Cómo aprender de la experiencia de lactancia de las madres: implicaciones para la promoción y el marketing social

Gonzalo Díaz Meneses
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Facultad de Economía, Empresa y Turismo, Departamento de Economía y Dirección de Empresas.

Recibido: 20.06.2012
Aceptado: 12.09.2012

Resumen

Fundamentos: El objetivo del presente trabajo es abordar el proceso de aprendizaje con base en la experiencia de las madres respecto a la lactancia materna, de modo que se pueda diseñar campañas de promoción adaptadas al hacer de las mujeres lactantes.
Métodos: Se desarrolla teóricamente y se estima empíricamente un modelo de aprendizaje inverso con base en análisis estadísticos tipo Path haciendo uso de una muestra de 311 madres lactantes, la cual se recabó en el Hospital Materno Infantil de Gran Canaria y en lugares organizados por la Asociación Pro-Lactancia Materna de Canarias en el año 2008.
Resultados: Se demuestra que las madres lactantes pueden aprender a dar el pecho sobre la base de su experiencia, especialmente si aumenta la frecuencia de tomas y el esmero en hacerlo bien. Gracias a ello, las mujeres pueden desarrollar actitudes e involucración suficiente para adquirir conocimientos acerca de la salud y del amamantamiento humano.
Conclusiones: Cuando se diseña una campaña de promoción de la lactancia debe considerarse la capacidad innata de la madre para dar el pecho y por ello basar la inducción de la lactancia de manera esencialmente práctica.

Palabras clave:
Lactancia materna.
Actitudes.

How to learn from the mothers breastfeeding experience: implications for promotion and social marketing

Summary

Background: The objective of the current work is to focus on the learning process based on mothers´ breastfeeding experience so that help to design promotional and social marketing campaigns taking into account the know- how of mothers.
Method: A theoretical and empirical inverse learning model is developed by means of path analysis on a convenience sample of 311 elements gathered in the Maternity Hospital of Gran Canaria and other places chosen by the Breastfeeding Mothers Association of The Canary Islands in 2008.
Results: Results show that mothers can learn about breastfeeding by their own experience, especially if mothers´ breastfeeding frequency increases and they set their best on doing it. Based upon doing, attitudes and involvement determine their knowledge not only about breastfeeding but also about health.
Conclusions: Social marketing campaigns should be drawn on innate mothers´ skills to breastfeed and rely on experience

Key words:
Breastfeeding behaviour.
Attitudes.

Correspondencia: Gonzalo Díaz Meneses
gdiaz@dede.ulpgc.es

Introducción

La experiencia que ocurre durante el proceso de lactancia puede ser una fuente de información y de conocimientos tan importante para la madre como lo que los promotores de esta conducta deseada puedan intentar contar o transmitir a su paciente o target. Esto puede ser así porque la experiencia dota a la mujer de pleno control sobre su aprendizaje, porque la información adquirida es asimilada de forma vívida y personal y, por ello, mucho más fácil de procesar y porque los sentidos de alta involucración como el tacto, el olor y el sabor se activan radicalmente, a diferencia de las limitaciones audiovisuales de las campañas de publicidad[1] o de otras rutas de persuasión.

Sin embargo, en lactancia materna no se ha investigado cómo se puede aprender de la experiencia, ya que el modelo de persuasión predominantemente utilizado ha sido el educativo o clásico, el cual pone un énfasis exclusivo en el suministro de conocimiento como base fundamental del aprendizaje[2-5]. Pero el hecho es que la mayor parte de las madres no son expertas en lactancia materna sino que en su gran mayoría aprenden a dar el pecho sobre la base de su propia experiencia, de modo que construyen su competencia para el desempeño de la labor del amamantamiento gracias a la práctica y el saber hacer personal. Por ello, el objetivo de investigación del presente trabajo consiste en desarrollar teóricamente y estimar empíricamente otro tipo de modelo que comprenda y explique cómo las mujeres construyen su propio conocimiento acerca del amamantamiento.

