Auchter, M. S. & Auchter, M. C. (enero de 2008). Lactancia materna exclusiva factores de éxito y/o fracaso. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*(177), 1-5.

ICBF. (2011). *Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010 Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010*. Bogotá: Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010.

- Lacolla, L. (2005). Representaciones sociales: una manera de entender las ideas de nuestros alumnos. *Revista ieRed: Revista Electrónica de la Red de Investigación Educativa [en línea]*, 1(3). Obtenido de <http://revista.iered.org/v1n3/html/llacolla.html>
- Llorens Mira, B., Ferrer Hernández, E., Morales Camacho, V. & Alenda Botella, A. (2007). Creímos en la Lactancia Materna: una Aproximación de la Experiencia en Tres Generaciones. *Index Enferm*, 16(58), 34-38 .
- Martínez Galiano, J. M. (2010). Factores asociados al abandono de la lactancia materna. *Metas de enfermería*, 13(6), 61-67.
- Mejía Martínez, Y. F. (2010). Mujer y Educación. Él Estudia, Ella Estudia: Representaciones Sociales de las Matemáticas y de Género. *Congreso Iberoamericano de Educación. Metas 2021*, (pp. 1-11). Buenos Aires.
- Ministerio de la Protección Social . (2009). *Situación de la estrategia AIEPI año 2010 . Un análisis desde la gestión territorial*. Bogotá: El Ministerio.
- _____. (2007). *Decreto Número 3039 de 2007. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010*. Bogotá: El Ministerio.
- _____. (2008). *Resolución 0425 de 2008. por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial*. Bogotá: El Ministerio.
- _____. (2010). *Plan Decenal Lactancia Materna 2010-2020*. Bogotá: El Ministerio.

Ministerio de Salud . (1996). *Resolución Número 4288 de 1996. Por la cual se define el Plan de atención Básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) y se dictan otras disposiciones.* Bogotá: El Ministerio.

_____. (2000). *Resolución Número 412 de 2000. Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento ...* Bogotá: El Ministerio.

Ministerio de Salud y Protección Social . (2013). *Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 - 2021 .* Bogotá: El Ministerio.

Morillo, J., & Montero, L. (2010). Lactancia materna y relación materno filial en madres adolescentes. *Enfermería global*(19), 1-9.

Moscovici, S. (1986). *Psicología social.* Bogotá: Paidós.

Muñoz S., L. P., Martínez, J. W., Quintero T., A. R., Lasso A., G. I. & Medina P., G. A. (2005). Características asociadas a las prácticas de lactancia en madres asistentes a tres instituciones de salud de pereira *2004. *Investigaciones Andina*, 7(11), 17-27.

Natalben Lactancia. (2008). *Lactancia. Beneficio para la madre.* Obtenido de Natalben Lactancia: http://www.natalbenlactancia.com/beneficios_madre

OMS. (2003). *Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño.* Singapur: UNICEF.

_____. (2010). *La lactancia materna elemento clave para reducir la mortalidad infantil*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2010/breastfeeding_20100730/es/

PAHO. (s.f. b). *Sobre la Atención integrada de enfermedades prevalentes de la infancia AIEPI*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1552&Itemid=476

_____. (s.f.). *Sobre la OPS*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: http://www.paho.org/pan/index.php?option=com_content&view=article&id=24&Itemid=122

Patton, M. Q. (1990). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Beverly Hills: SAGE Publications.

Patzán Cruz, O. J., Ixmay Fajardo, C. P., Mejía Monroy, G. C. & Rimola Quiroa, H. D. (2011). *LACTANCIA MATERNA EN MADRES ADOLESCENTES ENTRE 12 Y 19 AÑOS EN LA ALDEA LOS ESCLAVOS DEL DEPARTAMENTO DE SANTA ROSA, GUATEMALA*. Ciudad de Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala.

