



Enfermería Global

ISSN 1695-6331

Revista electrónica cuatrimestral de Enfermería

Nº 19

Junio 2010

www.um.es/eglobal/

CLÍNICA

FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN LA PRÁCTICA DE LA LACTANCIA ENTRE MUJERES DE BAJA RENTA EN FORTALEZA, CEARÁ, BRASIL: UNA PERSPECTIVA A PARTIR DEL MODELO DEL SOL NACIENTE DE LEININGER

FATORES SOCIOCULTURAIS QUE INFLUENCIAM A PRÁTICA DA AMAMENTAÇÃO ENTRE MULHERES DE BAIXA RENDA EM FORTALEZA, CEARÁ, BRASIL: UMA PERSPECTIVA A PARTIR DO MODELO DO SOL NASCENTE DE LEININGER

*Henry, Beth A. **Nicolau, Ana IO. **Américo, Camila F. ***Ximenes, Lorena B. ****Bernheim, Ruth G. ***Oriá, Mônica OB.

*Socióloga, Mestre en Salud Pública. Universidad de Virginia. **Enfermera. Universidad Federal de Ceará

**Doctora en Enfermería. Profesora Adjunta de la Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Ceará,

****Mestre en Salud Pública. Universidad de Virginia.

Palavras-chave: aleitamento materno, cultura, fatores socioeconômicos

Palabras clave: lactancia materna, cultura, factores socioeconómicos

Keywords: breastfeeding, culture, socioeconomic factors, socio-cultural

RESUMEN

Esta investigación fue desarrollada para analizar los factores socioculturales que pueden influir en la práctica de la lactancia entre mujeres de baja renta en Fortaleza, Ceará, Brasil. Este estudio de observación utilizó la Teoría del Cuidado Cultural de Leininger para identificar y analizar los factores socioculturales clave. El estudio involucró a 12 gestantes y nodrizas. Usando un formulario de observación creado de acuerdo con el modelo del Sol Naciente (Leininger), fueron llevadas a cabo visitas en los domicilios de las mujeres y observadas sus condiciones de vida. Las observaciones fueron registradas en el formulario y se sacaron fotografías de las condiciones generales de la morada, de la vecindad y del servicio de salud local. Las condiciones de vida son pobres. La mayoría de las casas tiene refrigeración inadecuada, problemas estructurales y poco espacio. Eso revela la gravedad de las condiciones económicas de los residentes. Las mujeres observadas en general eran autónomas y vivían con por lo menos un miembro de la familia. Los factores que aparentemente ejercían mayor influencia sobre la decisión de las mujeres a favor de la lactancia fueron los económicos y familiares. Se espera que los hallazgos de este estudio lleven a intervenciones más efectivas y culturalmente apropiadas con objeto de aumentar el inicio y la duración de la lactancia.

RESUMO

Este estudo foi desenvolvido para analisar os fatores socioculturais que podem influenciar a prática da amamentação entre mulheres de baixa renda em Fortaleza, Ceará, Brasil. Este estudo observacional utilizou a Teoria do Cuidado Cultural de Leininger para identificar e analisar os fatores socioculturais chave. O estudo envolveu 12 gestantes e nutrizes. Usando um formulário de observação criado de acordo com o modelo do Sol Nascente (Leininger) foram realizadas visitas nos domicílios das mulheres e observadas suas condições de vida. As observações foram registradas no formulário e foram realizadas fotografias das condições gerais da moradia, da vizinhança e do serviço de saúde local. As condições de vida são pobres. A maioria das casas tem refrigeração inadequada, problemas estruturais e pouco espaço. Isso revela a gravidade das condições econômicas dos residentes. As mulheres observadas em geral eram autônomas e viviam com pelo menos um membro da família. Os fatores que pareceram ter mais influência sobre a decisão das mulheres em amamentar foram os fatores econômicos e familiares. Espera-se que os achados deste estudo levem a intervenções mais efetivas e culturalmente apropriadas visando o aumento do início e duração da amamentação.