Material y métodos

Muchos científicos han explicado que el inicio de la conducta deseada radica en el conocimiento de sus ventajas y en unas actitudes favorables, pero poco se ha dicho de cómo aprovechar lo que saben hacer las madres sin ser expertas. Por ello, la cuestión acerca de cómo empieza a dar el pecho una madre ha sido respondida por la literatura científica haciendo referencia a determinadas teorías que enfatizan la importancia de la información y de los conocimientos, como motor del proceso de adopción de la lactancia. De este modo, los contenidos de enseñanza a los que se ha prestado una mayor atención son los que pueden llamarse conocimientos acerca de la lactancia materna[6], los cuales son relativos a la forma en la que se debe dar el pecho, la duración de la tomas y los beneficios inherentes a esta conducta deseada. Por otra parte, están los contenidos acerca de la salud y de la calidad de vida, los cuales hacen referencia a una buena alimentación y a una higiene adecuada, y reciben el nombre de conocimientos acerca de la salud[7]. Esta filosofía de enseñanza acerca de la lactancia está infundida por la teoría de los atributos múltiples y de la acción razonada, doctrinas que preconizan no solo el papel antecedente y movilizador del conocimiento, sino también el papel consecuente y de resultado de la conducta[8].

Sin embargo, en la literatura del marketing se ha propuesto la posibilidad de un modelo de aprendizaje con base en la experiencia. En este caso, la madre antes de dar el pecho desarrollaría unas expectativas o creencias acerca de la experiencia que luego intentaría testar a modo de hipótesis de vivencia[1]. Por otra parte, en el ámbito de la literatura del marketing social la adopción de una nueva conducta es posible allí donde el conocimiento es incompleto y no está científicamente organizado, e incluso es posible sin conocimiento, por ejemplo, este es el caso de decisiones en las que la adoptante objetivo se siente altamente implicada en una idea o conducta, al tiempo que entiende su elección como una decisión entre alternativas muy similares[9]. Con base en ello, se proponen las dos primeras hipótesis de investigación:

H1: Los conocimientos acerca de la lactancia pueden estar en función de la conducta de amamantamiento.

H2: Los conocimientos acerca de la salud pueden estar en función de la conducta de amamantamiento.

Además, tal como se explica[9], un aprendizaje con base en la práctica no sólo es viable sino incluso deseable, ya que posibilita un proceso de adopción de alto compromiso. En efecto, el aprendizaje basado en la conducta no sólo comporta la asimilación de conocimientos acerca de la lactancia y acerca de la salud, sino que facilita la interiorización de evaluaciones positivas y del valor de la lactancia, que según la literatura puede reconocerse en dos variables diferentes: (1) la actitud hacia la lactancia[10] y (2) la involucración, variable utilizada en la literatura de la lactancia[11,12] y de amplio uso en el marketing[13].

Esta consistencia entre conductas y evaluaciones constituye un proceso conducente a dotar de significado la experiencia de aprendizaje e implica un modo de conectar satisfactoriamente a la madre con la actividad de dar el pecho que está desempeñando. De hecho, esta consistencia entre conductas y evaluaciones faculta para que el que aprende sienta lo que experimenta y, de esta manera, descubra por sí mismo lo que, por estar haciendo, está viviendo y aprendiendo[14]. En este sentido, en la literatura del marketing se pone de manifiesto que la involucración funciona como un resorte del aprendizaje con base en la experiencia, de modo que los consumidores generarán más hipótesis de creencias y conocimientos cuanto más implicados estén en el proceso[1]. Sobre esta base, se propone la tercera y cuarta hipótesis de investigación, las cuales afirman que:

H3: La actitud hacia la lactancia puede estar en función de la conducta de amamantamiento.

H4: La involucración con la lactancia puede estar en función de la conducta de amamantamiento.

La principal diferencia entre una adopción con base en el conocimiento o con base en la conducta radica en el hecho de que la secuencia del aprendizaje es totalmente diferente. Concretamente, según la teoría de los atributos múltiples y de

la acción razonada el resorte iniciador del proceso radica en conocer el valor de la lactancia y en los costes o riesgos asociados a una alimentación con biberón. Por ello, desde el punto de vista de estas teorías, la elección y el sostenimiento de la conducta deseada se dan, tanto más probablemente, cuanto más experta sea una madre[8].

