

Revista Médica del IMSS

Volumen **44**
Volume

Número **2**
Number

Marzo-Abril **2006**
March-April

Artículo:

Papel de las redes sociales en la lactancia materna exclusiva. Una primera exploración

Derechos reservados, Copyright © 2006:
Instituto Mexicano del Seguro Social

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



medigraphic.com

Papel de las redes sociales en la lactancia materna exclusiva. Una primera exploración

Bernardo
Turnbull-Plaza,¹
Éricka
Escalante-Izeta,²
Miguel
Klunder-Klunder¹

¹Unidad de Investigación
en Epidemiología
Nutricional,
Instituto Mexicano
del Seguro Social

²Instituto Nacional
de Salud Pública

Comunicación con:
Bernardo Turnbull-Plaza.

Tel. y fax:
5627 6900,
extensiones 21846,
21847.

Dirección electrónica:
eturnbullp@cis.gob.mx

RESUMEN

Objetivo: el propósito fue explorar la red que los actores sociales forman en torno a la madre del neonato, y los papeles que desempeñan ya sea como obstáculo o apoyo de la lactancia materna exclusiva.

Material y métodos: se aplicó una encuesta de redes sociales en dos etapas. En la primera se preguntó a madres con bebés menores de seis meses, quién les había ayudado a lactar a sus bebés y quién había contribuido a que no lo hicieran. Despues se interrogó a otras madres: quién les dijo que dieran fórmula, agua, té o sólidos a sus bebés. Con las respuestas formamos dos matrices de "casos por actores". Se computaron las frecuencias para encontrar los personajes que más influyen a favor y en contra de la lactancia materna exclusiva, y se graficaron los datos de la matriz para visualizar la respuesta.

Resultados: la abuela materna del lactante, el médico y la abuela paterna aparecieron como los personajes que más contribuyeron positivamente a la lactancia materna exclusiva. Paradójicamente, fueron los mismos quienes más influyeron en su interrupción.

Discusión: se buscó una red social que apoyara la lactancia materna exclusiva y otra que la impidiera, pero las redes fueron muy similares. Los mismos personajes que ayudaron a una madre a lactar fueron quienes contribuyeron a que dejara de hacerlo. La implicación para un programa de intervención es que es necesario reforzar algunos conocimientos e inhibir otros en el mismo grupo de personas.

SUMMARY

Objective: The purpose of the study was to explore the network that the social actors form around the mother with a neonate and the roles they play, either as support or as an obstacle of exclusive breast-feeding.

Material and methods: We applied a social network survey in two stages: in the first one, we asked mothers with babies under six months of age who had helped them breast-feed their babies and who had had a bearing on not letting them do it. Later, we asked other mothers who had told them to give formula, water, tea or solid food to the babies. With the answers we formed two "cases by actors" matrices. We computed the frequencies to find out those people that most influenced the mother for and against exclusive breast-feeding. We also graphed the results from the matrix to visualize the answers. Results: The maternal grandmother of the child, the physician and the paternal grandmother appeared as those who most positively contributed with exclusive breast-feeding. Paradoxically, they are the same who most influenced its interruption.

Discussion: We were looking for a social network to support exclusive breast-feeding and another one to hinder it, but the two networks turned out to be very similar. The same characters who help a mother to breast-feed are the ones who make her stop. The implication for an intervention program is that it is necessary to strengthen some knowledge and inhibit some other within the same group of people.

Introducción

Los beneficios de la lactancia materna exclusiva han sido probados por múltiples estudios. Actualmente la Organización Mundial de la Salud recomienda su práctica hasta el sexto mes de edad. La lactancia materna exclusiva favorece el desa-

rrollo neuropsicológico infantil,¹ protege al niño contra enfermedades gastrointestinales y respiratorias, contribuye en la formación del sistema inmunológico² y ofrece la ventaja de la cercanía materna. En las mujeres, aumenta la duración del periodo de amenorrea³ y facilita la recuperación de un peso saludable después del parto.⁴

Palabras clave

- ✓ lactancia materna
- ✓ redes sociales
- ✓ sistema familiar
- ✓ familia

Key words

- ✓ breastfeeding
- ✓ social networks
- ✓ family system
- ✓ family

La Organización Mundial de la Salud define *lactancia materna exclusiva* como lactancia al seno materno sin líquidos suplementarios o alimentos sólidos, aunque admite la ingestión de vitaminas y medicamentos.⁵ En el presente artículo utilizamos esta definición.