INTRODUCCIÓN

La lactancia es considerada por los profesionales de salud una de las más efectivas formas de proteger la salud de la madre y del niño. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) describe la leche materna como “la primera inmunización del bebé que ayuda a prevenir contra diarrea, otitis, infecciones pulmonares y otros problemas de salud.”¹ Varios estudios indican los beneficios físicos, mentales y emocionales que la lactancia trae a los niños.²⁻⁴ Además, estudios conducidos en todo el mundo demuestran que existe una miríada de beneficios asociados con la lactancia.⁵ Para los niños, eso significa una inmunidad más fuerte que disminuye el riesgo de contraer otras enfermedades. Estudios poblacionales con mayores tasas de éxito respecto a la lactancia han mostrado menores tasas de morbilidad y mortalidad infantil, disminución de las tasas de enfermedades crónicas (ej. cáncer, diabetes, obesidad, etc...) y mejora en el desarrollo cognitivo.⁶

Además, existen beneficios a las madres relacionados a los costos y a la salud. De acuerdo con el *Department of Health and Human Services Office on Women's Health*, la lactancia “ayuda a minimizar el sangrado puerperal, retarda el inicio del ciclo ovárico normal, aumenta la auto-eficacia, reduce el riesgo de cáncer ovárico y de mama y permite el retorno más precoz del peso materno pregravídico.”⁷ La lactancia bien lograda también impide que la madre tenga que invertir en la compra de caras fórmulas lácteas para su hijo.⁸ La Academia Americana de Pediatría aboga por la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida del niño infante y recomienda que las madres deben amamantar a sus niños durante al menos un año.⁹

A pesar de todos esos beneficios, la práctica del destete precoz es una realidad frecuente en diferentes países. Brasil es el mayor país de América del Sur. Muchos aspectos sociales flagelaron este país en vías de desarrollo y las disparidades socioeconómicas y raciales contribuyeron a las tendencias actuales en salud.¹⁰ La Organización Panamericana de la Salud (OPS) relató que tres de las principales causas determinantes de desigualdades de la salud - grupo étnico, posición geográfica e instrucción - son predominantes en varios países, tales como Brasil, que sufren elevadas tasas de mortalidad infantil.¹¹ Las áreas más pobres de Brasil están situadas en el Nordeste, y consecuentemente tienen una parcela muy grande de casos de enfermedades evitables y otras enfermedades, especialmente entre niños. En 2004, los informes estadísticos indicaron que los niños con menos de cinco años de edad comprendieron el 9% de la población total y en ellos recayó el 6,1% de las muertes.¹² Fortaleza, capital del estado de Ceará, está ubicada en la región nordeste de Brasil. Los

niños que viven en comunidades de baja renta (chabolas) en la periferia de la ciudad sufren de desnutrición y diarrea crónica.

El promedio brasileño de lactancia exclusiva corresponde al 47,5% en el primer mes de vida del niño y disminuye drásticamente al 7,7% en el 6º mes. Fortaleza sobrepasa estas tasas con el 73,4% de los infantes recibiendo leche materna exclusiva en el primer mes y el 10,2% a los 6 meses.¹³ La baja adhesión a las directivas de lactancia es el principal interés del sector de la salud porque se vuelve un catalizador para varias enfermedades de la infancia y aumenta las posibilidades de morbilidad y mortalidad infantil. Oriá et al efectuaron una revisión de la literatura para sintetizar la investigación relacionada a la lactancia, organizar resultados en períodos históricos y conocer qué tipos de programas y estudios fueron lanzados en Brasil para tratar de los problemas respecto a la lactancia.¹⁴ Las autoras desarrollaron una línea de tiempo, iniciada con el lanzamiento del Programa Nacional de Incentivo a la Lactancia Materna (PNIAM). Numerosos estudios mostraron que este programa ejerció impacto significativo en las tasas de adhesión y duración de la lactancia entre las mujeres.

El gobierno brasileño estableció el PNIAM en marzo del 1981. La finalidad del programa era proteger, promover y apoyar la lactancia mediante el uso de los medios de comunicación, las leyes laborales, control del mercado de fórmulas infantiles, programas y materiales educativos.¹⁵ De acuerdo con el estudio, aumentó notablemente la duración de la lactancia (de 74 para 167 días o de 10,5 semanas para 23,8) entre 1975 y 1989; las tasas siguieron aumentando, alcanzando 210 días (30 semanas) en 1996.¹⁶ Sin embargo, las tasas generales de lactancia, particularmente en la región nordeste de Brasil, siguieron quedando tras de los niveles establecidos por la OMS (Organización Mundial de la Salud) y por la UNICEF.