Perera Pérez, M. (1999). *A propósito de las representaciones sociales. Apuntes teóricos, trayectoria y actualidad*. Obtenido de Red de Bibliotecas Virtuales de CLACSO: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/cuba/cips/caudales05/Caudales/ARTICULOS/ArticulosPDF/02P075.pdf>

Pérez Giraldo, B. (2003). Caracterización de las familias con adolescentes gestantes. *Revista Aquichan*, 3(3). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74130305>

Presidencia de la República . (1992). *Decreto Numero 1397 de 1992. por el cual se promueve la lactancia materna, se reglamenta la comercialización y publicidad de los alimentos de formula para lactantes y complementarios de la leche materna*. Bogotá: La Presidencia.

Quezada-Salazar, C. A., Delgado-Becerra, A., Arroyo-Cabrales, L. M. & Díaz-García, M. A. (2008). Prevalencia de lactancia y factores sociodemográficos asociados en madres adolescentes. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex*, 65(1), 19-25.

Reyes Carbajal, K. A. (s.f.). *Trastornos psicológicos en la mujer embarazada*. Obtenido de Sociedad Mexicana de Anestesiología en Ginecología y Obstetricia, A. C: <http://www.smago.org.mx/memorias/IXCURSO/8.pdf>

Rodríguez-García, J., & Acosta-Ramírez, N. (2008). Factores Asociados a la Lactancia Materna Exclusiva en Población Pobre de Áreas Urbanas de Colombia. *Rev. salud pública*, 10(1), 71-84.

Rojas Collazos, L. K. (2010). Lactancia materna beneficios y mitos. *Revista Salud, Sexualidad y Sociedad*, 2(4), 1-4. Obtenido de http://www.inppares.org/revistasss/Revista%20VIII%202010/10_-_Lactancia_Materna.pdf

Sáenz-Lozada, M. L., & Camacho-Lindo, Á. E. (2007). Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá. *Rev. Salud Pública*, 9(4), 587-594.

Sepulveda, D., Formas, I. y Aguayo Y., R. (1983). Lactancia materna: algunos factores psicosociales y biológicos que la influyen. *Bol Of Sanit Panam.*, 51-61.

Suárez, R., Hurtado, D., Sepúlveda, R. & Acevedo, T. (2005). *Un estudio comprensivo sobre aspectos socioculturales que pueden influenciar el inicio y la finalización de prácticas lactantes en tres regiones de Cundinamarca*. Bogotá: Universidad de los Andes.

UNICEF. (2001b). *Grupos de apoyo a la lactancia materna (galm)*. Obtenido de UNICEF: http://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_LMgalm.PDF

_____. (2004). *IAMI, Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia*. Obtenido de Lactancia materna : <http://www.unicef.org.co/Lactancia/IAMI.htm>

_____. (2004b). *Para tener en cuenta*. Obtenido de Lactancia Materna un práctica ambiental: <http://www.unicef.org.co/Lactancia/tips5.htm>

_____. (2009). *Estrategia Municipios y departamentos. Por la infancia, la adolescencia y la juventud. Hechos y derechos*. Obtenido de UNICEF: <http://unicef.org.co/Gobernadores/pdf/HechosyDerechos2009.pdf>

_____. (s.f.). *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Obtenido de Unicef: <http://www.unicef.org/spanish/mdg/>

Anexo 1. Presupuesto global y discriminado

Tabla I. Materiales, suministros

MATERIALES	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	TOTAL
Fotocopias	1000	70	70.000
Hojas digitadas	300	400	120.000
Uso internet horas	100	1.000	100.000
Empastados	2	35.000	70.000
Discos compactos	3	1.000	3.000
Cámara	1	450.000	450.000
Grabadora	1	150.000	150.000
Impresora	1	150.000	150.000
Recurso humano profesional adicional (asesora psicóloga magister en psicología comunitaria y una comunicadora social)	2	1.000.000	4.000.000
Total		1.787.470	5.113.000

Tabla II. Salidas de campo

ASPECTO	VALOR UNITARIO \$	CANTIDAD	TOTAL \$
salidas de campo (grupos focales y entrevistas a profundidad)	80000	9	720.000