El impacto de los diferentes esfuerzos por promover la lactancia materna y la lactancia materna exclusiva en México, ya sea a través de los sistemas de salud o de organizaciones privadas, no ha sido sistemáticamente documentado. En una encuesta relativa a niños menores de dos años atendidos en el Instituto Mexicano del Seguro Social, la prevalencia de lactancia materna exclusiva a los cuatro meses de edad fue de 23.8 % para el régimen obligatorio y de 46.2 % en IMSS-Solidaridad. A los seis meses estas prevalencias se redujeron a 18.3 y 23.8 %, respectivamente.⁶

En un estudio anterior, en el que se hicieron las preguntas suficientes para detallar la forma como se había alimentado a los niños de una muestra más pequeña, se encontraron prevalencias muy bajas de lactancia materna exclusiva.⁷ Aunque muchas de esas madres aprobaban verbalmente la lactancia materna, muy pocas (sólo dos de 101) la practicaban en forma exclusiva, ya que la interrumpían prematuramente y casi siempre la acompañaban de agua y té.⁸ Otros autores han encontrado situaciones muy similares.⁹

En un estudio en áreas semirurales de México se encontraron prevalencias mucho más altas (32 % al mes, 14 % a los tres meses y 0.8 % a los seis meses), pero éstas no responden a ninguno de los programas de promoción de la lactancia, sino a la conservación de la tradición local y a la baja exposición de esas poblaciones a los sucedáneos de leche materna.¹⁰

Partiendo de la conveniencia de la lactancia materna exclusiva y de las bajas prevalencias de ésta, consideramos que es necesario profundizar en los elementos que pudieran contribuir a promoverla o a inhibirla.

Las conductas específicas que interrumpen la lactancia materna exclusiva son el uso de sucedáneos de leche materna, ya sea en sustitución o como complemento de la lactancia materna, el uso de líquidos claros (agua o té) y la introducción de alimentos diferentes de la leche antes de los seis meses de edad. Cuando aparece alguna de estas conductas el niño no está recibiendo lactancia materna exclusiva.¹¹

La relación entre la lactancia materna exclusiva y los factores socioculturales es muy compleja. Entre estos factores está el nivel socioeconómico, la etnicidad y la interacción entre la talla del niño y la educación de la madre, así como el lugar de residencia, la educación y ocupación de la madre, el número de hijos y la interacción entre la talla del niño y la etnicidad.¹²

El trabajo materno ha sido documentado como un factor de influencia para la interrupción de la lactancia materna.¹³ Sin embargo, también entre las madres que no trabajan encontramos prevalencias muy bajas y, en muchos casos, la lactancia materna exclusiva se interrumpe antes de que la madre regrese a su lugar de trabajo.^{9,14,15}

Entre los factores que pueden afectar la práctica y el abandono de la lactancia materna exclusiva, en esta investigación nos interesó específicamente el conjunto de personas que interactúan con la madre lactante. Aunque todos los factores pueden ser importantes, son las personas quienes pueden colaborar activamente en la promoción de la lactancia materna exclusiva.

El personal de salud influye en la práctica de la lactancia materna en diferentes formas.¹⁶ En comunidades rurales mexicanas se encontró que la incidencia de lactancia materna es 3.1 veces mayor y la posibilidad de interrumpirla antes de seis meses es tres veces menor en niños cuyos nacimientos fueron atendidos por partera que en niños cuyo nacimiento acontece en el sector salud.¹⁷

En estas comunidades rurales, la falta de recursos económicos inhibe el uso de sucedáneos de leche aunque es frecuente el uso de agua e infusiones. Los valores tradicionales de estas comunidades también son más favorables a la lactancia materna, pero con el proceso de aculturación generado por los medios de comunicación estos valores van perdiendo terreno frente a la visión urbana que favorece el uso de sucedáneos. En algunas comunidades su interrupción o corta duración se debe a consejos médicos.¹⁸ En niños nacidos en Hospitales Amigo del Niño se ha observado mayor duración y frecuencia de lactancia materna exclusiva,¹⁹ sin embargo, la influencia de las prácticas hospitalarias del puerperio en la lactancia materna exclusiva parece limitarse al primer o segundo mes de vida del niño.²⁰

Como la lactancia materna es una actividad que se lleva a cabo en la vida diaria y en el ambiente

doméstico de las madres, personajes como la familia extensa, amigos y vecinos influyen también en esta práctica.

El tema de la red social que rodea a la madre lactante es importante pero no está suficientemente documentado. Por ello, decidimos aproximarnos al problema desde el punto de vista de las madres, para empezar a comprender la estructura social que favorece o inhibe la lactancia materna exclusiva. Buscamos información que permitiera elaborar hipótesis que, a su vez, orienten nuevas investigaciones para el diseño y desarrollo de programas de promoción de la lactancia materna exclusiva, culturalmente sensibles y más eficientes. Para ser precisos, la intención fue conocer a quién, además de las madres mismas, se debe involucrar para promover la lactancia materna exclusiva, y cómo hacerlo.

Por esto, el objetivo del presente estudio fue describir la red que los actores sociales forman en torno a la madre lactante y su desempeño como obstáculo o ayuda de la lactancia materna exclusiva.