Amamantar es uno de los muchos comportamientos de salud ampliamente afectados por las normas sociales. Al explorar el Nordeste de Brasil, algunos autores identificaron dieciséis factores socioculturales que influenciaron la disminución de la lactancia en esa región.¹⁷ Algunas de las principales influencias son cambio familiar, diferencias sociales y culturales, ausencia de personas ancianas que informan sobre la tradición de la lactancia, asociaciones establecidas entre el método elegido de la lactancia y el status socioeconómico (esto es, la opinión de que solamente las mujeres pobres amamantan sus bebés) y los cambios en el papel económico de las mujeres en el sustento de su familia.

La literatura revela cada vez más estudios que definen determinantes sociales y culturales de la lactancia. En las comunidades de baja renta, los factores que generalmente parecen influenciar decisiones respecto a la lactancia están asociados con la instrucción, el empleo y la familia. Lo más interesante es que amamantar es común en el Nordeste de Brasil, pero es frecuentemente interrumpida por la introducción precoz de otras fuentes de nutrición.¹⁶ Sin embargo, se demuestra que los infantes amamantados exclusivamente al pecho tienen peso y altura sustancialmente mejores en comparación con otros infantes.¹⁸ La identificación continua de influencias socioculturales les ayuda a los profesionales de salud a criar campañas e intervenciones más eficaces. Diversos instrumentos y teorías buscan alcanzar esto.

Este estudio fue desarrollado para analizar los factores socioculturales que pueden influir en las prácticas de la lactancia de mujeres de baja renta en Fortaleza, Ceará, Brasil.

Referencial Teórico

La Teoría del Cuidado Cultural de Madeleine Leininger es la unión de los conceptos de los campos de enfermería y antropología. De acuerdo con Leininger, la finalidad y el objetivo de la teoría son “fortalecer un cuidado culturalmente congruente, seguro y significativo a los clientes de culturas diversas o semejantes”.¹⁹ Esta teoría ha sido un instrumento que ayuda a desarrollar maneras de discutir la prestación de cuidados culturalmente apropiados para una determinada población y que estén unidas a las prácticas tradicionales de los cuidados de enfermería.

La cultura es definida como “los estilos de vida de un individuo o de un grupo respecto a los valores, a las creencias, normas, patrones y prácticas”.²⁰ La cultura es el legado que los miembros de un grupo pasan a otros entre las generaciones. Cómo un profesional de salud ve y comprende la cultura es de particular importancia para fortalecer un cuidado mejor.

La teoría de Leininger se deriva de cinco suposiciones principales, incluyendo la opinión de que curar no ocurre sin el cuidar, cada cultura carga un conocimiento original y único de prácticas del cuidado, y los varios factores socioculturales influyen valores, creencias y prácticas.²¹⁻²²

MATERIAL Y MÉTODO

Fue desarrollado un estudio cualitativo y observacional apoyado en la Teoría del Cuidado Cultural de Leininger, para examinar cuidada y apropiadamente las influencias sociales en el comportamiento de lactancia. La teoría de Leininger ofrece conceptos originales para los investigadores que desean comprender y analizar los estilos de vida y tradiciones culturales de extranjeros. Diversos estudios han usado esta teoría y otras estructuras teóricas que incorporan la cultura para evaluar los problemas de salud y la mejor manera de resolverlos.²³⁻²⁵ A partir del modelo del sol naciente de Leininger fue creado un instrumento para la observación del campo basado en los siete factores sociales y culturales: 1. tecnológico; 2. religioso y filosófico; 3. parentesco y social; 4. valores culturales, creencias y estilos de vida; 5. político y legal; 6. económico; y 7. educacionales.²⁶⁻²⁷

La muestra fue identificada a partir de la consulta a los archivos de embarazadas y púerperas del Centro de Desarrollo Familiar (CEDEFAM) ubicado en el Planalto do Pici, para después empezar las visitas domiciliarias. Se usaron marcadores para asociar las observaciones con cada factor correspondiente. Este método permitió un nivel de consistencia que dirigió las observaciones del campo. Las observaciones fueron registradas en un diario de campo y las fotografías registraron las condiciones de los domicilios y de la vecindad. El consentimiento verbal fue obtenido para fotografiar las residencias. Además de la observación, fue efectuado un breve análisis de la literatura para conocer los estudios que habían usado la Teoría del Cuidado Cultural y el modelo del sol naciente y para localizar otros estudios que intentaron discutir causas sociales determinantes de la lactancia entre mujeres brasileñas.