Tabla III. Descripción de los gastos de personal (en miles de \$)

Nombre del investigador /Experto/Auxiliar	Formación Académica	Función dentro en el proyecto	Dedicación Horas/Semana	Total mes
Lina María Tabares	Fonoaudióloga	Investigadora	10	3.360.000
Sandra Milena Gallego	Enfermera Profesional	Investigadora	10	3.360.000/
Nataly Peláez M	Abogada	Investigadora	10	3.360.000/mes
Dra. Gina Arias	Psicóloga Magister en Psicología Comunitaria.	Asesora	2	3.400.000
Luz Piedad Zapata	Comunicadora social	Acompañamiento técnico en grupos focales	1	600.000
TOTAL				10.080.000

Tabla IV. Descripción de los gastos de personal en general (en miles de \$)

ASPECTO	TOTAL
Materiales, suministros	5113000
Salidas de campo	720000
Recurso Humano	10080000
Total	15913000

Anexo 2. Productos esperados y potenciales beneficiarios

Para evaluar los resultados intermedios se tienen en cuenta los siguientes indicadores:

Tabla 1. Producto final específico

PRODUCTO FINAL ESPECIFICO	PRODUCTOS INTERMEDIOS	INDICADOR DE LOGRO
1. El municipio de Pereira cuenta con la línea de base referente a representaciones sociales en la práctica de la lactancia materna por parte de las adolescentes	1.1. Conformación del equipo responsable del diseño de la línea de base.	Equipo conformado
	1.2. Diseño metodológico de la línea de base para el proceso de investigación	Diseño metodológico estructurado
	1.3. Conformación de tres grupos focales que participan activamente en el levantamiento línea de base	Número de grupos focales conformados
	1.4. Desarrollo de la investigación	Investigación realizada
	1.5. Socialización de resultados de investigación	Investigación socializada, equipo técnico de la secretaría de salud con conocimiento
	1.6. Difusión masiva de resultados de investigación	Número de difusiones masivas del resultado de la investigación

Tabla 2. Generación de nuevo conocimiento

Resultado/producto esperado	Indicador	Beneficiario
Análisis de las representaciones sociales que tienen las adolescentes frente a la práctica de la lactancia materna. Tesis de maestría, con el fin de generar intervenciones	Producción de tesis de formación profesional Maestría	Profesionales del área de la salud y el área social Niños y niñas de primera infancia Secretaría de salud territorial Alcaldía Padres y cuidadores adolescentes

Conducentes al fortalecimiento de la capacidad científica nacional

Tabla 3. Fortalecimiento de la comunidad científica

Resultado/producto Esperado	Indicador	Beneficiario
Profesionales con maestría en salud pública adicionalmente se realizará capacitación a los profesionales de la secretaria de salud y actores sociales claves que trabajen con primera infancia. Artículo indexado	Producción de un artículo de revista indexada N° de estudiantes con maestría en salud pública. N° de profesionales capacitados N° de madres comunitarias, madres FAMI y técnicos en primera infancia capacitados	Público Profesionales del área de la salud y el área social Niños y niñas de primera infancia Secretaria de salud territorial Alcaldía Padres y cuidadores

Dirigidos a la apropiación social del conocimiento

Tabla 4. Apropiación social del conocimiento

Resultado/producto Esperado	Indicador	Beneficiario
Publicación en revista indexada Socialización comunitaria con arte y lúdica	N° de publicaciones N° de socializaciones comunitarias	Comunidad general, académica y científica