Definimos una red social como “un tipo específico de relación que vincula un conjunto definido de personas, organizaciones o comunidades”.²¹ La importancia de estas redes en la potenciación de los recursos familiares para promover acciones de salud ha sido anteriormente documentada.²²

Se trata de delimitar al grupo de personas involucradas en el proceso de promoción-interrupción de la lactancia materna exclusiva, y así formar una imagen clara de la importancia relativa y del significado de cada uno de estos personajes para la madre, eje central de dicha red social.²³

En otras palabras, la pretensión fue conocer quién ayuda a la madre a establecer y completar la lactancia materna exclusiva y quién contribuye a que no lo haga.

Material y métodos

Para responder a estas preguntas se diseñó un estudio transversal de redes sociales. Los autores y una pasante de nutrición capacitada para esto, entrevistaron a madres con niños menores de seis meses, en la sala de espera de dos unidades de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Distrito Federal. Como

no se buscaba representatividad estadística sino teórica, no se recogió una muestra aleatoria sino intencionada, para maximizar los sesgos y completar el espectro conceptual de la pregunta de investigación.²⁴

Para completar el muestreo teórico, fueron incluidas madres de diferentes edades, primíparas y multíparas, de diferentes estratos socioeconómicos (en el grado que lo permite la población atendida en el Instituto Mexicano del Seguro Social) y con distintos comportamientos en cuanto a alimentación de sus bebés. De la misma manera, la muestra se cerró no en un número fijo sino una vez conseguida la saturación teórica,²⁵ es decir, cuando los casos nuevos ya no aportaban información sustancial a los datos.

A cada madre se le explicó el propósito y el alcance de la investigación y se le detalló el compromiso de confidencialidad y la necesidad de mantener la entrevista anónima; no tenían que decir su nombre ni el del bebé, ni proporcionar ningún otro dato que las identificara entre las madres que asisten a las unidades de medicina familiar. Como el tema no es un área sensible y no había riesgo considerable de causar daño emocional, físico o material a los sujetos, fue suficiente con obtener el consentimiento verbal. Ninguna de las entrevistadas manifestó molestia o inconformidad con el contenido o desarrollo de la entrevista.

Se aplicó una encuesta de redes sociales en dos etapas: en la primera se le preguntó a madres con bebés de seis meses o menores quién les había ayudado a lactar a sus bebés y quién había contribuido a que no lactaran a sus bebés. Estas preguntas produjeron dos listados libres ordenados.²⁶ Al primer grupo se le denominó *red positiva* y al segundo, *red negativa*.

Al entrevistar a las primeras madres, ellas no identificaban actores sociales que hubieran “contribuido a que no lactaran”. Se cambió la pregunta para hacer alusión específicamente a las tres conductas que interrumpen la lactancia materna exclusiva.¹¹ Entonces se preguntó a la madre: ¿quién le dijo que le diera agua o té?, ¿quién le dijo que le diera fórmula? y ¿quién le dijo que le diera alimentos diferentes de la leche? A estas preguntas las madres respondieron con listas mucho más completas de personajes de la red negativa. Al tener la lista completa de cada madre, se le pidió que ordenara a las personas de cada lista por su importancia, poniendo en primer

**Bernardo
Turnbull-Plaza et al.**
**Redes sociales
y lactancia materna
exclusiva**

lugar a la que más le ayudó a lactar, luego a la segunda y así sucesivamente. Lo mismo se hizo con la segunda lista para explorar la estructura interna de las redes sociales.

Después de analizar las primeras respuestas, se logró un dominio central aceptable con 19 casos.²⁷

Con las listas terminadas, se integraron dos matrices de "madres por actores". Éstas son cuadros en los que cada renglón corresponde a una madre y las diferentes columnas a los personajes mencionados por éstas. Las celdas se llenan con el rango (el orden de importancia en el cual la madre colocó al personaje) de cada uno.

Cuadro I
**Frecuencias y salencias de los personajes
de la red positiva que alientan la lactancia materna exclusiva**

| Personaje | Frecuencia % | Salencia |
|----------------------|--------------|----------|
| Mamá (de la madre) | 94.7 | 0.777 |
| Doctor | 57.9 | 0.359 |
| Suegra | 42.1 | 0.252 |
| Esposo | 36.8 | 0.215 |
| Enfermera | 26.3 | 0.175 |
| Hermanas | 21.1 | 0.139 |
| Pediatra | 21.1 | 0.122 |
| Nutrióloga | 10.5 | 0.066 |
| Compañera de trabajo | 10.5 | 0.035 |
| Tía | 10.5 | 0.031 |
| Cuñada | 10.5 | 0.046 |
| Sobrina | 5.3 | 0.013 |
| Trabajadora social | 5.3 | 0.026 |
| Vecina | 5.3 | 0.013 |
| Abuela | 5.3 | 0.042 |
| Prima | 5.3 | 0.018 |
| Guardería | 5.3 | 0.013 |
| Hijos | 5.3 | 0.053 |

Es importante observar que los casos son madres entrevistadas, es decir, individuos y personas reales, pero los "actores" no son personas sino *personajes*. Es decir, que si bien el doctor es un solo actor social, el personaje representa a los diferentes doctores que atendieron a cada una de las madres; la "mamá" representa a la de cada una las madres participantes (a la abuela materna del bebé), y así sucesivamente. En este caso no interó el desempeño de un determinado médico o de una abuela en especial, sino la rela-

ción estructural que las madres establecen con un tipo de personaje y lo incorporan como obstáculo o apoyo de la lactancia materna exclusiva.

Para su análisis, las respuestas primero fueron tratadas como listados libres,²⁶ se evaluó la frecuencia de cada personaje, su rango medio y su "saliente",²³ y, finalmente, se graficaron los resultados como redes sociales, utilizando el paquete Ucinet 6 y el subprograma Net Draw.²³ Para hacer esto, se asignó un vértice a cada sujeto y uno a cada personaje, y se marcaron con una flecha las menciones que hicieron las madres de cada uno de ellos. Las gráficas representan la frecuencia y la importancia de cada personaje, pero no el orden en el cual fueron mencionados.

Resultados

La muestra estuvo formada por 19 madres con niños de seis meses o menores. Sólo hubo un bebé con lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes y uno con ella al momento de la entrevista. La información debe interpretarse con cautela y como parte del fondo y escenario del estudio, ya que la muestra no fue diseñada para representar estadísticamente a la población.

Se registraron las frecuencias de cada personaje de la red positiva (cuadro I) y de la red negativa (cuadro II). La frecuencia es el indicador más directo de la popularidad de un personaje y de su importancia en el dominio cultural que se investiga. Casi el total (94.7 %) de las madres mencionó a su propia madre como apoyo en la lactancia materna, más de la mitad (57.9 %) mencionó al doctor y casi la mitad (42.1 %) a la suegra en el mismo papel de ayuda.

Estos mismos tres personajes (madre, doctor y suegra) tuvieron las tres frecuencias más altas (26.7 % para los tres) en la red negativa. Es decir, que cuando la madre piensa en quién contribuyó a que lactara a su bebé y quién a que interrumpiera la lactancia materna, mencionaron a las mismas tres personas como personajes principales.

La segunda columna de los cuadros I y II contiene la "saliente" de cada personaje. Esta es la frecuencia sopesada con el rango promedio de mención de cada personaje.²⁶ La saliente representa no sólo la proporción de madres que mencionan a cada personaje, sino también si lo mencionan antes o después que otros para for-

mar un indicador compuesto de la importancia relativa de cada elemento del dominio cultural.²⁸ En esta investigación, el rango asignado por la frecuencia coincide, en casi todos los casos, con el de la saliencia y, por lo tanto, esta última confirma los resultados de la primera.²⁹

Las figuras 1 y 2 contienen la representación en forma de red social, de los resultados de las matrices originales. Esta representación ayuda a concebir más claramente la red de apoyo que rodea a la madre lactante. Los vértices (círculos con etiquetas) de los que salen más flechas, son los personajes elegidos por más madres (cuadrados numerados) primero como ayuda en la lactancia en la red positiva (figura 1) y luego como obstáculos para la misma en la red negativa (figura 2). En estas gráficas, el mayor número de conexiones coloca a los personajes más cerca del centro de la red, indicando así su importancia relativa. Entonces, puede verse que los personajes más populares (aquellos con mayor frecuencia y saliencia) se colocan en el centro de la red social, mientras que los que sólo son mencionados por una madre, se encuentran en la periferia.

Visiblemente la red positiva fue mucho más densa que la negativa. Esto quiere decir que cada una de las madres (cuadrados del diagrama, numerados del 1 al 19) mencionó más personajes que le ayudaron a lactar a su bebé, que personajes que contribuyeron a que se interrumpiera o a que no fuera realmente exclusiva. El promedio de conexiones por madre fue de 3.79 para la red positiva, y de 1.8 para la negativa. Esta misma densidad causa, en parte, que la red negativa aparezca fragmentada pero también indica que las madres están menos de acuerdo entre sí respecto a la red negativa que a la positiva. Así, mientras que todas las madres (menos una) encontraron ayuda en su propia madre, las que la mencionaron como obstáculo son unas pocas que, a su vez, se separan de las que mencionaron al doctor y éstas de las que mencionaron a la cuñada. Una sola madre, el caso 6, mencionó tres personajes únicos: el esposo, la prima y la vecina, para formar lo que se denominó una red idiosincrásica porque es única en la muestra.

Algunas madres respondieron "no, nadie" cuando se les interrogó acerca de quién ayudó a que no lactaran, y por esto sus cuadros numerados aparecen en el margen izquierdo de la red negativa y sin conexiones (figura 2).

Discusión

**Bernardo
Turnbull-Plaza et al.
Redes sociales
y lactancia materna
exclusiva**

Esperábamos encontrar una red positiva cuyas acciones podríamos reforzar por medio de programas y otra red negativa, a la que pudiéramos reorientar, pero no fue así. A pesar de las diferencias en la densidad de las redes positiva y negativa, sus personajes principales fueron los mismos, por lo que es necesario considerar como blanco de programas a las mismas personas. No podemos decir que hay un grupo de "amigos de la lactancia materna exclusiva" y uno de "enemigos", sino que las mismas personas deben ser orientadas y capacitadas, alentando sus conductas correctas e inhibiendo las que impiden la lactancia materna exclusiva.

Cuadro II
**Frecuencias y saliencias de los personajes de la red negativa
que desalientan la lactancia materna exclusiva en un grupo de 19 madres**

| Personaje | Frecuencia (%) | Saliencia |
|-----------------------|----------------|-----------|
| Mamá (de la madre) | 26.7 | 0.27 |
| Suegra | 26.7 | 0.22 |
| Doctor | 26.7 | 0.23 |
| Cuñada | 20.0 | 0.16 |
| Pediatra | 13.3 | 0.11 |
| Hermanas | 13.3 | 0.07 |
| Tía | 13.3 | 0.05 |
| Prima | 6.7 | 0.07 |
| Vecina | 6.7 | 0.02 |
| Enfermera | 6.7 | 0.07 |
| Nutrióloga | 6.7 | 0.07 |
| Esposo | 6.7 | 0.04 |
| Médico de emergencias | 6.7 | 0.03 |

Las diferencias en densidad de las redes no son consistentes con la baja prevalencia de lactancia materna exclusiva en México. Es decir, que si bien las madres reportan más personas de su red ayudando que obstaculizando la lactancia materna exclusiva, las prevalencias son muy bajas.

Si bien se ha encontrado que las variaciones en la red de apoyo influyen en la duración de la lactancia materna exclusiva en madres determinadas a hacerlo,³⁰ nuestros datos sugieren que esta misma variabilidad puede aparecer entre madres que no practican la lactancia materna ex-

clusiva. Esto confirma uno de nuestros puntos de partida: la red de apoyo es sólo una de las muchas variables que influyen en la lactancia materna exclusiva,⁷ como ha sido previamente reportado.³¹ Lo que sí podemos pensar, basándonos en estos resultados, es que las madres perciben más amigos que enemigos y esto puede tener varias explicaciones:

- La primera es que como las madres no perciben la importancia de la lactancia materna exclusiva como fue definida para este estudio,⁵ no consideran una amenaza a la persona que les dice que le den agua o té al bebé desde los primeros días de vida.
- Otra explicación posible es que las madres se resisten a acusar con el personal de salud que les aplica la encuesta, a sus propios amigos, parientes o al doctor.
- No perciben el agua y el té como una amenaza a la alimentación de sus hijos. Los programas tendrían que enfatizar que, aunque el agua y el té no provocan un daño en sí, se les considera enemigos de la lactancia materna exclusiva por la cantidad de leche materna que desplazan.³²

La necesidad de cambiar la pregunta de redes sociales para la red negativa (ver metodolo-

gía) y hacerla más específica, sugiere fuertemente que las madres entienden la lactancia de manera muy diferente a como la atiende el personal de salud y a nosotros como investigadores, como se ha encontrado en otros estudios.³³ Mientras para nosotros toda persona que contribuya a que el bebé ingiera líquidos claros (agua o té), leche de fórmula o alimentos sólidos antes de tiempo, está impidiendo la lactancia materna exclusiva, para las madres no. Al preguntar quién había contribuido a que no lactara al seno a su bebé no podían pensar en alguien; la lista creció en forma notable al hacer la pregunta específica.

En los primeros lugares de saliencia en ambas redes, se alternan personajes de la familia de la madre con otros que son profesionales de la salud. Esto quiere decir que no podemos considerar a la lactancia como un problema exclusivamente doméstico o de los servicios de salud.

En apoyo a los hallazgos de Romero y colaboradores respecto a que la influencia de las prácticas hospitalarias en la lactancia materna se concentra en el primer mes de vida y va disminuyendo, agregaríamos que es necesario apoyar la lactancia materna en el núcleo familiar con una iniciativa que recoja los esfuerzos del Hospital Amigo del Niño y de la Madre y les dé continuidad.²⁰

Toda intervención integral tendría que actuar en ambos campos. Es importante tomar en

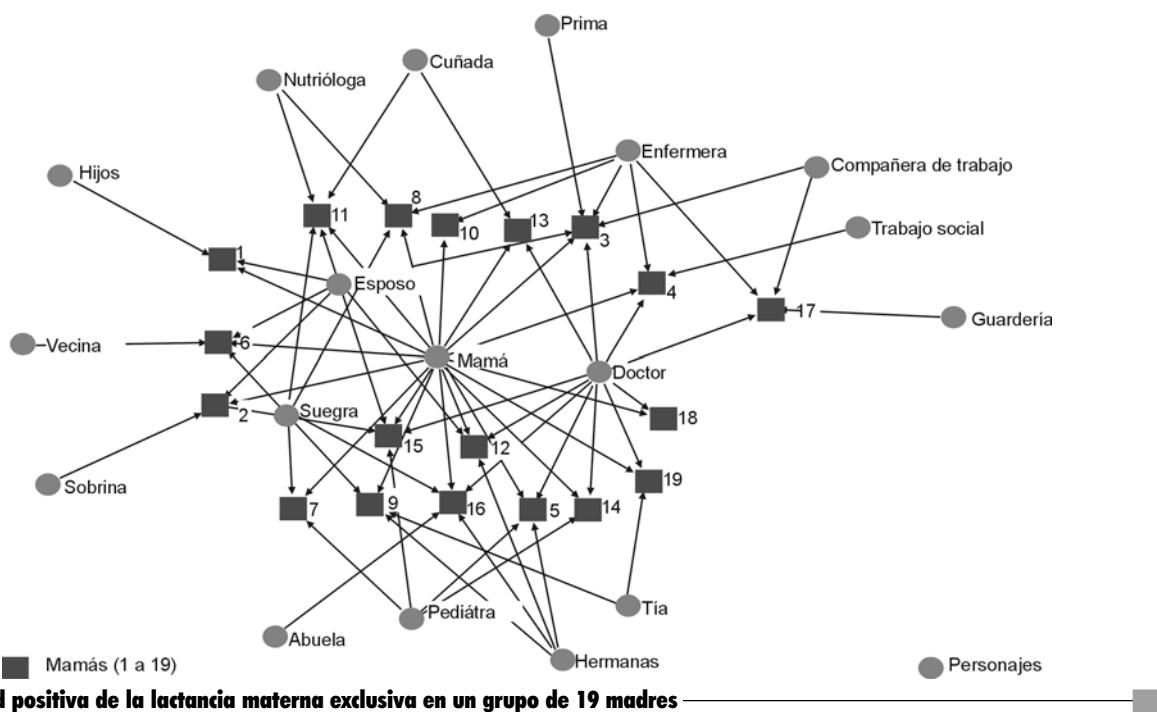


Figura 1. Red positiva de la lactancia materna exclusiva en un grupo de 19 madres

cuenta que encontramos recomendaciones de fórmula láctea tanto entre las enfermeras mencionadas, como entre las madres, suegras e incluso pediatras.

El esposo, por su parte, sólo apareció en 6 % de la red negativa y en 36.8 % de la positiva, contra lo que sugiere el estereotipo cultural, es decir, que aunque podríamos prever que muchas mujeres dejan de lactar porque el marido se lo exige, la muestra del presente estudio no lo percibió así, a diferencia de lo que sugerirían estudios sobre el significado cultural de la lactancia materna.³⁴

Aunque muchas madres fueron de Hospital Amigo de la Madre y del Niño y sí iniciaron lactancia en el hospital, no reportan esto como una ayuda, ni a las enfermeras y médicos del hospital como personajes que les ayudaron a lactar. Esto refuerza nuestra afirmación previa acerca de la manera como las madres entienden la lactancia materna exclusiva y sus problemas. Para el Instituto sería muy importante averiguar la razón de esta apreciación o falta de ella. El hecho de que no se consideren los esfuerzos del Hospital Amigo de la Madre y del Niño como una ayuda a la lactancia materna exclusiva, plantea preguntas muy relevantes consideradas previamente en la literatura.³⁵ De la misma forma, la enfermera materno-infantil no aparece en la red positiva como tal, aunque alguna madre pudo haberse referido a ella como “la enfermera”. No sabemos todavía si esto se debe a una subutilización de sus servicios o a las limitaciones de muestreo del presente estudio, pero se esperaría que por lo menos se le mencionara.

Una de las limitaciones del presente estudio es que no incluye a madres trabajadoras porque las entrevistas se llevaron a cabo en horas de trabajo, pero es evidente que hace falta explorar ese grupo. También hay que averiguar si las madres trabajadoras practican la lactancia materna exclusiva por lo menos mientras la licencia de maternidad se lo permite, o si enfrentan los mismos obstáculos que las no trabajadoras.

El presente modelo todavía no alcanza a definir adecuadamente qué es ayudar y qué es impedir. Es decir, aceptamos la interpretación subjetiva de la madre en cuanto a ayuda para lactar o impedimento para hacerlo. Estudios posteriores deben profundizar sobre los procesos de establecimiento, continuación y terminación de la lactancia y sobre el papel que cada personaje desempeña en ellos.

Nuestros resultados apuntan hacia la importancia de tomar en cuenta a las personas y darles tanta o más importancia que a los contenidos o a los procesos de los programas. La maternidad no es una actividad aislada, por lo menos en la mayoría de los afortunados casos, y el entorno social es determinante de sus caminos y, por lo tanto, de sus resultados. Es necesario considerar a las madres en su contexto social para ayudar a optimizar la alimentación al seno materno y, con esto, el desarrollo y salud de los bebés.

Bernardo Turnbull-Plaza et al. Redes sociales y lactancia materna exclusiva

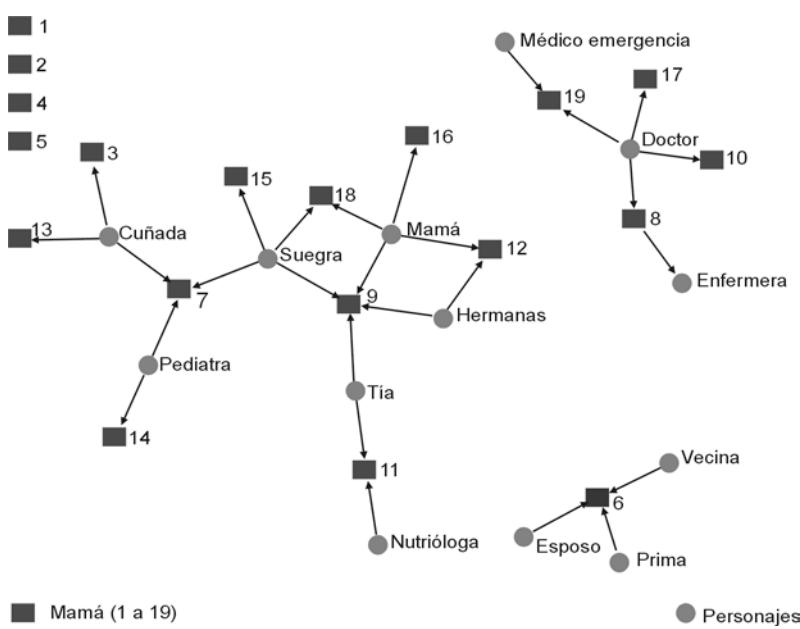


Figura 2. Red negativa de la lactancia materna exclusiva en un grupo de 19 madres

Referencias

1. Anderson J, Johnstone B, Remley D. Breastfeeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 1990;70:525-535.
 2. Long-Dunlap K, Rivera-Domarco J, Rivera-Pasquel M, Hernández-Ávila M, Lezana M. Feeding patterns of Mexican infants recorded in the 1988 National Nutrition Survey. *Salud Publica Mex* 1995;37(2):120-129.
 3. Dewey K, Cohen R, Landa-Rivera L, Canahati J, Brown K. Effects of age at introduction of complementary foods to breast-fed infants on duration of lactational amenorrhoea in Honduran Women. *Am J Clin Nutr* 1997;65:1403-1409.
 4. Dewey K, Cohen R, Brown K, Landa-Rivera L. Effects of exclusive breastfeeding for four versus six months on maternal nutritional status and infant

5. motor development: Results of two randomized trials in Honduras. *J Nutr* 2001;131:262-267.
6. World Health Organization. Indicators for assessing breastfeeding practices. Ginebra: WHO; 1991.
7. Flores-Huerta S, Valverde-Garduño M, Islas-García A, Martínez-Salgado H. Lactancia materna durante los primeros años de vida. En: Flores-Huerta S, Martínez-Salgado H, editores. Prácticas de alimentación, estado de nutrición y cuidados a la salud en niños menores de dos años en México, atendidos por el Instituto Mexicano del Seguro Social. México: IMSS; 2003. p. 103-116.
8. Ríos E, Neuhauser L, Margen S, Melnick V. Accuracy of mothers' responses to questions about breast-feeding practices. *Food Nutr Bull* 1992;14(2):115-118.
9. Mennella JA, Turnbull B, Ziegler P, Martínez-Salgado H. Infant feeding practices and early flavor experiences in Mexican infants: an intercultural study. *J Am Diet Assoc* 2005;105(6):908-915.
10. Carlón-Avilés MG, Camacho-Arroyos MA, Hernández-Bojórquez RE, Medina-Molina BA, Soto-Armenta G, Ochoa-Chávez ML, Haro-García L. Práctica de amamantamiento en madres trabajadoras y no trabajadoras que recibieron orientación sobre lactancia materna exclusiva. *Revista Mexicana de Puericultura y Pediatría* 2000;8(43):8-10.
11. Escalante-Izeta E. Lactancia materna exclusiva en una comunidad semirrural de Morelos. Tesis de Maestría en Ciencias, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, 2003.
12. World Health Organization. Global data bank on breast-feeding. Geneva: WHO; 1996.
13. González-Cossío T, Moreno-Macías H, Rivera-Domarco J, Villalpando T, Shamah T, Monterrubio E, Hernández A. Breast-feeding practices in Mexico: Results from the Second National Nutrition Survey (NNS-II) 1999. *Salud Pública Mex* 2003;45(Suppl 4):S477-S489.
14. Navarro-Estrella M, Duque-López MX, Trejo-y-Pérez JA. Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras. *Salud Pública Mex* 2003;45(4):276-284.
15. Bohler E, Ingstad B. The struggle of weaning: Factors determining breast-feeding duration in East Bhutan. *Soc Sci Med* 1996;43(12):1805-1815.
16. Yimyam S, Morrow M, Srisuphan W. Role conflict and rapid socioeconomic change: breast-feeding among employed women in Thailand. *Soc Sci Med* 1999;49(7):957-965.
17. Alika-ifolù M, Erginöz E, Gur E. Factor influencing the duration of exclusive breast-feeding in a group of Turkish women. *J Hum Lact* 2001;17(3):220-226.
18. Vandale-Toney S, Rivera-Pasquel M, Kageyama-Escobar M. Lactancia materna, destete y ablactación: una encuesta en comunidades rurales de México. *Salud Pública Mex* 1997;39(5):412-419.
19. Guerrero M, Morrow R, Calva J. Evaluación etnográfica rápida de la práctica de la lactancia natural en una zona periurbana de la Ciudad de México. *Bol OMS* 1999;1:54-60.
20. Wright A, Rice S, Wells S. Changing hospital practices to increase the duration of breastfeeding. *Pediatrics* 1996;97:669-675.
21. Romero ME, Algaba S, Albar MJ, Núñez E, Calero C, Pérez IM. Influencia de las prácticas hospitalarias en el inicio y el mantenimiento de la lactancia materna. *Enfermería Clínica* 2004;14(4):194-202.
22. Trotter RT. Friends, relatives, and relevant others: conducting ethnographic network studies. En: Schensul JJ, LeCompte MD, editors. *Mapping social networks, spatial data and hidden populations*. Walnut Creek, CA: Altamira Press; 1999. p. 1-50.
23. Terán-Trillo M, Ponce-Rosas E, Irigoyen-Coria A, Fernández-Ortega M, Gómez-Clavelina F. Redes sociales en la atención médica familiar. *Arch Med Fam* 1999;1(2):35-44.
24. Borgatti SP, Everett MG, Freeman LC. *Ucinet for Windows: software for social network analysis*. Harvard: Analytic Technologies; 2002.
25. Morse JM, Richards L. *Readme first for a user's guide to qualitative methods*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2002.
26. Bernard R. *Research methods in anthropology: Qualitative and quantitative approaches*. Second edition. Thousand Oaks, CA: Sage; 1994.
27. Weller SC, Kimball-Romney A. *Systematic data collection*. Newbury Park, CA: Sage; 1988.
28. Ryan GW, Bernard HR. Techniques to identify themes. *Field Methods* 2003;15(1):85-109.
29. Borgatti SP. Elicitation techniques for cultural domain analysis. En: Schensul JJ, LeCompte MD, editors. *Enhanced ethnographic methods*. Walnut Creek: Altamira Press; 1999. p. 115-151.
30. Romney A, D'Andrade R. Cognitive aspects of English kin terms. *Amer Anthropol* 1964;66(146-170).
31. Kaufman K, Hall L. Influences of the social network on choice and duration of breastfeeding in mothers of preterm infants. *Res Nurs Health* 1989; 12(3):149-159.
32. Raj V, Plichta S. The role of social support in breastfeeding promotion: a literature review. *J Hum Lact* 1998;14(1):41-45.
33. Raisler J. Against the odds: breastfeeding experiences of low income mothers. *J Midwifery Wom Heal* 2000;45(3):253-263.
34. Ryser FG. Breastfeeding attitudes, intention, and initiation in low-income women: the effect of the best start program. *J Hum Lact* 2004;20(3):300-305.
35. Morse J. *Euch, those are for your husband! Examination of cultural values and assumptions associated with breast-feeding*. En: Morse JM, editor. *Qualitative health research*. London: Sage; 1992. p. 50-60.
36. Martens PJ. Does breastfeeding education affect nursing staff beliefs, exclusive breastfeeding rates, and Baby-Friendly Hospital initiative compliance? The Experience of a small, rural ~~Caribbean~~ hospital. *J Hum Lact* 2000;16(4):309-318.