Este estudio fue aprobado por el comité de ética de la Universidad Federal de Ceará (UFC). El tamaño de la muestra para este estudio fue de 12 mujeres. Los aspectos éticos exigidos por la Resolución Brasileña nº 196/96 fueron seguidos.²⁸

RESULTADOS

Cada mujer vivía en uno de los dos barrios: Planalto Pici o Pan-Americano. Los barrios no poseían calles pavimentadas, ni andenes. Las lluvias creaban pozas de agua contaminada. Durante las visitas domiciliarias frecuentemente se vieron niños jugando en la calle, la mayoría sin calzado y con poca ropa. Los montones de basura y vidrios quebrados decoraban las calzadas. Los montones de ladrillos y suciedad permanecían al lado de casas abandonadas y dilapidadas. Las cloacas abiertas que contienen agua insalubre y varios tipos de basura servían como patios para algunas casas. Las residencias estaban muy cercanas unas con s otras. Las imágenes de estas observaciones generales son indicadas en las **Imágenes 1-4**.



[Imagen 1. Cloaca abierta ubicada en el barrio Pan-Americano.]



[Imagen 2. Montones de suciedad y de ladrillos al lado de una casa abandonada y los canchales de las calles están desarreglados y con basura.]



[Imagen 3. Casas construidas muy próximas unas a otras.]



[Imagen 4. Residencia sin mobiliario básico, tal como camas y sofás, pero con buen equipo de sonido y televisión.]

En general, las mujeres parecieron satisfechas con sus embarazos o el nacimiento reciente de sus hijos. La mayoría de ellas exhibía señales de cansancio y agotamiento; esta flaqueza física muy probablemente fue causada por el embarazo pero ninguna conclusión formal podría ser sacada a nivel observacional. Las condiciones de las casas generalmente revelaron la severa pobreza de la mujer. A las casas o apartamentos extremadamente pequeños les faltaban camas, tenían el mínimo de mobiliario y generalmente eran ocupados por varias personas, incluyendo la participante. Las mujeres más empobrecidas no poseían ni el mobiliario más básico (ej. cunas) y otros materiales para sus bebés. Muchos residentes usaban redes en lugar de las camas formales. Algunas madres usaban las redes como una cuna temporal para que su bebé pudiera dormir.

Tecnología:

Las observaciones realizadas sobre tecnología fueron separadas en tres categorías: acceso a los medios de comunicación, nutrición e higiene. La mayoría de las madres tenía acceso a los medios de comunicación a través de la televisión o de la radio. Pocas madres tenían acceso al teléfono en sus domicilios; la mayoría usaba un teléfono público o efectuaba y recibía llamadas telefónicas a través del centro de salud ubicado en el barrio. La mayoría de las casas no poseía iluminación suficiente y a veces los aparatos eléctricos estaban expuestos y rotos. Aunque todas las mujeres hayan sido clasificadas como de baja renta, la severidad de la pobreza varió entre ellas. Quedó claro que las mujeres que vivían en condiciones menos severas de pobreza poseían equipos más nuevos y más tecnológicos.

Bajo la categoría nutrición, la mayoría de las mujeres tenía utensilios de cocina adecuados, tales como fogones, potes y ollas. Sin embargo, muy pocas tenían acceso al microondas o a un horno. Algunas cocinas parecían tener aparatos más modernos pero, en general, los utensilios eran viejos y usados. Aproximadamente la mitad de las participantes tenía un refrigerador, pero pocas poseían una fuente de agua filtrada. Con relación a la categoría higiene, todas las residencias tenían baños, pero solamente algunas tenían acceso a baños con descarga. Ninguna residencia tenía acceso a duchas. Las mujeres que sufren de niveles más severos de pobreza vivían en casas con paredes degradadas y rajadas y con tuberías expuestas.

Religioso/Filosófico:

El tiempo fue insuficiente para analizar completamente la exposición a las creencias y tradiciones filosóficas y religiosas y evaluar su influencia en la lactancia. Sin embargo, la afiliación religiosa pareció depender del nivel de renta; las mujeres que vivían en circunstancias más empobrecidas (esto es, sin tecnologías avanzadas y mobiliario en los domicilios) no indicaron ningún interés en frecuentar la iglesia y tenían pocos o ningún objeto religioso en sus casas.

Parentesco y Social:

Las madres más jóvenes tendían a ser solteras y vivían con una pariente más vieja y del sexo femenino, generalmente la madre o la abuela. En general, las mujeres indicaron que consultaban a los miembros de la familia respecto a sus decisiones de lactancia. Esto sugiere que la familia tenía papel vital en el éxito de la lactancia. Entre las mujeres casadas o que vivían en unión civil, los maridos parecían estar muy involucrados en la vida familiar.