Anexo 3. Impactos esperados

Impacto esperado	Plazo (años) después de finalizado el proyecto: corto (1-4), mediano (5-9), largo (10 o más)	Indicador verificable	Supuestos*
Aumento de la media de lactancia materna	Corto plazo (tres años)	Media de lactancia materna	Incumplimiento en el proceso de implementación de la política pública
mujeres con formación sobre lactancia materna con superación de mitos y creencias erróneas	Corto plazo (dos años)	Nº de grupos conformados.	Poco compromiso institucional para facilitar espacios y tiempos de formación.
Conformación de grupos de expansión y de apoyo comunitario a la lactancia: grupos de mujeres gestantes y /o lactantes con conocimiento y práctica adecuada de la técnica para lactar.	Mediano o plazo (dos años)	Nª de mujeres con incremento en el nivel de conocimiento en cuanto a técnica de lactancia. Nª de sesiones implementadas por parte de los grupos conformados. Media de lactancia materna por barrios donde existan los grupos de apoyo	No continuidad del equipo formado. Actitudes personales que minimicen las posibilidades de actuar creativamente ante un papel de multiplicadores de aprendizaje y conocimiento.

Indicador de impacto: en conversación con la Secretaría de salud Municipal anunciaron que se realizará una investigación (año 2014), sobre el estado nutricional de los niños y niñas menores de 10 años de edad, la cual incluirá entre otros indicadores la media de lactancia materna en el municipio de Pereira.

Anexo 4. Guía de preguntas semiestructurado

Entrevistas A Grupos Focales

¿Cuándo escuchan la palabra lactancia materna que es lo primero que sienten?

¿Qué piensan sobre la lactancia como futuras o actuales madres lactantes?

¿Cómo describe una madre lactante?

¿Quién le ha brindado información sobre la lactancia materna?

El proceso de amamantamiento impacta en los cambios fisiológicos de una mujer, ustedes conocen ¿qué cambios puede generar la lactancia materna en el cuerpo de la mujer?

¿Qué cambios puede generar la lactancia materna en los sentimientos de una mujer?

¿Cómo contribuyen las familias en el proceso de lactancia materna?

Muchos son los actores que pueden contribuir a la lactancia materna, a brindar información y ayudar al desarrollo sano de los lactantes, según lo anterior ¿cuáles son las personas que pueden ayudar a que el proceso de lactancia sea exitoso?

¿Cómo actúan los servicios de servicios de salud en cuanto a la lactancia?

¿Qué cosas no deben hacerse durante la lactancia?

¿Qué cosas sí deben hacerse durante la lactancia? ¿Cuáles serían sus recomendaciones a una madre que está por lactar?

¿Algunos De Los Mitos Frente A La Lactancia Materna Son?

¿Qué opinan sobre el tetero?

¿Cuáles son las razones por las cuales se abandona la lactancia?

¿Qué cree que es lo más difícil de la lactancia?

¿Qué es lo mejor de la lactancia?

¿Cómo explica que a unas madres le vaya bien lactando mientras a otras no?

¿Cuándo se puede decir que una mujer es buena lactante?

¿Qué debe hacer una madre para una adecuada producción de leche

Entrevistas A Profundidad

¿Usted cree que cuando una mamá lacta siente alegría, enojo o indiferencia?

¿Qué piensa sobre lactar en lugares públicos?

¿Cómo se puede ayudar o apoyar una madre lactante?

¿Cuándo sentía más emoción al hablar sobre lactancia materna en su gestación o ahora?

¿Sabe cuál es la técnica para lactar un recién nacido?

¿Sabe qué hacer cuando a una mamá no le sale la leche?

¿Sabe porque se dice que cuando nace un bebé la primera hora de nacido es fundamental?

¿Qué va a poner en práctica de todo lo que le han enseñado?

¿Ha escuchado sobre el calostro?

¿Qué le gustaría saber sobre lactancia?

¿Cuándo empiece a lactar con quien va a resolver dudas?

¿Va a lactar o hasta cuándo?

¿Cómo describe el momento mientras uno lacta?

¿De quién es la responsabilidad de lactar?

¿Porque a unas mujeres les va bien y a otras no?

¿Qué opina de la leche de tarro?

¿Tuvo lesiones en su pezón le dieron grietas?

Anexo 5. Resultados Entrevistas

(Ver Anexo Digital)