Por el contrario, según las teorías de la atribución y de la disonancia cognitiva, el conocimiento no desempeña un papel antecedente sino consecuente al desempeño de la conducta deseada, al tiempo que las evaluaciones no presentan una predisposición claramente favorables hasta que la experiencia de lactancia se ha desarrollado[15]. Se trata, por tanto, de dos secuencias de aprendizaje diferentes con dos jerarquías de efecto distintas: mientras que las teorías de expectativa-valor son del tipo "aprender-sentir-hacer", las teorías del aprendizaje inverso son del tipo "hacer-sentir-aprender". No obstante, afirmar que el conocimiento no desempeña un papel antecedente no quiere decir que no exista en absoluto algún tipo de conocimiento previo, sino que la experiencia o la conducta es la variable promotora principal del proceso de aprendizaje. De hecho, la existencia de un conocimiento previo facilita la función iniciadora del aprendizaje desempeñada por el comportamiento, así como un bajo nivel de habilidades y un amplio desconocimiento representan un inhibidor del aprendizaje con base en la experiencia[16,17]. Todo ello, implica que la adquisición del conocimiento acerca de la lactancia es posterior a la actitud y la involucración, así como a la conducta. Sobre esta base, se propone la quinta hipótesis de investigación:

H5. La lactancia materna puede representarse a través de un modelo de aprendizaje inverso.

El trabajo de campo de la presente investigación tuvo dos fases fundamentales. En primer lugar, se desarrolló una fase cualitativa consistente en entrevistas en profundidad y dinámicas de grupo, cuyos objetivos fundamentales consistieron en la construcción de las escalas que iban a ser incluidas en el cuestionario. Tras esta fase cualitativa, se inició una fase cuantitativa consistente en la elaboración de un cuestionario, el cual fue testado con una muestra de 50 madres lactantes pertenecientes a los denominados grupos de apoyo para la lactancia materna que se forman normalmente como parte del programa de preparación al parto. Una vez se testó el cuestionario inicial y se confeccionó uno definitivo se emprendió el trabajo de campo con miras a obtener los resultados cuantitativos de la presente investigación.

Como la muestra alcanzó las 311 madres lactantes, se ha asumido un error superior al 5% con un intervalo de confianza del 95,5%. El procedimiento muestral seguido consistió en un sistema aleatorio simple que tuvo lugar en 2008 cada tres días y durante tres meses consecutivos en el Hospital Materno Infantil con extracción proporcional a la edad y a la clase social de las madres lactantes.

Las características de este instrumento de medida fueron los conocimientos acerca de la salud y acerca de la lactancia materna (escala tipo likert de 5 puntos y 5+5 items con base en la propuesta por diversos trabajos[6,18-20]; la actitud hacia la lactancia (escala tipo likert de 5 puntos y 4 items con base en diversos trabajos[10] ; la Involucración con la lactancia maternal (diferencial semántico de 4-items y 5-puntos[13]) y la conducta de lactancia (tipo likert de cinco puntos[21-23]).

Resultados

Como fase previa al contraste de las hipótesis, se ha procedido a evaluar la validez y fiabilidad de los instrumentos de medida utilizados como variables especificadas dentro de modelo de comportamiento de lactancia. Ello se ha hecho por medio de análisis factoriales exploratorios, *alfa de Cronbach* y factoriales confirmatorios. Gracias a los análisis factoriales se han identificado las dimensiones relativas a los conocimientos acerca de la salud y acerca de la lactancia materna, la actitud y la involucración hacia la lactancia y las conductas cualitativas y cuantitativas de la lactancia.

A fin de profundizar en el examen de la validez y fiabilidad de las variables especificadas en el modelo de la conducta de adopción de la lactancia materna, se ha efectuado un análisis factorial confirmatorio. Además, se ha efectuado un análisis de fiabilidad compuesta y de varianza extraída, y de *alfa de Cronbach,* observándose en la Tabla 1 que todos los instrumentos de medida utilizados alcanzan puntuaciones superiores a las recomendadas. Por último, se ha comprobado la validez discriminante o que cada dimensión se refiere a variables diferentes por medio de un análisis de correlaciones.

Análisis estadísticos para el contraste de las primeras cuatro hipótesis

Para examinar la función causal de las variables de comportamiento sobre las variables cognitivas y evaluativas se ha realizado un análisis Anova, cuyos resultados se recogen en las Tablas 2 y 3. Como puede verse, tanto la involucración con la lactancia como los conocimientos acerca de la lactancia están en función de que las madres cuiden lo que comen y en el esmero con que las madres dan el pecho o conducta cualitativa de lactancia. Sin embargo, ni los conocimientos acerca de la salud, ni la actitud hacia la lactancia se configura dependiendo del desempeño cualitativo de la lactancia.

Similarmente, la frecuencia y volumen de lactancia materna, o conducta cuantitativa, determinan el nivel de conocimientos acerca de la lactancia, así como la involucración, pero no los conocimientos acerca de la salud, ni la actitud hacia la lactancia (Tabla 3).

Sobre esta base, como señalan las primeras cuatro hipótesis, se pone de manifiesto que determinados conocimientos y eva-

Tabla 1. Análisis factorial confirmatorio: indicadores (I), pesos de regresión estandarizados (SRW), pesos de regresión no estandarizados (NSRW), estimadores estandarizados (SE) y razones críticas (CR)

	SRW	NSRW	SE	CR
I: CONOCIMIENTOS ACERCA DE LA SALUD				
Sé cuáles son las enfermedades más graves de hoy día	,578	1,000		
Entiendo lo que se dice en los medios acerca de la salud	,923	1,538	,153	10,048
Sé cómo cuidarme	,734	1,501	,155	9,713
Conozco cuáles son los principales problemas de salud de la sociedad actual	,598	1,056	,125	8,456
(Square Chi: 2.983; Grados de libertad: 2; p:0.225); GFI: 0.995; RMSA: 0.040; AGFI: 0.976 ; NFI: 0.993; RFI: 0.979; IFI: 0.998; CFI: 0.998; PGFI: 0.199; PNFI: 0.331.				
I: CONOCIMIENTO ACERCA DE LA LACTANCIA MATERNA	SRW	NSRW	SE	CR
Sé en qué consiste la lactancia materna	,842	1,000		
He leído o visto información acerca de la lactancia materna	,647	,697	,062	11,197
Sé cómo se da el pecho a un hijo	,804	,790	,058	13,598
Conozco las propiedades de la leche materna	,616	,515	,048	10,618
(Square Chi: 0.260; Grados de libertad: 2; p:0.878); GFI: 1.000; RMSA: 0.000;AGFI: 0.998 ; NFI: 0.999; RFI: 0.998; IFI: 1.004; CFI: 1.000; PGFI: 0.200; PNFI: 0.333.				
I: ACTITUD HACIA LA LACTANCIA MATERNA	SRW	NSRW	SE	CR
Negativas/positivas	,562	1,000		
Destructivas/contributivas	,561	1,049	,144	7,295
Ridículas/orgullosas	,681	1,357	,165	8,208
Imbéciles/inteligentes	,822	1,581	,188	8,431
(Square Chi: 0.464; Grados de libertad: 2; p:0.793); GFI: 0.999; RMSA: 0.000;AGFI: 0.996 ; NFI: 0.998; RFI: 0.995; IFI: 1.005; CFI: 1.000; PGFI: 0.333; PNFI: 0.333.				
I: INVOLUCRACIÓN RESPECTO A LA LACTANCIA	SRW	NSRW	SE	CR
No significa nada para mí/significa mucho para mí	,500	1,000		
Es soso/es alegre	,892	1,604	,183	8,765
Es poco relevante/Es muy relevante	,821	1,530	,176	8,671
No me interesa/me interesa	,673	1,009	,127	7,955
(Square Chi: 0.225; Grados de libertad: 2; p:0.893); GFI:1.000; RMSA: 0.000;AGFI: 0.998 ; NFI: 1.000; RFI: 0.999; IFI: 1.004; CFI: 1.000; PGFI: 0.000; PNFI: 0.333.				
I: CONDUCTAS DE LACTANCIA	SRW	NSRW	SE	CR
Coloco al niño en posición correcta para darle el pecho	,689	1,000		
Mantengo una dieta adecuada para poder dar el pecho	,698	1,057	,147	7,170
Toda la alimentación de mi hijo consiste en leche materna	,632	1,000		
Le doy el pecho a mi hijo todas las veces que sea necesario	,775	1,389	,199	6,969
(Square Chi: 0.042; Grados de libertad: 1; p:0.837); GFI: 1.000; RMSA: 0.000;AGFI: 0.999 ; NFI: 1.000; RFI: 0.999; IFI: 1.004; CFI: 1.000; PGFI: 0.100; PNFI: 0.167.				

Las medidas absolutas de ajuste evalúan el ajuste o corrección global del modelo (p>0.05, GFI>0.9; RMSEA<0.08), las medidas incrementales de ajuste evalúan la diferencia entre el modelo propuesto y el peor posible (AGFI>0.9; NFI>0.9; RFI>0.9; IFI>0.9; CFI>0.9) y las medidas de ajuste de parsimonia que evalúan la existencia de parámetros de relación innecesarios (PGFI & PNFI con valores altos preferibles). P: Ajuste del estadístico Ji Cuadrado; GFI: Good of Fit Index; RMSA: Root Mean square Error of Approximation; AGFI: Adjusted Goodness of Fit Index; NFI: Normed Fit Index; RFI: Relative Fit Index; IFI: Incremental Fit Index; CFI: Comparative Fit Index; CMIN/DF: Ratio entre Ji Cuadrado y grados de libertad; PGFI: Parsimonious Goodness of Fit Index; PNFI: Parsimonious Normed Fit Index.

luaciones están en función de las conductas. Concretamente, se demuestra que los conocimientos acerca de la lactancia y la involucración se pueden adquirir a través de la conducta de amamantamiento y, por tanto, las hipótesis 1 y 4 se verifican positivamente. Por el contrario, las hipótesis 2 y 3 se deben rechazar ya que no hay relación directa significativa entre la actitud hacia la lactancia, ni de los conocimientos acerca de la salud respecto a la conducta de amamantamiento.

Tabla 2. ANOVA del factor de conducta cualitativa y variables dependientes de cogniciones y evaluaciones.

		Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media cuadrática	Fisher (F)	Significación
Conocimientos de lactancia	Inter-grupos	9,117	8	1,140	2,125	,033
	Intra-grupos	158,743	296	,536		
	Total	167,860	304			
Conocimientos de salud	Inter-grupos	6,418	8	,802	1,265	,261
	Intra-grupos	187,680	296	,634		
	Total	194,098	304			
Involucración con la lactancia	Inter-grupos	21,251	8	2,656	4,405	,000
	Intra-grupos	178,492	296	,603		
	Total	199,743	304			
Actitud hacia la lactancia	Inter-grupos	2,250	8	,281	,935	,488
	Intra-grupos	89,016	296	,301		
	Total	91,266	304			

Tabla 3. ANOVA del factor de conducta cuantitativa y variables dependientes de cogniciones y evaluaciones.

		Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media cuadrática	Fisher (F)	Significación
Conocimientos de lactancia	Inter-grupos	27,538	8	3,442	7,261	,000
	Intra-grupos	140,322	296	,474		
	Total	167,860	304			
Conocimientos de salud	Inter-grupos	3,970	8	,496	,773	,627
	Intra-grupos	190,128	296	,642		
	Total	194,098	304			
Involucración con la lactancia	Inter-grupos	14,307	8	1,788	2,855	,005
	Intra-grupos	185,436	296	,626		
	Total	199,743	304			
Actitud hacia la lactancia	Inter-grupos	2,369	8	,296	,986	,447
	Intra-grupos	88,896	296	,300		
	Total	91,266	304			

Análisis estadísticos para el contraste de la quinta hipótesis

Con el objetivo de demostrar que es posible desarrollar un modelo de aprendizaje inverso para la lactancia materna se ha procedido a especificar y a estimar, por medio de un análisis path, el mejor modelo posible con la jerarquía de efecto "hacer-sentir-conocer". Así se ha obtenido un modelo de la lactancia materna que presenta un ajuste óptimo a los datos no sólo en el indicador estadístico de la Chi Cuadrado (*p:* 0,817), sino también en lo relativo a los demás indicadores globales, incrementales y de parsimonia. Adicionalmente, se ha considerado interesante estimar el mejor modelo posible del tipo clásico y jerarquía de efecto "conocer-sentir-hacer" y como puede verse en la Tabla 4, presenta peor ajuste a los datos que el modelo inverso. Así se observa que si bien el modelo clásico obtiene un ajuste suficiente a los datos (*p:* 0,517), es el modelo de aprendizaje inverso el que representa óptimamente el proceso de adopción de la lactancia materna, tal como ponen de manifiesto los indicadores que la literatura señala como especialmente útiles para la comparación de modelos[24].

Examinando los estimadores estandarizados y las razones críticas del modelo óptimo seleccionado de aprendizaje inverso,

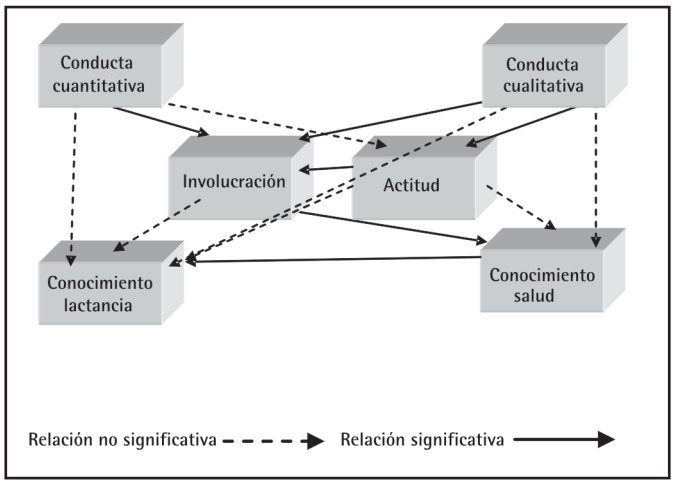
Tabla 4. Indicadores de bondad de ajuste de los modelos path del tipo inverso y del tipo clásico.

Modelos	CMIN	DF	P	GFI	RMSEA	AGFI	NFI	RFI	IFI	CFI	PNFI	PGFI
Inverso	,053	1	,817	1,000	,000	,996	,999	,980	1,024	1,000	,067	,048
Clásico	,420	1	,517	,999	,000	,972	,989	,842	1,015	1,000	,066	,048

Las medidas absolutas de ajuste evalúan el ajuste o corrección global del modelo (p>0.05, GFI>0.9; RMSEA<0.08), las medidas incrementales de ajuste evalúan la diferencia entre el modelo propuesto y el peor posible (AGFI>0.9; NFI>0.9; RFI>0.9; IFI>0.9; CFI>0.9) y las medidas de ajuste de parsimonia que evalúan la existencia de parámetros de relación innecesarios (PGFI & PNFI con valores altos preferibles). P: Ajuste del estadístico Ji Cuadrado; GFI: Good of Fit Index; RMSA: Root Mean square Error of Approximation; AGFI: Adjusted Goodness of Fit Index; NFI: Normed Fit Index; RFI: Relative Fit Index; IFI: Incremental Fit Index; CFI: Comparative Fit Index; CMIN/DF: Ratio entre Ji Cuadrado y grados de libertad; PGFI: Parsimonious Goodness of Fit Index; PNFI: Parsimonious Normed Fit Index.

resulta evidente que la conducta de lactancia materna puede poner en marcha todo el proceso de adopción de la lactancia. Concretamente, se pone de manifiesto que cuidar lo que se come y un desempeño cuidadoso del amamantamiento determina la consolidación de una actitud favorable hacia la lactancia y con la involucración, del mismo modo que una mayor frecuencia de tomas causan un aumento de la involucración. Por otra parte, se observa que el conocimiento acerca de la lactancia se ve facilitado por los conocimientos acerca de la salud, los cuales a su vez surgen como efecto del nivel de involucración con la lactancia. Finalmente, la involucración nace no sólo de elementos conativos sino también de una actitud positiva hacia la lactancia (Figura 1). Estas evidencias no debieran considerarse contradictorias con las obtenidas por las anovas anteriores, ya que el modelo path estimado computa el efecto simultáneo de otras variables con relación causa y efecto dentro de secuencias causales de tercer y cuarto orden de manera indirecta. Por todo ello, la hipótesis quinta, la cual afirma que *la lactancia materna puede representarse a través de un modelo de aprendizaje inverso* se verifica positivamente.

Figura 1. Modelo final obtenido de jerarquía de efectos "hacer-sentir-conocer"



Discusión

El aprendizaje de las madres respecto a la lactancia no tiene porqué iniciarse con base en conocimientos sino en su propia experiencia. De hecho, la experiencia de dar el pecho es suficientemente enriquecedora como para que la actitud y la involucración predispongan favorablemente hacia el conocimiento. No obstante, tal como señala la literatura del marketing, la existencia de conocimientos previos mínimos pudiera facilitar el aprendizaje experiencial, ya que no se trata en ningún caso de negar absolutamente el paradigma clásico de enseñanza y la posibilidad de que se aprenda con base en el procesamiento de la información, sino de complementarlo con otra estrategia más práctica y vivencial y que, por cierto, se ajusta mejor al modelo de adopción de la lactancia que siguen la mayor parte de las madres.

Adicionalmente, es importante subrayar el carácter multidimensional de la experiencia de lactancia, ya que existen dos tipos de comportamientos de lactancia: el cuantitativo que es relativo a la frecuencia y exclusividad de las tomas y el cualitativo que es referente al esmero en el desempeño como, por ejemplo, comer bien y adoptar una postura adecuada. Ambas dimensiones del comportamiento deben atenderse, especialmente la cualitativa, si se quiere que la mujer desarrolle una actitud positiva a dar el pecho y se involucre con la lactancia. No en vano, sendas facetas del comportamiento son canalizadoras de la necesaria buena predisposición e involucración que conduce a las madres a aprender de su propia experiencia. No obstante, debe quedar claro que normalmente la experiencia sola no conduce automáticamente hacia el procesamiento de conocimientos, ya que no hay conexión directa entre el hacer y el conocer. En otras palabras, la madre aprende gracias a que activa una evaluación favorable y reconoce la importancia de dar el pecho y no el biberón, lo cual sucede de manera intermediaria y se inicia por el efecto del hacer que consiste en alimentar a un hijo con el propio cuerpo.

Por consiguiente, la función del conocimiento para favorecer la aparición de la conducta deseada difiere sustancialmente respecto a la concepción defendida por el paradigma teórico clásico predominante, en la medida en que no es el conocimiento

acerca de la lactancia, ni acerca de la nutrición y la salud, los que ponen en marcha todo el proceso. Por el contrario, de acuerdo con la teoría de la disonancia cognitiva, la pauta de lactancia no se explica por la posesión inicial de unos mayores conocimientos sino por la adquisición paulatina de estos a través de un proceso de aprendizaje inverso que tiene su origen en la manifestación de la conducta. Se trata, por tanto, de un aprendizaje experiencial que tiene su base en el comportamiento de dar el pecho; no sólo porque es éste el que permite ensayar las competencias y habilidades de cada madre sino también porque forma un arte y una técnica personal que termina configurándose en forma de conocimientos.

Además, dicho aprendizaje inverso se ve reforzado por unas evaluaciones positivas hacia el desempeño realizado, ya que un sentimiento acorde con la labor de la lactancia facilitaría el aprendizaje a modo de aspiradoras selectivas de todo contenido cognitivo favorable a la labor del amamantamiento. De hecho, según la literatura del marketing una predisposición favorable y un alto compromiso favorecen el procesamiento rico de la información y el aprendizaje, ya que recordamos mejor lo que nos agrada y es consistente con nuestras opiniones, y también prestamos más atención a lo que es coherente con nuestros intereses. En otras palabras y según la teoría de la atribución, las madres que continúan dando el pecho no son las más expertas en lactancia, ni las más favorables a dar el pecho, sino las que para confirmar o justificar su conducta y su actitud terminan por adquirir aquellos conocimientos que refuerzan su decisión de dar el pecho. Es decir, se hacen más sensibles y prestan más atención a los mensajes que son consistentes con su conducta y su actitud favorable hacia la lactancia. Por ello, desde un punto de vista estrictamente práctico, parece lógico afirmar que cuanto más positiva e involucrante sea la experiencia del amamantamiento, mayores serán las implicaciones educativas en términos de asimilación de nociones y conocimientos acerca de la lactancia. Finalmente, debe mencionarse que la adquisición de conocimientos acerca de la lactancia tiene un facilitador en la posesión de conocimientos generales acerca de la salud. Esta educación sobre nutrición y salud es la base del desarrollo de los conocimientos necesarios para dar el pecho y es reactivada por efecto de una involucración elevada con la labor del amamantamiento. Dicho queda para que conste y sea tenido en cuenta por quienes diseñan los programas de estudios de las enseñanzas escolares.

Agradecimientos

Este trabajo fue financiado por la Asociación de Usuarios de Banca, además de contar con el apoyo de la Asociación Canaria Prolactancia Materna, el grupo de investigación de Nutrición Comunitaria de la ULPGC, así como de personal del Hospital Materno Infantil de Gran Canaria sin quienes hubiese sido imposible su realización.

Bibliografía

1. Hoch S, Deighton J. Managing what consumers learn from experience. *J Marketing* 1989;53:1-20.
2. Avery M, Duckett L, Dodson J, Savik K, Henly S. Factors associated to very early weaning among primiparas intending to breastfeed. *Maternal and Child Health Journal* 1998;2(3):167-79.
3. Wambach K. Breastfeeding intention and outcome: a test of the theory of planned behavior. *Res Nurs Health* 1997;20:51-9.
4. Swanson V, Power K. Initiation and continuation of breastfeeding: The theory of planned behaviour. *J Adv Nurs* 2004;50(3):272-82.
5. Goksen F. Normative versus attitudinal considerations in breastfeeding behaviour: multifaceted social influences in a developing country context. *Soc Sci Med* 2002; 54:1743-53.
6. Graffy J, Taylor J. What information, advice and support do women want with breastfeeding. *Birth* 2005;32(3):179-86.
7. Haslam C, Lawrence W, Haefelly K. Intention to breastfeed and other important related health behaviours and beliefs during pregnancy. *Fam Prac* 2003;20(5):528-30.
8. Giles M, Conner S, McClenahan C, Mallet J, Stewart-Knox B, Wright M. Measuring young people's attitudes to breastfeeding using the Theory of Planned Behaviour. *J Public Health* 2007;29(1):17-26.
9. Kotler P, Roberto N, Lee N. *Social Marketing: improving the quality of life*. Sage Publications, 2002.
10. McKinley N, Hyde J. Personal attitudes or structural factors? A contextual analysis of breastfeeding duration. *Psychol Women Quart* 2004;28:388-99.
11. Hoddinott P, Pill R, Chalmers M. Health professionals, implementation and outcomes: reflections on a complex intervention to improve breastfeeding rates in primary rates in primary care. *Fam Prac* 2006;1-8.
12. Brady N. The commitment to breastfeeding. *Int J Gynec Obstet* 1990;31(1):5-6.
13. Zaichkowsky J. Measuring the involvement construct. *J Consum Res.* 1985;12:341-52.
14. Kolb A, Kolb D. Learning styles and learning spaces: enhancing experiential learning in higher education. *Academy of Management Learning & Education* 2005;4(2):193–212.
15. Kotler P, Roberto N. *Marketing Social.* Madrid. Díaz de Santos, 2002.
16. Johnson E, Russo E. Product familiarity and learning new information. *J Consum Res* 1984;11:411-54.
17. Alba J, Hutchinson J. Dimensions of consumer expertise. *J Consum Res* 1987;13:411-54.
18. Avoa A, Fisher P. The influence of perinatal instruction about breastfeeding on neonatal weight loss. *Pediatrics* 1990;86(2):313-5.
19. Fridinger F, Alfonso M, Hussain A, Bryant C, Rouwei L, Benton-Davis S, *et al.* A multi-year profile of public beliefs and attitudes regarding breastfeeding practices. *Social Marketing Quarterly* 2003;9(4):32.
20. Holman D, Grimes M. Patterns for the initiation of breastfeeding in human. *Am J Hum Biol* 2003;15:765-80.

21. Callen J, Pinelly J. Incidence and duration of breastfeeding for terms infants in Canada, United States, Europe and Australia: a literature review. *Birth*, 2004;31(4):285-92.

22. Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman L. Breastfeeding in Europe: a blue print for action. *Journal of Public Health Nutritions* 2005;13:89-96.

23. Centers For Disease Control and Prevention. CDCynergy Social marketing Edition: your guide to audience-based program planning, 2004.

24. Gerbing D, Anderson J. An updated paradigm for scale development incorporating unidimensionality and its assessment. *J Marketing Res* 1988; 25:186-92.