Valores culturales, Creencias y Estilos de Vida:

La mayoría de las madres pretendía amamantar por cuatro a cinco meses. Las razones para interrumpir la lactancia estaban ampliamente relacionadas al trabajo. Su intención de amamantar implica decir que las mujeres consideran el valor de la lactancia para la salud del niño; este reconocimiento podría ser resultado de la información y del conocimiento fortalecidos por el CEDEFAM, donde los profesionales de salud incorporan la orientación de lactancia desde el cuidado prenatal. La mayoría de las mujeres también compareció regularmente a las consultas prenatales fijadas, lo que demuestra su comprensión de la importancia de esa atención para una gravidez saludable y bien sucedida. Como mencionado anteriormente, el PNIAM inflamó una iniciativa agresiva cara al aumento de la duración de la lactancia; estos esfuerzos nacionales sugieren que los valores culturales generales abarcan la protección de la salud de los niños como una prioridad.

Político y Legal:

Los factores políticos y legales pueden ser observados en los diferentes niveles gubernamentales: local, estadual y nacional. Durante el estudio, los trabajadores federales estaban en huelga por varias semanas; esto afectó a muchas agencias y departamentos, incluyendo el banco de leche humana de la Universidad Federal de Ceará (UFC). Los bancos de leche humana son esenciales porque fortalecen la leche humana saludable para bebés cuyas madres no pueden amamantar (que estén infectadas con enfermedad contagiosa) y apoyan a las madres que viven dificultades en el manejo de la lactancia. Desgraciadamente, las condiciones socioeconómicas pueden causar impacto importante en el fortalecimiento de cuidados médicos, ejerciendo un efecto dominó y finalmente impidiendo

que los individuos reciban el cuidado que necesitan y merecen. En Brasil, a la mayoría de las mujeres que trabaja fuera (economía formal) está garantizada, por la constitución brasileña de 1988, una licencia de maternidad de 4 meses para amamantar a su recién nacido. Tres meses después de la conclusión de este estudio, el Senado brasileño aprobó un plan para extender este período para 6 meses. Esta política necesita de dos aprobaciones más para transformarse en ley; sin embargo, muchos estados brasileños, incluyendo Ceará, ya adoptaron esta práctica. El impacto de esta nueva regulación todavía no es conocido, pero ciertamente traerá más ventajas para la salud del binomio madre-bebé.

Económico:

Las mujeres con mejores situaciones financieras parecían exhibir niveles inferiores de estrés y agotamiento. La mayor parte de la renta era destinada a costear los alimentos y el entretenimiento, en menoscabo de proveer mejores condiciones del domicilio. Las residencias que sufrían con paredes rajadas y tuberías expuestas muchas veces poseían televisiones y equipos de sonido. Esto sugiere que muchas personas de la comunidad usan el dinero para satisfacer sus deseos en detrimento de sus necesidades.

Educacional:

Diversos estudios sugieren relación directa entre el nivel de instrucción de la mujer y el éxito de la lactancia. Desgraciadamente el tiempo no fue suficiente para observar y analizar adecuadamente las condiciones educacionales en el área estudiada. Este es uno de los límites que será discutido posteriormente.

DISCUSIÓN

La finalidad de este estudio fue analizar los factores socioculturales que pueden influenciar la práctica de la lactancia. Posteriormente son discutidas soluciones relacionadas a cada factor cultural como sugestión, para que la mejor promoción y educación en salud sean llevadas a cabo. Para comprender plenamente la población blanco, los profesionales de salud se deben exponer a un mundo diferente. Las visiones de mundo son creadas en consecuencia de las influencias existentes en los propios ambientes que dan forma a la manera como vemos a nosotros y a otras sociedades.

Se observó claramente que los dos factores sociales más importantes en el éxito de la lactancia son el económico y el familiar. La situación económica de una mujer puede ejercer efecto profundo en el bienestar físico y emocional. El estudio de Venâncio y Monteiro que abarca causas determinantes, contextuales e individuales de la lactancia explica que la lactancia exclusiva está asociada positivamente con el status socioeconómico, y además ejemplifica que lactancia exclusiva fue identificada más predominantemente entre mujeres con mayor renta y escolaridad.²⁹ Otro estudio efectuado por Oliveira et al identificó asociación entre la interrupción precoz de la lactancia y personas con condiciones de vida inferiores.³⁰ Esos hallazgos sustentan la idea de que los profesionales de la salud necesitan enfocar especialmente las mujeres de menor renta al crear y aplicar intervenciones.

En un análisis económico de la lactancia, Ball et al descubrieron que el costo de la lactancia para las diversas partes involucradas es menor, incluyendo la madre, el niño, las agencias de salud y las entidades del gobierno.³¹ Los autores afirman que la opción de la mujer para amamantar minimizará las posibilidades de que el bebé desarrolle alguna enfermedad, sea simple o grave, lo que aumenta incontestablemente los gastos con tratamientos médicos. Considerando la lactancia desde el punto de vista de la prevención, esta elección

aumentaría las posibilidades del niño de llevar una vida más saludable. Si el porcentaje de mujeres que amamantan aumenta al nivel ideal, las tasas de morbilidad y mortalidad infantil disminuirían y los gastos con pacientes en las instituciones de salud también disminuirían. Los autores exigen que las entidades gubernamentales financien las campañas que promuevan este tipo de comportamiento en la salud para proteger al interés público; los beneficios de esa inversión indiscutiblemente compensarían el costo final.

El PNIAM ha invertido en la educación y promoción de la salud, apoyando las intervenciones, incorporando nuevas políticas, usando mensajes para aumentar la concienciación de las personas sobre el problema, y utilizando la tecnología de los medios de comunicación para enviar esos mensajes. Mientras los estudios indican que este programa aumentó las tendencias nacionales de lactancia, pocos investigadores han percibido como los subgrupos dentro de la población están respondiendo a estos esfuerzos. Son necesarias más investigaciones para comprender la mejor manera de alcanzar la población de difícil acceso, como las mujeres de baja renta. Rea afirma que el éxito del programa ha alcanzado tasas de lactancia cada vez más crecientes y que eso resulta de una aproximación integrada de la planificación con componentes de aplicación del programa.³²

El papel del apoyo familiar es otro factor importante a ser considerado cuando se discute la influencia acerca del comportamiento de lactancia. Las mujeres de renta inferior han hecho esfuerzos adicionales para ganar dinero suficiente y tener condiciones de sustentar sus familias, una realidad que frecuentemente se opone a las directivas sugeridas para el tiempo de duración de la lactancia exclusiva. Relaciones familiares más fuertes y positivas dentro de casa, sin embargo, probaron ser un componente clave en la disminución del estrés. Las mujeres que parecían estar más felices y más descansadas, durante su gravidez o cuando nació su bebé, generalmente recibían apoyo suficiente de sus maridos y, a veces, de parientes que vivían juntos o cercanos.

Falceto y sus colegas descubrieron que si por una parte el ritmo de las relaciones de las parejas no parece ejercer impacto significativo en una posible interrupción de la lactancia, está por otra parte asociada positivamente con el apoyo paterno a la madre y al bebé.³³ Pérez-Escamilla et al descubrieron que la duración de la lactancia exclusiva aumentó cuando las madres tenían una pareja viviendo junta.³⁴ Los autores también descubrieron que la mayor barrera para lograrse una lactancia exclusiva por un plazo largo era la necesidad que la madre tenía de regresar al trabajo.

El empleo como una barrera para la lactancia exitosa se hizo un tema de importancia en la autoría de libros sobre la lactancia. En reconocimiento a eso, el PNIAM incorporó un componente en la política dedicado a ejecutar los cambios que incentiven mujeres que trabajan a amamantar exclusivamente a sus bebés por períodos más largos. Scavenius et al indican que otros esfuerzos políticos deben ayudar a conducir las mujeres hacia la iniciación de la lactancia y su término en el debido tiempo.³⁵ La alteración política más reciente ocurrió en octubre/noviembre de 2007, cuando el Senado brasileño aprobó un plan para extender la licencia de maternidad a 6 meses. El gobierno está esperando que esta permisión incentive más madres a comprometerse exclusivamente con la lactancia de sus bebés por un período más largo; se espera que eso aumente la inmunidad en la infancia a enfermedades crónicas como la desnutrición y diarrea.

Limitaciones

Como este estudio de campo fue conducido en dos chabolas, fue extremadamente difícil encontrar las residencias de las participantes del estudio. Durante el estudio, se descubrió

que algunas mujeres usaron direcciones de amigos o de parientes y no eran realmente residentes del área estudiada. Trabajar con personas de baja renta es difícil porque muchas veces no es posible contactarles por teléfono, un medio de comunicación que está siempre garantizado en los hogares de las familias de países desarrollados. Estos factores limitaron la habilidad de las investigadoras de alcanzar una muestra mayor y de recolectar más datos para el estudio.

En segundo lugar, limitaciones en el tiempo no permitieron un análisis detallado y profundizado. Preferencialmente, para desarrollarse datos continuos sobre todos los factores para observación, se cree que los investigadores, especialmente aquellos que no están trabajando en su país de origen, deben prepararse para pasar al menos un período de seis meses en el campo. Se sugiere que alguien que desee participar del trabajo de investigación cualitativa internacional que involucre el análisis sociocultural deba preferencialmente pasar una cantidad significativa de tiempo en el país a ser examinado y pasar una cantidad de tiempo relevante hasta que adquiriera mayor fluencia en el idioma, con objeto de minimizar las barreras lingüísticas.

CONCLUSIONES

Mientras el flujo de leche humana es un fenómeno natural después del nacimiento del niño, el acto de la lactancia fue históricamente complicado por diversos factores sociales y culturales. Algunos de los factores clave que fueron identificados como influyentes en la toma de decisión a favor de la lactancia son económicos y familiares. La Teoría del Cuidado Cultural de Leininger proporciona los conceptos que deben ser utilizados por los profesionales de salud pública que trabajan en el contexto global de la salud. La teoría se mostró útil en su ayuda para identificar los principales factores que influyen diversos comportamientos de salud. Una aproximación interdisciplinaria y cultural que exponga los problemas de salud causados por el término precoz de la lactancia es necesaria para producir campañas de promoción más fuertes y más eficaces en el área de la salud.

Son necesarios mayores análisis en el área de política de salud y lactancia. Además, más comparaciones son necesarias entre países en vías de desarrollo y países desarrollados, tales como Brasil y Estados Unidos. Abrazando varias perspectivas mundiales, los profesionales de salud de diferentes países pueden ayudarse al identificar soluciones para los problemas de salud y los intereses predominantes. Con objeto de honrar los esfuerzos de prevención de la salud, las madres deben ser reconocidas como proveedoras cruciales de la salud y sus contribuciones físicas y emocionales son esenciales para el bienestar físico y emocional de sus niños. Y, por último, los trabajadores del sector de salud y las entidades gubernamentales que establecen las leyes necesitan identificar soluciones para cada nivel de la sociedad: individual, comunitario, estadual, nacional y global. Es solamente cuando la información vital es diseminada y cuando es tomada una acción para cada nivel que se puede hacer la diferencia en países desarrollados y en desarrollo.

REFERENCIAS

1. United Nations Children's Fund. Facts for life: Why it is important to share and act on information about breastfeeding. 2002.
2. Araujo CL, Victora CG, Hallal PC, Gigante DP. Breastfeeding and overweight in childhood: evidence from the Pelotas 1993 birth cohort study. *Intern J Obesity*. 2006; 30(3): 500-6.
3. Brunken GS, Silva SM, Franca GVA, Escuder MM, Venancio SI. Risk factors for early interruption of exclusive breastfeeding and late introduction of complementary foods among infants in Midwestern Brazil. *JPED*. 2006; 82(6): 445-51.

4. U.S. Department of Health and Human Services. Breastfeeding - best for baby. best for mom. Retrieved Nov 19, 2007, from <http://www.womenshealth.gov/Breastfeeding/index.cfm?page=home>.
5. Carvalhaes MABL, Parada CMGL, da Costa MP. Factors associated with exclusive breastfeeding in children under four months old in Botucatu-SP, Brazil. *Rev Latino-Am Enferm*. 2007; 15(1):62-9.
6. Leon-Cava N, Lutter C, Ross J, Martin L. Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence. Washington: Pan American Health Organization. 2002.
7. Office on Women's Health. HHS Blueprint for action on breastfeeding. (Report). Washington: U.S. Department of Health and Human Services. 2000.
8. Lawrence RA. Breastfeeding: benefits, risks and alternatives. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*. 2000; 12(6): 519-24.
9. Work Group on Breastfeeding. American Academy of Pediatrics: Breastfeeding and the use of human milk. Policy Statement. *Pediatrics*. 2005;115(2):496-506.
10. United Nations Children's Fund. Brazil: Statistics. Retrieved Nov 19, 2007, from http://www.unicef.org/infobycountry/brazil_statistics.html.
11. PAHO. Health in the Americas (Vol. 1): Pan American Health Organization. 2007.
12. PAHO. Brazil - health of population groups: children under 5 years old (Vol. 2): Pan American Health Organization. 2007.
13. Sena MCF, Da Silva EF, Pereira MG. Prevalence of breastfeeding in Brazilian capital cities. *Rev Assoc Médica Bras*. 2007;53(6):520-4
14. Oriá MOB, Glick DF, Alves MDS. Trends in breastfeeding research by Brazilian nurses. *Cad Saude Publica*. 2005;21(1):20-8.
15. Rea MF. The Brazilian National Breastfeeding Program: a success story. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 1990; 31 Suppl 1, 79-82; discussion 83-4.
16. Marques NM, Lira PI, Lima MC, da Silva NL, Filho MB, Huttly SR, et al. Breastfeeding and early weaning practices in northeast Brazil: a longitudinal study. *Pediatrics*. 2001; 108(4):E66.
17. Lares B, Rebhun LA, Souza MA, Nations MK. The cultural context of breast-feeding: perspectives on the recent decline of breast-feeding in Northeast and Northcentral Brazil. In: Guerrant RL, Souza MA, Nations MK (Eds.). *At the edge of development: health crises in a transitional society* (pp. 335-362). Durham: Carolina Academic Press. 1996.
18. Marques RFSV, Lopez FA, Braga JAP. Growth of exclusively breastfed infants in the first 6 months of life. *JPED*. 2004; 80(2): 99-105.
19. Leininger M. Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *J Transc Nursing*. 2002; 13(3):189-92.
20. Leininger M. Culture care theory, research, and practice. *Nursing Science Quarterly*. 1996; 9(2):71-8.
21. Leininger M. Alternative to what? Generic vs. professional caring, treatments, and healing modes. *J Transc Nursing*. 1997; 9(1):37.
22. Leininger M. Special research report: dominant culture care (EMIC) meanings and practice findings from Leininger's theory. *J Transc Nursing*. 1998;9(2):45-8.
23. Purnell L. A description of the Purnell Model for Cultural Competence. *J Transc Nursing*. 2000;11(1):40-6.
24. Savage CL, Anthony J, Lee R, Kappesser ML, Rose B. The Culture of Pregnancy and Infant Care in African American Women: An Ethnographic Study. *J Transc Nursing*. 2007; 18(3):215-23.
25. Schim SM, Doorenbos A, Benkert R, Miller J. Culturally congruent care: putting the puzzle together. *J Transc Nursing*. 2007; 18(2):103-10.
26. Leininger MM. *Culture Care Diversity and Universality: a Theory of Nursing*. New York: National League for Nursing Press; 1991.

27. Oriá MOB, Ximenes LB, Pagliuca LMF. Sunrise Model: análise a partir da perspectiva de Afaf Meleis. *Revista Enfermagem (UERJ)*. 2007;15(1): 130-5.
28. Brasil, Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 1996.
29. Venancio SI, Monteiro CA. Individual and contextual determinants of exclusive breastfeeding in Sao Paulo, Brazil: a multilevel analysis. *Public Health Nutrition*. 2006; 9(1):40-6.
30. de Oliveira LPM, Assis AMO, Gomes GSS, Prado MS, Barreto ML. Breastfeeding duration, infant feeding regimes, and factors related to living conditions in the city of Salvador, Bahia, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2005;21(5):1519-30.
31. Ball TM, Bennett DM. The Economic Impact of Breastfeeding. *Pediatric Clinics of North America*. 2001;48(1):253-62.
32. Rea MF. A review of breastfeeding in Brazil and how the country has reached ten months' breastfeeding duration. *Cad Saude Publica*. 2003;19 Suppl 1:S37-45.
33. Falceto OG, Giugliani ERJ, Fernandes CLC. Couples' relationships and breastfeeding: is there an association? *J Hum Lact*. 2004; 20(1):46-55.
34. Perez-Escamilla R, Lutter C, Segall M, Rivera A, Trevino-Siller S, Sanghvi T. Exclusive Breast-Feeding Duration Is Associated with Attitudinal, Socioeconomic and Biocultural Determinants in Three Latin American Countries. *J Nutrition*. 1995; 125(12):2972-84.
35. Scavenius M, van Hulsel L, Meijer J, Wendte H, Gurgel R. In practice, the theory is different: a processual analysis of breastfeeding in northeast Brazil. *Social Science & Medicine*. 2007; 64(3):676-88.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia