



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SUR

TESIS EN SALUD COLECTIVA

Título

Interrupción de la lactancia: ¿qué tienen las mujeres para decir?

Un estudio situado en la comunidad que transita el Hospital de Río Colorado durante el año 2021

Autor/a:

Schiebelbein Evelin.

Director/a:

Mg. Ftulis Nora

BAHIA BLANCA

ARGENTINA

2022



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SUR

TESIS EN SALUD COLECTIVA

Título

Interrupción de la lactancia: ¿qué tienen las mujeres para decir?

Un estudio situado en la comunidad que transita el Hospital de Río Colorado durante el año 2021

Autor/a:

Schiebelbein Evelin.

Tutor/a:

Mg. Ftulis Nora

BAHIA BLANCA

ARGENTINA

2022

HOJA DE POSGRADO

PREFACIO

Esta tesis se presenta como parte de los requisitos para optar el grado Académico de Magíster en Salud Colectiva, de la Universidad Nacional del Sur y no ha sido presentada previamente para la obtención de otro título en esta Universidad u otra. La misma contiene los resultados obtenidos en investigaciones llevadas a cabo en el Hospital de Río Colorado “Dr. José Cibanal”, dependiente del Ministerio de Salud de Río Negro, durante el periodo comprendido en el mes

de septiembre y noviembre de 2021, bajo la dirección de la Magíster Nora Ftulis, de la carrera de Maestría en Salud Colectiva

..... de 2022.

Ciencias de la Salud

Universidad Nacional del Sur

DEDICATORIA

A mi familia, un gran pilar para mi formación,
por su acompañamiento y comprensión.

A Nora Ftulis por su guía y acompañamiento
con el fin de que este proceso me enriquezca como persona y profesional.

AGRADECIMIENTO

A mi familia, amigos/as y compañeros/as de trabajo que me apoyaron y alentaron a seguir adelante. A los profesores/as y tutores/as de la carrera que me brindaron espacios de reflexión que permitieron poder mirar el mundo y sobre todo la salud con distintos lentes, que una sola persona no puede cambiar el mundo, que son necesarios todos los actores de la sociedad para lograr cambios en las determinaciones sociales de la salud.

RESUMEN

La lactancia materna es la práctica de alimentación de elección de la mayoría de las mujeres que transitan el Hospital de Río Colorado, por sus innumerables beneficios, pero entre un 40% y 60 % no logra sostenerla en forma exclusiva hasta el sexto mes de la/él beba/e. El interés de la investigación está centrado en los relatos y sentires de las propias mujeres en relación con las condiciones que influyen en la lactancia materna. El objetivo es analizar el lugar material y simbólico que ocupan las condiciones socioculturales e institucionales y las condiciones físicas "adversas" vinculadas a la vida cotidiana de las mujeres en la interrupción de la lactancia materna durante el primer semestre del/la bebé/a, según el relato de las mismas mujeres. Se realizó un estudio cualitativo con enfoque exploratorio; se analizaron los relatos de vida de las mujeres que interrumpieron total o parcialmente la lactancia materna antes del sexto mes de vida de sus bebés/as. El análisis se basó en categorías del entramado teórico conjugadas con categorías elaboradas a partir de dimensiones que surgieron del relato de las mujeres. Los resultados: se entrevistaron nueve mujeres. Se observó una universalización de la idea de amamantar, pero no una relación necesariamente directa con las experiencias de las abuelas, madres, hermanas. Estimo que varias de las mujeres toman decisiones, teniendo en cuenta las alternativas y aquellas situaciones que interpretan como más acordes a su cotidianidad. Las mujeres refirieron la hipogalactosemia, la falta de aumento de peso y las hipoglucemias como las causas más frecuentes de la interrupción de la LME. Al mismo tiempo se contempló en el análisis, con apoyatura teórica, el lugar de prácticas y discursos histórico contextuales -tanto moralizantes como reivindicativos de la condición de mujer madre- en torno a la LM.

Palabras claves: lactancia, abandono, determinantes sociales de la salud, toma de decisiones, sistema de salud.

ABSTRAC

Breastfeeding is the feeding practice of choice for the majority of women who transit the Rio Colorado Hospital, due to its innumerable benefits, but between 40% and 60% do not manage to sustain it exclusively until the sixth month of the baby. The interest of the research is focused on the stories and feelings of the women themselves in relation to the conditions that influence breastfeeding. The objective is to analyze the material and symbolic place occupied by sociocultural and institutional conditions and "adverse" physical conditions linked to the daily life of women in the interruption of breastfeeding during the baby's first semester, according to the story of the women themselves. A qualitative study with an exploratory approach was carried out; The life stories of women who totally or partially

interrupted breastfeeding before the sixth month of their babies' lives were analyzed. The analysis was based on categories of the theoretical framework combined with categories elaborated from dimensions that emerged from the women's narrative. The results: nine women were interviewed. A universalization of the idea of breastfeeding was observed, but not necessarily a direct relationship with the experiences of grandmothers, mothers, sisters. I believe that several of the women make decisions, taking into account the alternatives and those situations that they interpret as more in line with their daily lives. Women reported hypogalactosemia, lack of weight gain, and hypoglycemia as the most frequent causes of EBF discontinuation. At the same time, the analysis contemplated, with theoretical support, the place of contextual historical practices and discourses -both moralizing and vindicating the condition of mother-woman- around the BF.

Keywords: lactation, abandonment, social determinants of health, decision making, health system

LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

AC: Alimentación complementaria.

CEUR: Centro de Estudios Urbanos y regionales.

DSS: Determinaciones sociales de la salud.

HSV: Virus del Herpes Simplex.

HTLV I: virus linfotrópico de células T Humanas.

HTLV II: virus linfotrópico de células T Humanas.

HCL: Historia Clínica de Lactancia.

LM: Lactancia Materna.

LME: Lactancia materna exclusiva.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

VIH: Virus Inmunodeficiencia Humana.

ÍNDICE

TÍTULO _____	11
PROPÓSITO _____	15
PROBLEMATIZACIÓN _____	15
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN _____	22
HACIA UNA HIPÓTESIS _____	23
JUSTIFICACIÓN SOCIAL _____	25
JUSTIFICACIÓN ACADÉMICA _____	25
JUSTIFICACIÓN PERSONAL _____	26
MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL _____	26
En torno a la lactancia _____	27
<i>Mi tesis, perspectiva de género y lactancia: algunas aclaraciones</i> _____	27
<i>Breve recorrido histórico del feminismo y posiciones sobre la lactancia</i> _____	29
<i>Consideraciones acerca de la lactancia y el debate natural/social</i> _____	32
Condiciones de vida y lactancia: Entre lo concreto y lo simbólico, entre lo simbólico y lo concreto desde la pregunta de esta tesis _____	33
<i>Primera dimensión: general</i> _____	34
Capitalismo, Políticas Públicas y Lactancia _____	34
Condiciones de orden socioeconómico y laboral _____	38
<i>Segunda dimensión: particular de los grupos</i> _____	40
Condiciones de orden de instituciones de salud: el peso del Modelo Biomédico en las prácticas de lactancia y la contrapartida de la autoatención. _____	40
Condiciones del orden de la subjetividad. _____	42
Condiciones de orden cultural y lactancia. _____	44
<i>Tercera dimensión: dimensión individual de las familias</i> _____	45
Condiciones de orden familiar y lactancia. _____	46
Condiciones de orden físicas/ corporales vinculadas a la lactancia. _____	47
<i>Más allá de los conceptos. Un espacio para la información</i> _____	50

ESTADO DEL ARTE _____	51
Lactancia como construcción social _____	52
Corriente Higienista y lactancia en la Argentina _____	53
Estudios cualitativos y cuantitativos _____	54
<i>Estudios cuantitativos.</i> _____	55
<i>Estudios cualitativos.</i> _____	58
OBJETIVO _____	64
METODOLOGÍA _____	65
Tipo de Estudio _____	65
La población _____	66
Breve caracterización socioeconómica de las mujeres _____	67
Las unidades de análisis de anclaje _____	67
Acerca de las entrevistas _____	68
Análisis de los datos _____	69
Consideraciones epistémicas desde mi lugar como trabajadora de salud y tesista _____	70
ASPECTOS ÉTICOS _____	71
RESULTADOS _____	73
Nueve Mujeres, nueve historias _____	73
CATEGORÍAS DEL ESTUDIO _____	81
La teta como proyecto _____	81
El sistema de salud en el proyecto de amamantar _____	82
Las otras mujeres de la familia _____	85
Alimentación de sus hijos/as _____	85
Consejos de la familia _____	88
Tríada (mujer-pareja-hijo/a) en la lactancia materna _____	90
En los comienzos de la lactancia _____	92
El personal de salud en los comienzos de la lactancia _____	94

Momentos de incorporación de la leche de fórmula _____	95
Por indicación médica _____	95
Por decisión _____	96
Por autorización _____	98
Lactancia y/o leche de fórmula _____	100
Sensaciones frente a la interrupción _____	101
Frustración _____	102
Aceptación _____	102
Explicaciones de las mujeres _____	104
Vínculo “stress” /interrupción _____	104
Los pros y los contras de la leche de fórmula _____	10
Lo mejor, un respiro _____	105
Parecía una hormiguita luchando contra un elefante _____	106
DISCUSIÓN _____	108
CONCLUSIÓN _____	114
APENDICE 1 Posibles ejes para la/s entrevista/s _____	119
ANEXO 1 Hospital Amigo de la madre y el niño _____	123
ANEXO 2 Consentimiento Informado _____	124
ANEXO 3 Resolución de la Comisión de Ética y Evaluación de Proyectos de Investigación en Salud Humana _____	127
BIBLIOGRAFÍA _____	129

INTERRUPCIÓN DE LA LACTANCIA: ¿QUÉ TIENEN LAS MUJERES PARA DECIR?

Un estudio situado en la comunidad que transita el Hospital de Río Colorado durante el año 2021

PROPÓSITO

A partir de este trabajo persigo el propósito de planificar estrategias para acompañar interdisciplinariamente a las mujeres -cuyos partos se llevan a cabo en el Hospital de Río Colorado- que decidan, durante el embarazo y/o luego del nacimiento del/la bebé, amamantar y/o que se encuentren en instancias de elección sobre esta práctica. La planificación de las mencionadas estrategias será posibilitada por el conocimiento que se desprende de este estudio, acerca de las condiciones presentes en la interrupción de la lactancia materna durante el primer semestre del/la bebé.

Considero indispensable incorporar a las mujeres en la planificación de las acciones de los programas de salud, ya que podremos mirar con distintos lentes la lactancia materna y de esta manera contribuir a las políticas de salud en relación con dicha práctica. Para poder contribuir al cambio debemos tener en cuenta la *determinación social* del entorno que investigamos a nivel macro, meso y micro. A partir de toda la información expresada por las mujeres y los aportes del pensamiento estratégico podremos planificar programas bidireccionales y multidimensionales con el objetivo de modificar todas o algunas de las dimensiones constitutivas de *la determinación social de la salud*, cristalizadas en la cuestión de la lactancia materna.

PROBLEMATIZACIÓN

Para comenzar a problematizar el tema del que me ocupo, necesito mencionar que abundan los estudios que se dedican a estudiar condiciones responsables del llamado abandono de la lactancia materna desde diferentes perspectivas y/o metodologías; estudios que apuntarán a prevalencias y factores del “abandono” de la lactancia, por un lado (Oribe y otros, 2015; Gonzales y otros 2017; Rius y otros, 2013; Pino y otros, 2013; Flores y otros 2017), y, por otro lado, a cuestiones cualificables de ese escenario (Cortes Rúa y otros 2019; M. Belintxon-Martín y otros, 2011; Yibby Foreroy otros, 2013; Pérez Bravo, 2015; Salomón 2020; Rangel Flores y otros, 2018; Vásquez Munive, 2012; Davila Arteaga, 2010; Hoddinott, 1999), entre otros. Más allá de ese tipo de estudios, como se verá en este trabajo ya desde su título, tengo la intención de escuchar a las propias mujeres¹ que han interrumpido total o parcialmente procesos de lactancia.

¹ En este estudio cuando deba nombrar personas en relación con la lactancia materna, las nombraré como mujeres (que amantan, mujeres madres). Aun así, esta es una cuestión a debatir. Preferí, mujer en lugar de nombrarlas como madres dado el lugar social preponderante de las mujeres, otorgado en el marco del capitalismo y del patriarcado, es decir madres por encima de todo (cuestión también revisable si adherimos a la idea de que la lactancia podría “empoderar”). Al mismo tiempo al hablar de mujeres no estoy desconociendo la posibilidad de amamantamiento desde varones transgénero. En esta tesis me dedicaré a las mujeres al ser hasta ahora las únicas que han transitado la maternidad en el Hospital de Río Colorado.

Sucede que en el ámbito de la práctica institucional cotidiana del entorno de la salud reflexionamos y creemos saber por dónde “pasa la cosa”, pero salvo algunos comentarios acerca de los padeceres físicos, rara vez “escuchamos” testimonios sobre los problemas y/o miradas desde las propias mujeres. De allí que me interesé en incursionar en las condiciones aludidas desde sus propios decires, como una posibilidad de contar con “lo que tienen para decir” las voceras por derecho, y, de esta manera, también como una posibilidad de volver a conocer esas condiciones.

Al realizar un estudio sobre la interrupción de la lactancia materna debo decir que hay distintos criterios en relación con la duración de la lactancia: a- lactancia materna exclusiva considerada hasta el sexto mes de vida del niño/niña, b- lactancia materna y alimentación complementaria considerada a partir del sexto mes -por la introducción de alimentos- y hasta los dos años de vida según recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

En este estudio entenderé a la interrupción de la lactancia materna en relación con la lactancia exclusiva, por tanto, consideraré como interrupción a la que se materializa antes del sexto mes de vida del/la bebé/a.

La lactancia materna llamada natural -sin dispositivos mecánicos ni farmacológicos- es una actividad que solo puede realizar una mujer o un varón transgénero que ha tenido a su bebé/a recientemente. Durante siglos fue la única alimentación que garantizaba la supervivencia del niño/a durante los primeros tres a seis meses. La cantidad y composición de leche materna varía adecuándose a las necesidades nutricionales del/la bebé. De ello se deriva que la lactancia materna procedente de la propia madre [en términos nutricionales en sentido estricto] es el alimento más adecuado para el niño y la niña (Rodríguez, 2015, pág. 411). La leche materna no es igual en todas las mujeres ni en todos los momentos, es variable en su cantidad, aspecto y composición; tras el parto va adaptándose a las necesidades del recién nacido. En algunas situaciones, como por ejemplo en recién nacidos/as que deben permanecer lejos de su mamá y/o en bebés que no aumentan de peso, es necesario recurrir a leches artificiales que garantizan la nutrición infantil.

La elección del tema² relacionado con lactancia materna se vincula con un interés personal y con mi formación permanente³ en dicho tema. En mayo de 1999 comencé a trabajar en el

² Retomo esta cuestión en justificación personal, aquí hago alusión en tanto mi recorrido aportó datos e incógnitas que hacen a la problematización.

³ Cuando refiero, en líneas anteriores, que me he perfeccionado en lactancia materna es porque hace aproximadamente once años hice el curso de *docente en consejería en lactancia materna* a través del Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro y de la Nación. Posteriormente formamos un equipo interdisciplinario por cada Zona Sanitaria de la provincia y comenzamos a realizar jornadas zonales dentro de la provincia.

Hospital Área Programa “Dr. José A. Cibanal” de Río Colorado, donde integré un equipo interdisciplinario que desarrollaba un taller para embarazadas llamado “Nueve Lunas” cuya finalidad, en ese tiempo, estaba planteada como “aportarles”⁴ conocimientos a las mujeres acerca de la concepción, cambios psicológicos y físicos, crecimiento de las/os bebés a lo largo de nueve meses, signos de alarma, cuidados del/la bebé y lactancia materna. Mi experiencia en ese momento no mostró cambios relacionados con los objetivos del nombrado taller, me refiero a reconocimiento de signos de alarma por los cuales debían concurrir a la atención médica de forma urgente. Y, puntualmente, en relación con la lactancia materna, tampoco hubo un aumento de la mencionada práctica. Este hecho comenzó a instalar en mis perspectivas las primeras incógnitas sobre aquello que no estaba percibiendo en torno a la interrupción de la lactancia materna.

Con relación al Modelo de Maternidad Segura Centrada en la Familia (MSCF) establecido por el Ministerio de Salud de Nación y UNICEF, el hospital de Río Colorado adhiere “informalmente”. En las estrategias propuestas para implementar el modelo mencionado en el paso 9 se establece: “trabajar activamente en la promoción de la lactancia materna según las pautas de iniciativa del Hospital Amigo de la Madre y del Niño” (Larguía, 2011, pág. 34).

Vinculado con cuestiones institucionales referidas a este estudio, me interesa exponer que en el Hospital de Río Colorado durante el año 2021 se llevaron a cabo 146 partos, en promedio 12 nacimientos mensuales, lo que representa el 84 % de los nacimientos totales en Río Colorado.⁵⁶

Las mujeres embarazadas que acuden al hospital en un 58 % no presentan seguro social y un 42% cuenta con obras sociales estatales, sindicales y prepagas en un porcentaje mínimo.⁵ En la localidad existe una sola clínica privada, de allí que entre otras condiciones acuda un alto porcentaje de mujeres alcanzadas por obras sociales, aunque como decía en líneas anteriores, se trata de mujeres que en su mayoría no pertenecen al mundo de las pre-pagas. También considero oportuno aclarar que los controles a los/as bebés en su gran mayoría se siguen realizando en el ámbito hospitalario, ya que en la localidad contamos con solo dos pediatras que atienden en el sector privado y con escasa cantidad de turnos programados.

⁴ Subrayo aportarles, ya que en esas instancias -y puedo verlo ahora- quizá no trabajábamos desde una perspectiva dialogal.

⁵ La sala de maternidad es pequeña, cuenta con dos camas para pre-parto y dos camas con cunas para internación conjunta (madre e hijo/a). Se cuenta con una Nursery, con una incubadora.

⁶ Servicio de Estadística del Hospital Río Colorado.

En términos de datos locales sobre la lactancia materna, según los registros hospitalarios volcados en las historias clínicas del Hospital de Río Colorado, todas las mujeres que no tienen contraindicaciones⁷ para amamantar comienzan a hacerlo.

El Ministerio de Salud de Río Negro a través de la Dirección de Salud Materno Infantil, realiza año tras año, con algunas excepciones, en toda la provincia, “La Encuesta Nacional de Lactancia Materna” acerca del porcentaje de niños/as alimentados con lactancia materna hasta el sexto mes. En los últimos años, mostró que en el año 2011 el 67,11% de los niños/as eran amamantados hasta el sexto mes, en el año 2012 el 69,41%, en el año 2013 el 69,7 %, en el 2014 el 75,6%, en el 2015 el 72,2%, en el año 2016 el 67,9% y en el año 2018 solo el 54 % de los niños fue amamantado en forma exclusiva hasta el sexto mes (Ministerio de Salud de Río Negro). De los datos antes mencionados se observa que en el año 2014 hubo un aumento importante en la cantidad de niños/as amamantados hasta el sexto mes, pero ha ido disminuyendo hasta el año 2018, en que se observa una disminución del 13,9% de niños/as alimentado con leche materna. Desde el acceso que he tenido a las encuestas Nacionales de Lactancia Materna 2017 que se realizaron en Río Colorado pude observar que los resultados no conciben con la realidad, ya que la mayoría de los niños/as, basándome en ese material, serían alimentados en forma exclusiva con leche materna; sin embargo, cuando consulto las historias clínicas de los/las menores de seis meses durante ese año observo que aproximadamente un 40 % de los bebés recibieron leches de fórmula a partir de algún momento del ciclo estudiado. Desde el año 2019 hasta el 2021 no se realizó la “Encuesta Nacional de Lactancia Materna”. No obstante, he revisado artesanalmente las historias clínicas hospitalarias y de los Centros de Atención Primaria de la Salud, de los niños/as nacidos entre los periodos de enero y junio de 2021, y pude obtener información de 40 bebés/as, de los cuales el 63% recibió alimentación con leche maternizada en el algún momento antes de los 6 meses de edad.

Este año, 2022, se llevó a cabo la “Encuesta Nacional de Lactancia Materna” a nivel local y seguimos teniendo solamente un 59% de niños con LME hasta el sexto mes, pero no es una muestra representativa porque se realizaron solo 12 encuestas a menores de 6 meses.

La elección de la incorporación de sucedáneos de la leche materna antes de los seis meses del/la bebé y por ende el no cumplimiento de la lactancia materna exclusiva lo veo a diario en mi trabajo. Considero que, si entre un 40% y un 60% de las mujeres comienza a amamantar e interrumpe el proceso de lactancia materna exclusiva antes del sexto mes de vida de su bebé/a es una problemática a ser investigada, basándome en dos perspectivas:

⁷ Negativa de la mujer, Galactosemia y déficit congénito de lactasa. Consumo de fármacos contraindicados y consumo de drogas de abuso. Mujer con lesión activa de herpes simple (HSV-I) mamaria. Mujer afecta de tuberculosis activa bacilífera no tratada. Mujer VIH positiva. Mujer seropositiva a retrovirus (HTLV-I, HTLV-II) o brucelosis no tratada.

primero, porque entendiendo que las mujeres tienen/tenemos derecho a decidir sobre nuestros cuerpos y vidas y desconocemos/desconozco qué lugar ocupa la posibilidad de elegir genuinamente sobre la interrupción de la lactancia exclusiva; segundo, porque sabemos que la OMS recomienda la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida y luego la incorporación de alimentos complementarios. También afirma que la lactancia materna reduce la mortalidad infantil y tiene beneficios sanitarios hasta la edad adulta.⁸

Expuestas estas dos cuestiones, debo aclarar que el segundo fundamento no lo planteo aisladamente sino en vinculación con el primero.

Al avanzar en el registro de mis prácticas cotidianas son varias las dimensiones conocidas y manifiestas que llevan a elegir la alimentación artificial. Observo que en las primeras horas de nacido el/la bebé las mujeres manifiestan tener dolencias físicas y poco apoyo de la pareja y la familia en los problemas que surgen en relación con el sostén de la lactancia exclusiva, como anomalías de pezón, baja producción de leche, grietas, mastitis, experiencias previas o problemas de salud del/la bebé. No obstante, todas las mujeres (salvo las que cuentan con contraindicaciones) comienzan a amamantar, más allá de la continuidad/discontinuidad futura, y puedo decir que en una sola ocasión una mujer refirió inmediatamente al nacimiento, no querer alimentar a su bebé/a con leche materna. Esta era la única información presente en los testimonios relacionados con la interrupción de la lactancia materna obtenidos desde la voz de las mujeres, previamente a este estudio.

Otra dimensión, en la que no contaba con datos, está relacionada con el derecho de las mujeres a decidir; en estos términos deben tener la libertad de ejercer la maternidad sin mandatos y de elegir la mejor forma de nutrir a sus hijos/as con la debida información, sin temor o vergüenza (Massó Guijarro, 2015). De cualquier manera, el tema de la decisión y el respeto (en términos de lactancia total o parcial o no lactancia) nos coloca en la necesidad de no tomarlo ingenuamente. Las decisiones⁹ se construyen en condiciones concretas de existencia, y en este caso, tanto para amamantar como para no hacerlo.

Por otro lado, amamantar “es un derecho que en la Argentina está protegido por la ley nacional 28873 de Promoción y Concientización Pública” sobre lactancia materna, promulgada en 2013 y reglamentada en 2015. Cualquier mujer puede ofrecer el pecho a su hijo/a cuándo y donde quiera (Ocvirk, 2016, S/P).

⁸¹¹ La Dra. Elizabeth Mason, directora del Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente, de la OMS sostiene: “[...] si todos los lactantes y niños pequeños disfrutaran de una lactancia natural exclusiva durante los seis primeros meses de vida y a continuación recibieran una alimentación complementaria nutritiva sin dejar de tomar el pecho hasta los dos años de edad, se podría salvar cada año la vida de otro millón y medio más de niños menores de cinco” disponible en WHO, 2010.

⁹ Es un concepto que esconde complejidad, no obstante, lo uso con las salvedades que expongo en este apartado y en otros pasajes teóricos, y la entiendo en términos de construcción deliberada o no.

Y cabe mencionar que, en términos legales, en la Argentina, específicamente en el sector laboral privado, no son otorgados 180 días para poder lograr la lactancia materna hasta el sexto mes, en la mayoría de los casos las licencias por maternidad culminan a los 90 días (Ocvirk, 2016, S/P).

Aun así, quiero explicitar que adhiero a la posición que plantea que la lactancia materna crea un lazo entre la mujer y él/la bebé, debido a que se establece un vínculo único que favorecerá relaciones futuras y el equilibrio emocional del/la niño/a (Calvo Quirós, 2008-2009, pág. 1) y un empoderamiento real de la mujer que recibe información actualizada para llevar a cabo la alimentación de su bebé/a (Massó Guijarro, 2015, pág. 202). Pero, también advierto que muchas veces el personal de salud que fomenta fervientemente la lactancia materna sentirá como un fracaso que las mujeres que no puedan sortear los problemas que van surgiendo -como grietas de pezón, bebés que no se prenden al pecho y no aumentan de peso, falta de succión- terminen interrumpiendo la práctica en cuestión cuando hubieran comenzado a amamantar. Para elucidar las controversias teórico-vivenciales que se cristalizan en la realidad a la hora de las posiciones del equipo de salud, resulta útil la construcción de Ester Massó Guijarro (2013) -autora feminista alentadora de la lactancia- que reconoce el derecho del/la bebé a ser amamantado, pero que fundamentalmente enfatiza en el derecho de las mujeres a hacerlo y su significancia como estrategia *altamente deseable*. La autora aclara que situarse únicamente en el/la bebé escondería el mandato del sacrificio, mientras que ubicarse también en la mujer -que goza amamantando- reivindica la práctica y las vivencias de las mujeres, además de interferir complicando las lógicas capitalistas (págs. 175,176).

Ahora bien, cuando la decisión explícita de no amamantar es firme, suele no ser bien vista por el personal sanitario, familiares y amigos que consideran condición indispensable la lactancia para ser “buena madre”. La decisión de no amamantar a veces choca, más allá de la institución en que ubico este estudio, con las recomendaciones del personal sanitario que fomenta la lactancia materna por encima de todo y hace que se torne casi imposible para la mujer conseguir la medicación indicada para evitar la bajada de leche o un biberón con leche artificial para alimentar al/la bebé. A pesar de ello, el sistema de salud del Hospital de Río Colorado apoya la lactancia materna como el alimento ideal para el/la bebé, por lo que se acompaña a las mujeres para que puedan llevar a cabo la práctica; pero, ante la imposibilidad de realizarse y la decisión de la mujer de interrumpir la lactancia se le indicará la medicación para evitar la bajada de leche.

En estos momentos, en el hospital, la información a las embarazadas la realizan los/as obstetras en la consulta personal dentro del consultorio donde no participa ningún/a otro/a

integrante del equipo; no se realiza ninguna consejería en lactancia materna, ni hay grupos de apoyo en relación con el tema.

Muchas veces los equipos de salud planifican acciones de promoción de acuerdo a sus principios y los recomendados por la OMS, sin tener en cuenta qué es lo que realmente quiere o necesita la mujer. Hasta aquí he empleado datos institucionales, características observadas en los miembros de los equipos de salud, distintos enfoques que nos han aportado diversos autores/as, pero salvo algunas referencias a las prácticas de las mujeres que han tenido a sus hijas/os en el hospital de Río Colorado, contábamos poco a este estudio, con poco conocimiento acerca de sus miradas y de lo que desde esas miradas pueden y deben aportar para nuevas lecturas sobre el tema.

Es así que registrando -como decía al principio de esta problematización-, que entre un 40% y un 63 %, interrumpe la lactancia antes del sexto mes de vida del/la bebé/a luego de haberla comenzado y que en nuestra institución no contamos con trabajos de investigación que nos aporten datos desde la mirada de la mujer en relación con la lactancia materna – que nos permitirán revisar nuestras prácticas diarias-, es que nació la necesidad de conocer lo que las mujeres que concurren al Hospital de Río Colorado, tienen para decir sobre las condiciones que determinan la interrupción de la lactancia materna durante los primeros seis meses de vida de su hijo/a. De esta manera –como decía en el contenido del propósito-, se hará más factible planificar acciones y acompañar a las mujeres que decidieron amamantar durante el embarazo y/o luego del nacimiento y en su decisión acerca de la lactancia.

A esta altura también debo decir que todas las cuestiones por las que he circulado no podrían pensarse aisladamente, ni tampoco como construcciones autogestivas por fuera de la reproducción de lógicas políticas, económicas y discursivas estructurales.

Finalmente, y enfocándome en la pregunta de investigación que enunciaré, cabe acotar que cuando hablo de interrupción de la lactancia materna me estoy refiriendo a las situaciones en que las mujeres han comenzado a amamantar y no han podido sostener esta práctica o en aquellas situaciones en que continúan amamantando, pero incorporan leches de fórmula. Sobre esta cuestión recorto la pregunta de investigación, que si bien en base a lo que he desarrollado hasta aquí parece tener “sus respuestas”, pensando en las mujeres involucradas, la pregunta se reabre.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las condiciones concretas y simbólicas, que están presentes en el proceso de interrupción total o parcial de la lactancia materna durante los primeros seis meses de vida

del/la bebé según los relatos de las mujeres que lo transitaron y cuyos partos fueron atendidos en el hospital de Río Colorado durante el segundo semestre de 2021?

Debo decir que, cuando hablo de condiciones concretas y simbólicas, me estoy refiriendo a las condiciones de orden socioeconómico/laboral, cultural, subjetivo, familiar, físico/corporal y político institucional del sector salud.

El trabajo de campo comenzó en el primer semestre de 2022.

Es necesario, dejar asentado que se trabajó sobre el proceso de interrupción total o parcial de la lactancia materna durante los primeros seis meses de vida del/la bebe.

Considero importante aclarar en este punto, ya que digo “según los relatos”, cómo entiendo los relatos de vida, dado que no solo el interés se basa en profundizar en los imaginarios de las mujeres, sino también en sus decires como genuinas fuentes de información de las dimensiones de la realidad; sin dejar de tener en cuenta la presencia del atravesamiento de sus representaciones en los discursos¹⁰.

HACIA UNA HIPÓTESIS

Roxana Ynoub (2011) sostiene que “[...] para formular hipótesis se requiere de alguna experiencia previa, de conocimientos sobre casos o situaciones semejantes” (pág. 53), basándome en ella, mientras proyectaba este estudio, construí los supuestos desde mi experiencia en relación con las condiciones que creí estarían relacionadas con la interrupción de la lactancia materna exclusiva antes del sexto mes de vida del/la niño/a y que podrían asomarse en los relatos de las mujeres involucradas en este estudio.

En todo caso, a lo largo de la implementación del estudio revisé coincidencias, contradicciones y enfoques desde este punto conjetural de partida y el punto de llegada representado por las miradas de las involucradas. Las mujeres aparecen en este estudio no como una voz más, sino con la voz desde la que entender las condiciones ya enunciadas y todo aquello que no fue previsto en tiempos del proyecto.

Al comienzo, pensé que era probable que en los relatos de las mujeres y en relación con las condiciones presentes en la interrupción de la lactancia exclusiva aparecieran en primera instancia, en forma espontánea y manifiesta, solo cuestiones referentes a dolencias físicas, falta de apoyo familiar y complicaciones laborales, sin embargo, me animé a exponer qué otras condiciones que operan, se transparentarían también directa o indirectamente en los mencionados relatos. De manera que, en mi proyecto, es decir, previamente al trabajo de campo, planteé que en el proceso de interrupción de la lactancia materna exclusiva -durante los primeros seis meses de vida de la/el bebé- por parte de las mujeres atendidas en el

¹⁰ Profundizaré este concepto en Metodología.

Hospital de Río Colorado, podrían estar presentes -según sus relatos¹¹ y en forma explícita o tácita en ellos-, entre otras condiciones:

- presiones del mundo del trabajo, cuando existiera desempeño laboral,
- la posibilidad de acceder económica o institucionalmente a la leche de fórmula en instancias en que se decide no amamantar,
- impacto “desordenado” de mensajes en sus imaginarios a partir de distintas líneas de pensamiento en relación con la lactancia,
- sus propias decisiones de no amamantar o de no continuar con la lactancia materna cuando ya hubieran comenzado con su práctica,
- el comienzo de la lactancia a partir de mandatos familiares o institucionales bajo la apariencia de haber sido deliberado y/o la concreción de la interrupción bajo la creencia de haber sido una decisión deliberada sin advertirse que operaron condiciones de presión social para hacerlo,
- sobrevaloración que en sus imaginarios podría tener la leche de fórmula,
- cuestiones cotidianas complejas en términos familiares, falta de apoyo familiar y de amigos/as en relación con los problemas físicos y cuestiones emocionales del amamantamiento,
- historias “traumáticas” escuchadas o presenciadas en la historia de las mujeres de la familia en relación con la lactancia.
- sentimientos de interferencia con la sexualidad,
- padeceres físicos/corporales comunes a todas las mujeres y/o ligados a condiciones de pobreza y/o ligados a cuestiones de salud-enfermedad,
- condiciones biológicas del/la bebé: nacimientos prematuros, múltiples y complicaciones en el niño/a que requieren una internación separada de la madre,
- recepción de Indicaciones médicas prematuras,
- falta de políticas sociales concretadas en estrategias institucionales para el apoyo respetuoso de la lactancia.
- presencia de acciones de promoción de la lactancia materna que al no tener en cuenta sus necesidades pueden desatar reacciones adversas.

Debo decir que entendí y entiendo estas dimensiones posibles, presentes en el intento hipotético, en el marco de la *determinación social de la salud y de la vida*¹² (Breilh, 2013 a y b). Es decir, pensadas lejos de la idea funcionalista de dimensiones *per se* si no como construidas histórico-político-socialmente en un escenario capitalista, patriarcal y

¹¹ A obtener de las entrevistas enunciadas en la metodología.

¹² Concepto que abordaré en el Marco Teórico.

medicalizador, pero también en un escenario en que estas últimas condiciones relacionadas con la mujer que amamanta, parecen estar poniéndose -desde algunos sectores- analíticamente en cuestión.

JUSTIFICACIÓN SOCIAL

La investigación sobre las condiciones socioculturales y físicas que influyen en la interrupción de la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes, en las mujeres que decidieron amamantar tiene relevancia a nivel social, ya que existen estudios que hablan de múltiples beneficios de la lactancia materna para él/la bebé y la mujer.¹³ De manera que descubrir barreras cuando la mujer está dispuesta a amamantar, envuelve de peso social a esta investigación.

Pero, considero también que es relevante socialmente porque nos brindará información sobre lo que sienten las mujeres que amamantan a sus hijos por un “deber ser”, a veces no registrado, más allá de su decisión y sobre las que no pueden continuar haciéndolo a pesar de su decisión. El personal de salud muchas veces no sabe o no puede escuchar lo que la mujer tiene para decir. Es importante que podamos reforzar nuestras prácticas sobre la habilidad de escucha y las técnicas necesarias para que la mujer sienta nuestro interés y pueda contarnos libremente y sin sentirse juzgada lo que está sintiendo.

Considero que esta tesis puede llegar a aportar conocimientos a los profesionales de salud con la finalidad de que puedan evaluar sus prácticas diarias con respecto a la lactancia materna, teniendo en cuenta las condiciones que refieren las mujeres que influyen en la interrupción de la misma y tomar las decisiones necesarias para que los programas que se empleen cubran las necesidades de las mujeres y sus niños/as.

JUSTIFICACION ACADÉMICA

La tesis tiene la finalidad de cumplir con los requisitos de la materia Taller de Tesis, la cual está dentro de la currícula de la Maestría en Salud Colectiva del Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Sur. La finalidad de dicha tesis es poder profundizar en términos de construcción de conocimientos sistematizados, para que luego ellos sean utilizados aportando material teórico-empírico a los miembros del Hospital de Río Colorado. Considero importante poder destacar el aporte académico de la investigación cualitativa, ya que, a través de la observación, la entrevista y el razonamiento conjunto con las mujeres nos permitirá brindar información sobre las condiciones que influyen en la interrupción de la lactancia materna exclusiva antes del sexto mes en las mujeres que decidieron amamantar y tuvieron a sus hijos/as en el Hospital de Río Colorado. La mayoría

¹³ Una lactancia materna óptima tiene tal importancia que permitiría salvar la vida de más de 820 000 menores de 5 años todos los años. (WHO, 2018).

de los enfoques que se encuentran disponibles juzgan las decisiones teniendo en cuenta las recomendaciones del equipo de salud, sin evaluar el entorno que rodea a cada mujer

JUSTIFICACIÓN PERSONAL

La elección de la lactancia materna como tema de investigación -como ya fuera en parte referido en la problematización- está relacionada con mi práctica profesional y mi formación académica porque durante muchos años me he dedicado a realizar consejería en lactancia materna en el hospital donde trabajo. Personalmente, considero que el personal de salud debe trabajar para brindarle el conocimiento y apoyo a las mujeres que deciden amamantar para que puedan lograrlo más allá de las complicaciones que se puedan presentar. Mi postura frente al tema de investigación es que el personal de salud debe estar convencido y comprometido con la lactancia materna para poder transmitir sus conocimientos y acompañar genuinamente.

Mi posición fue cambiando con el paso de los años y con la capacitación continua, incorporando nuevas miradas. En la actualidad puedo decir que me había vuelto una “fanática” de la lactancia materna, no concebía otra decisión por parte de las mujeres que no fuera amamantar a sus hijos/as y también creía que no había ninguna imposibilidad de lograr la lactancia materna hasta el sexto mes si era realmente el deseo de la mujer, sin tener en cuenta que hablar de deseo, por un lado, merece profundización analítica y que por otro no se construye en el vacío y fuera de las condiciones socio-históricas. Hoy tengo una mirada respetuosa hacia la mujer y su niño/a, si bien considero que la lactancia materna tiene infinidad de beneficios para ambos, también creo que si la mujer no desea amamantar no podrá llevarse a cabo más allá del trabajo que realice el personal de salud. Y en la misma línea considero que entendiendo junto a las mujeres las condiciones de su cotidianidad, pueden buscarse alternativas cuando operasen presiones y barreras que obstaculicen su “deseo”.

Es decir, asistí al corrimiento de mi propio imaginario¹⁴, desde una postura de control social -que puede operar en algunas instancias en el equipo de salud frente a temas tan “sensibles” como la lactancia- hacia la búsqueda del imaginario de las propias involucradas.

¹⁴ Para Esther Díaz (1998), “un imaginario colectivo se constituye a partir de los discursos, las prácticas sociales y los valores que circulan en una sociedad. El imaginario actúa como regulador de conductas (por adhesión o rechazo)”. Asimismo, para Castoriadis (1975), “un imaginario social es una construcción socio histórica que abarca el conjunto de instituciones, normas y símbolos que comparte un determinado grupo social y, que, pese a su carácter imaginado, opera en la realidad ofreciendo tanto oportunidades como restricciones para el accionar de los sujetos. De tal manera, un imaginario no se considera en términos de su verdad o falsedad, sino que instaura por sí mismo una realidad que tiene consecuencias prácticas para la vida cotidiana de las personas”.

MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL

El marco teórico se desarrollará en dos ejes, el primero se basará en posicionamientos relacionados con la perspectiva de género, el feminismo y lactancia materna como hecho natural/social y en el segundo eje me basaré en las condiciones desarrolladas en la pregunta de investigación organizadas desde las dimensiones de la perspectiva de la determinación social de la salud.

En torno a la lactancia

Mi tesis, perspectiva de género y lactancia: algunas aclaraciones

La tesis se abordará desde una perspectiva de género, por tanto, no sexista. Considero relevante realizar mi estudio sobre lactancia materna desde esa perspectiva, entendiéndola en el sentido en que lo expresan Salas et al. (2019):

Incluir la perspectiva de género es una posición ética y política que implica: a) reconocer las relaciones de poder que se dan entre los géneros, en general favorables a los varones como grupo social, y discriminatorias para las mujeres y otros géneros; b) que dichas relaciones se han instituido social e históricamente, y son constitutivas de las personas; c) que las mismas atraviesan todo el entramado social y se articulan con otras relaciones sociales como las de la clase, étnica, edad, preferencia sexual y religión.(pág. 5)

Por todo lo mencionado es que coincido con Salas et al. (2019) quienes, además, con mucha claridad sostienen que: “La perspectiva de género no empieza ni se agota en el lenguaje, sino que la antecede” (pág. 6).

Es oportuno aclarar que este estudio se recorta en mujeres, dado que como mencioné anteriormente (en el pie de página N.º 1 de la página 12), en mi larga experiencia en la Sala de Maternidad del Hospital de Río Colorado nunca se presentó la situación de una persona transgénero que decida amamantar, pero no porque como tesista considere que la lactancia materna es solo un asunto de mujeres en términos de género.

Coincido entonces con Massó Guijarro (2013) cuando sostiene que “[...] la lactancia humana no es solo ni necesariamente un asunto de las mujeres en cuanto al género: una persona que no se considere mujer en un sentido tradicional y heteronormativo puede escoger ser lactante” (pág. 521).

En relación con los términos lactancia materna y amamantamiento los utilizaré en forma indistinta, ya que considero que los dos términos engloban inescindiblemente todas las acciones naturales, culturales, políticas y sociales que se relacionan en torno a la lactancia

y me basaré en Ester Massó Guijarro (2013) quien es una especialista en el tema y los utiliza indistintamente para englobar todas las acciones antes mencionadas y asume: “[...] la lactancia materna como hecho social total” (pág. 173).

Podría decirse que la lactancia materna es fisiológica porque el cuerpo humano eyecta leche, es relacional debido a que interviene un cuerpo lactante y una criatura que consume, es cultural porque ha ido adaptándose a los cambios de cada época (Massó Guijarro, 2019, S/P).

En este apartado no puedo dejar de referirme al peso del control patriarcal sobre la lactancia y en este sentido sigo también a Massó Guijarro (2013) cuando plantea que: la lactancia materna humana siempre ha estado bajo el poder del patriarcado de cada época, sin tener en cuenta a las mujeres-madres y criaturas, por ello es necesario descolonizarla para poder asumirla como un espacio simbólico-práctico y cultural (pág. 519).

Así mismo, en relación con los escenarios público/privado es necesario reconocer a los grupos de apoyo a la lactancia que trabajan por un reconocimiento social y político del amamantamiento, solicitando que trascienda desde el ámbito del hogar al público: que incorporen al PIB la lactancia materna como un bien económico social, que establezcan dispositivos de apoyo real a las mujeres que desean amamantar y que las decisiones sobre el amamantamiento no estén centradas en los intereses de los adultos, un ejemplo de estos grupos es el “lactivismo contemporáneo” (Massó Guijarro, 2013, pág. 521).

En relación con el/la bebé/a de ese “binomio relacional”, debo decir que se le asigna un género cuando nace, que tiene que ver con las características físicas y no con las construcciones sociales que las personas atribuyen al género¹⁵ y que no están determinadas por la biología.

En este sentido, es que Judith Butler (2002) plantea:

[...] la interpelación médica que (a pesar de la reciente incorporación de otros apelativos más generales) hace pasar a un niño o a una niña de la categoría de bebé a la de “niño” o “niña” y la niña se “feminiza” mediante esa denominación que

¹⁵ “Un ejemplo de esto es la espléndida investigación del Dr. Walter Mischel, de la Universidad de Standford, California. El Dr. Mischel convenció al cunero de un hospital cercano a la universidad de participar en un experimento de psicología social. Se trataba de que grupos de estudiantes, profesionistas y gente común (electricistas, secretarías, chóferes, etc.) pasaran un rato observando a los bebés recién nacidos y apuntaran sus observaciones. Durante más de seis meses todo tipo de personas, de distintas formaciones, niveles socioeconómicos y pertenencias culturales estuvieron observando a los bebés del cunero. Las enfermeras tenían la consigna de, cuando iba a llegar un grupo observador, ponerles cobijitas rosas a los varones y azules a las niñas. Los resultados de la observación fueron los esperados. Los observadores se dejaron influir por el color de las cobijas y escribieron en sus reportes: "es una niña muy dulce", cuando era varón"; "es un muchachito muy dinámico", cuando era niña. El género de los bebés fue lo que condicionó la respuesta de las personas.” (Lamas, M., 1995, pág. 4)

la introduce en el terreno del lenguaje y del parentesco a través de la interpelación de género. Pero esa “feminización” no termina allí; por el contrario, las diversas autoridades reiteran esa interpelación fundacional a lo largo de varios intervalos de tiempo para fortalecer o combatir este efecto naturalizado. (pág. 26,27)

A pesar de mis adhesiones a Butler y además a Massó Guijarro (2013), quien también sostiene que “las criaturas” no tienen género al nacer (pág. 192), se verá que yo misma estoy otorgándoles un género al nombrarlas en este estudio como bebé/a sin escapar de la determinación que aportan mis representaciones también como madre deseante.¹⁶

Igualmente, es necesario destacar que las decisiones siempre están centradas en los adultos sin tener en cuenta las preferencias de los/as bebés como sería en este caso en relación con el género o la lactancia materna. Debemos reconocer que los/las bebés tienen preferencias que no pueden expresar y por ende no pueden ser actores políticos en la toma de decisiones (Massó Guijarro, 2013, pág. 183).

Breve recorrido histórico sobre el feminismo y sus posiciones sobre la lactancia

Me basaré en Dora Barrancos para poder expresar el devenir del movimiento feminista en la Argentina, desde sus comienzos en el siglo XX hasta la actualidad, para luego entroncar con su impacto en las concepciones sobre la lactancia materna. Si bien no es mi intención historizar en un marco teórico, en este punto se vuelve indispensable para comprender luego el vínculo de las distintas perspectivas del feminismo en relación con la lactancia.

Dora Barrancos (2014) sostiene que “[...] las mujeres no tendríamos derechos humanos si no fuera por la valía y la lucha de las propias mujeres”. El feminismo surge a fines del siglo XIX y principios del siglo XX; la afiliación de mujeres socialistas y llamadas “librepensadoras” impulsó cuatro demandas fundamentales: la remoción de la inferioridad civil, la obtención de mayor educación, el auxilio de las madres desvalidas y la cuestión del sufragio. Una vez terminada la Gran Guerra, algunas feministas sostenían que el voto debía ser universal. Dora Barrancos sostiene que:

[...] en buena medida la base argumental reposaba en la particular dignidad de las mujeres debido a su condición de madres, de modo que los primeros cauces feministas adoptaron la forma de *maternalismo* como una estrategia fundamental para la acción. La perspectiva de *maternalismo* fue común a la mayoría de los movimientos que reivindicaban la igualdad con los varones. (pág. 9)

¹⁶ Se trata de un tema complejo y en construcción, de crecimiento al ritmo de la actualidad de la vida (vivencial y conceptual), por lo que siento puedo incurrir en contradicciones involuntarias.

Luego de muchas luchas, en 1932 la Cámara baja aprobó el voto femenino. La primera vez que se votó fue en 1951, la concurrencia fue masiva y las mujeres consagraron el triunfo del peronismo.

A fines de los años 60 surge la segunda ola del feminismo y su lema fue lo “privado es político”, se comienza a debatir sobre las cuestiones de la vida privada. Durante esta ola se reconoce el trabajo doméstico como tal y no como una labor propia de las mujeres, el divorcio, el aborto, los hijos, la visibilización de situaciones de violencia y la patria potestad. A lo largo de esta ola las mujeres también comenzaron a ir a las universidades, a trabajar y participar de los movimientos sociales, estas son las características principales de la segunda ola.

Entre 1976 y 1983 la Argentina atraviesa la dictadura con mucha violencia, represión, desaparecidos, exiliados; pero fue un grupo de mujeres que los enfrentó reclamando por la aparición de sus familiares, son ejemplos por su trayectoria las Madres de Plaza de Mayo, a partir de ellas surgió Abuelas en busca de sus nietos apropiados. En la posdictadura hubo dos temas centrales en la agenda de las feministas, uno era el reconocimiento político y el otro la violencia doméstica.

“Más allá de las diferencias en el terreno político partidario, las feministas han apoyado dos leyes fundamentales: el matrimonio igualitario que permite el casamiento de personas del mismo sexo (2010) y la ley de identidad de género (2011) que permite tener la identidad civil de acuerdo con la identidad sexual/género subjetivo”. (Barrancos D. 2014)

El reciente logro de las feministas fue el 30 de diciembre de 2020 con la sanción de ley 27610 que:

[...] regula el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y la atención postaborto, en cumplimiento con los compromisos del Estado Argentino en materia de salud pública y derecho de las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar y a fin de contribuir a la morbilidad y mortalidad prevenible. (Congreso Legislativo de la Nación Argentina, 2020)

Para poder analizar las diferentes visiones del feminismo y vincularlas con la lactancia me he basado en las siguientes autoras Verónica Ocvirk, Ibone Olza, *et al.* y Ester Massó Guijarro.

Las corrientes feministas a lo largo de los años han tenido distintas miradas con respecto a la maternidad y la lactancia. Algunas posiciones han interpretado las diferentes formas de promoción de la lactancia como una presión para que las mujeres amamanten y otras voces

lo consideran un acto de esclavitud. “En los 60, (segunda ola) “la teta” empezó a tomarse como un obstáculo para la realización profesional y no por nada fue la época de auge de las leches de fórmula en las que muchas mujeres observaban una conquista” (Ocvirk, 2018, S/P).

Con el pasar de los años y las miradas de las distintas actoras, se fue creando la imagen de mujer, que en libertad y con la información necesaria decide amamantar y continúa trabajando. Ellas mismas son las que van sorteando los problemas y buscando alternativas como sacaleches, apoyo de familiares, amigos y reclamando que se cumplan sus derechos para poder amamantar y trabajar sin tener que ser reconocida como una gran “madre”. La lactancia debe empoderar a las mujeres para poder amamantar con libertad sin sentirla como un mandato (Ocvirk, 2018, S/P).

En la bibliografía feminista también podemos observar que se plantea que muchas mujeres relatan vivencias negativas que influyen a la hora de decidir cómo alimentar a su hijo/a. Dentro de las vivencias relatadas por las mujeres hay una íntima relación con el modelo médico que promociona la lactancia materna destacando los benéficos para la mujer, el/ la bebé, técnicas de amamantamiento para lograr éxito, no teniendo en cuenta las vivencias de las mujeres, favoreciendo un juicio moral hacia la imagen de madre y desestimando la capacidad de las mujeres de tomar decisiones con la información recibida (Olza, 2017 págs. 218-219).

Al mismo tiempo, como dice Olza, *et al.* (2017) siguiendo a Massó Guijarro, desde algunas perspectivas feministas, “[...] se considera a la disminución de las tasas de lactancia como una forma de desempoderamiento de la mujer ejecutada desde la alianza del patriarcado y el capital y no como un logro feminista” (pág. 218).

Massó Guijarro (2013 b) plantea que la “[...] descolonización del pensamiento presenta la descolonización del imaginario que supone el reconocimiento del deseo lactante, presente en la corporalidad lactante” (pág. 520). Para la autora, una forma evidente de descolonización es el movimiento sociopolítico del lactivismo por varias razones: en primer lugar, [porque como transcribía en el apartado anterior] la lactancia materna, como campo de estudio, es útil para cuestionar la visión occidental “naturaleza-cultura” y “emoción-racionalidades”, ya que es en sí misma una realidad *biocultural* y en segundo lugar la lactancia materna pertenece al relato patriarcal sobre la maternidad en toda la historia del pensamiento occidental (pág. 520).

Consideraciones acerca de la lactancia y el debate natural/social

Incorporo la cristalización del mencionado debate en este primer apartado porque creo es necesario introducirse en él inicialmente para poder navegar claramente por este estudio.

Cristina Palomar Vereza (2005) quien analiza la maternidad desde la cultura y la historia, dirá: “las madres tienen una historia y, por lo tanto, la maternidad ya no puede verse como un hecho natural, atemporal y universal, sino como una parte de la cultura en evolución continua” (pág. 40).

Y agrega que debemos considerar que “la maternidad no es un hecho natural” sino que está influenciada por las normas sociales vigentes, por eso la autora considera que es una “creación cultural multideterminada” (pág. 36).

Por otro lado, debemos asumir que la lactancia materna ha sido considerada un hecho natural y necesario para la alimentación de los bebés/as, aunque de acuerdo a cada época y contexto sociocultural han tenido diferentes significados para las sociedades (Rodríguez García, 2015, pág. 410)

Por último, incorporo construcciones de Esther Massó Guijarro (2013 a), quien manifiesta:

De hecho, me hallo trabajando en la cuestión con la intención de superar, por un lado, la dicotomía naturaleza-cultura en relación a la lactancia materna y, de otro lado, la falacia naturalista que supone afirmar que la lactancia materna sea buena porque sea “lo natural”. Tales asertos evidencian, a mi entender, uno de los puntos que llevo afirmando en este trabajo desde el inicio: la falta de estudios solventes sobre la lactancia materna desde enfoques humanistas y de ciencia social cimentados con una epistemología potente en éticas aplicadas. (pág. 189)

La Autora (2013 b) sostiene:

Por qué la lactancia no haya sido objeto de estudio de la filosofía se debe, a mi juicio, principalmente a dos razones. La primera y fundamental, el sistema social del patriarcado (y el androcentrismo en el pensamiento): algo tan propio y específico de mujeres, especialmente de cuerpo de mujeres (es decir su naturaleza), no es ni puede ser un asunto de interés filosófico, per se. Punto: se trata de la naturaleza, no hay más que hablar. Veremos, sin embargo, que la lactancia humana es cultural, como todo lo humano, y limitarla a la naturaleza supone un reduccionismo. (pág. 519)

[...] la lactancia materna supone, en tanto que campo de estudio, una encrucijada interseccional especialmente útil para cuestionar las dicotomías occidentales básicas “naturaleza-cultura” y “emociones-racionalidades”, ya que en sí misma implica una realidad biocultural donde las pulsiones y los deseos se vinculan intrínsecamente a las racionalidades, políticas y narrativas culturales vigentes en cada época (de cuño

patriarcal la mayor de las veces, por supuesto, en contextos occidentales). Permite, así también, repensar muchos lugares comunes del feminismo. (pág. 520)

A esta altura debemos considerar que la cultura e historia tienen un lugar central en el interior de las no aislables dimensiones biológicas y sociales según la esencia de la determinación social de la salud. Y si observo los aportes de los tres referentes, entiendo que desde la misma línea cada una profundiza singularmente el debate. Aun así, Massó Guijarro es quien trabaja desde profundizaciones exquisitas.

Condiciones de vida y lactancia: Entre lo concreto y lo simbólico, entre lo simbólico y lo concreto desde la pregunta de esta tesis

Comienzo aclarando que, para hablar de las condiciones concretas y simbólicas, -de orden socioeconómico/laboral, cultural, subjetivo, familiar, físico/corporal y político institucional del sector salud, que tantas veces mencioné en la introducción, en la pregunta de investigación y en el apartado hipotético, debo marcar que las interpreto desde el marco de la corriente de pensamiento *Determinación Social de la Salud y de la vida*. Para ello resulta paradigmático trabajar desde la posición de Jaime Breilh quien sostiene que pensar la salud determinada socialmente es pensar “la salud como un proceso dinámico, complejo” que no puede analizarse sin tener en cuenta su construcción histórico-política. Es necesario tener una visión de la salud en su complejidad, no debemos analizar solo los aspectos de la vida individual, sino que se deben tener en cuenta las tres dimensiones no escindibles de la salud, la dimensión general, la particular de los grupos y la individual de las familias. El grupo social tiene una lógica de desarrollo. Entonces, para analizar la población se deben tener en cuenta esas tres dimensiones de la salud: la dimensión general que implica una estructura socioeconómica que nos brinda la lógica de la sociedad. Las dimensiones generales son las que nos van a enmarcar las dimensiones particulares de los grupos, que son los diferentes modos de vivir de la población que cristalizan en la salud. Aludir a los modos de vivir es referirse a los modos de trabajar, de vivir, de construir su identidad, de consumo, de calidad ambiental, etc. La tercera dimensión que debemos tener en cuenta para evaluar la salud es la dimensión singular de las familias (Breilh, 2013, a y b).

La determinación social de la salud implica un proceso en continuo movimiento, por tanto, dialéctico. De alguna manera pretendo vincular las dimensiones tratadas en este apartado desde esa lógica.

A continuación, desarrollaré cuestiones conceptuales vinculadas a la lactancia materna, respetando las tres dimensiones de la determinación social de la salud y teniendo en cuenta las condiciones enumeradas en la pregunta de investigación. Cabe aclarar que es complejo poder limitar las condiciones a alguna dimensión en particular, ya que como tesista

considero que es un proceso dinámico que está en continuo movimiento de relacionamiento macro-micro social. Aun así, se ubican las condiciones en juego en las distintas dimensiones de la perspectiva de Determinación social de la salud y de la vida para facilitar su exposición y entendiendo con Breilh¹⁷ (2010) cuando parafrasea a -Carlos Marx-, que:

[...] entre la parte y el todo, entre lo micro y lo macro, entre la realidad social y epidemiológica de las personas y la realidad social y epidemiológica colectiva hay un movimiento de determinación de dos vías: el todo tiende a reproducir las condiciones existentes en lo colectivo y la parte tiende a generar, a provocar cambios en la totalidad y, a la final ese movimiento es el que determina. (pág. 103)

Primera dimensión: general

Capitalismo, Políticas Públicas y Lactancia. La alimentación infantil no solo se basa en temas de salud, sino también en intereses sociales y económicos.

Debemos mencionar también que el capitalismo se aprovechó de que distintos/as actores/as sociales se encontrarán debatiendo sobre el lugar de la mujer e introdujo y publicitó los productos lácteos artificiales, resaltando beneficios tanto para el/la bebé como para la mujer, ya que le otorgaría mayor libertad (Rodríguez García, 2015, pág 424). Radica aquí una trampa.

Resulta interesante en relación con mi estudio y para abordar condiciones del capitalismo atravesando la lactancia materna, el estudio de Fernando Vallone del año 2009, titulado *Pequeños grandes clientes. La publicidad de sucedáneos de la leche materna en dos revistas pediátricas de Argentina entre 1977 y 2006*. Según el autor, los discursos médicos han ido marcando el camino de los intereses económicos, uno de los casos fue la revolución industrial que impulsaba la incorporación de mano de obra femenina, destacando el trabajo productivo sobre el reproductivo. También a través de la recomendación de distintas técnicas de alimentación como era el tiempo de alimentación y de intervalos rígidos, la balanza como estricto valor del crecimiento, si no se cumplía era porque el niño se quedaba con hambre y había que darle leche de fórmula. Para Vallone, la capacidad de la mujer que amamantaba se puso en duda y fue también una de las causas que hizo que el acto de amamantar sea cuestionado científicamente y se transforme en algo difícil y estresante para las familias (pág. 88).

No podemos dejar de mencionar, al interior del capitalismo, las infinitas políticas, tácticas y estrategias que utilizan las fábricas de leches de fórmula para poder llegar a sus clientes, los/as bebés y su familia, a lo largo de los años y en los distintos países. Debemos remarcar

¹⁷ Entonces alejada de cualquier perspectiva reduccionista que convierta la dimensión ya detallada en variable o factores (Breilh, 2013b).

que uno de sus intermediarios es el personal y más específicamente la pediatría, quienes a través de sus recomendaciones indican la leche de fórmula. Las grandes empresas ofrecen a cambio becas, subsidios, congresos, pos-títulos, en lugares prestigiosos o en cruceros lujosos. Es importante mencionar que las propagandas o afiches y las donaciones de muestras de leches de fórmulas a los hospitales, clínicas y farmacias son otras de las estrategias utilizadas para llegar a las mujeres y sus familias (Vallone, 2009, pág. 90).

A pesar de los grandes intereses que han circulado alrededor de las leches de fórmula, se implementaron políticas públicas con el fin de regular su comercialización.

En 1981 La Organización Mundial de la Salud adoptó El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, y lo recomendó a todos los Estados miembros, instando a los Gobiernos a adoptar las normas del Código a la legislación nacional a fin de garantizar que los sucedáneos de la leche materna, tetinas y biberones no sean comercializados o distribuidos de tal modo que obstaculicen la protección, promoción y apoyo de la lactancia natural (UNICEF, 1997, pág. 2).

La finalidad era asegurar que las mujeres reciban información adecuada por parte del equipo de salud.

Entonces, según el mencionado código, la industria de alimentos infantiles no debe: dar suministros gratuitos de leches a los hospitales; promover sus productos al público o al personal de la salud; utilizar imágenes de bebés en sus leches, biberones o tetinas; dar regalos a las mujeres o trabajadores de la salud; dar muestras gratuitas de sus productos a la familia; promover alimentos infantiles o bebidas para bebés menores de 6 meses de edad; las etiquetas deben estar en un lenguaje comprensible para la mujer y deben incluir advertencias sobre las consecuencias de su utilización para la salud. (IHAN, 2015, S/P)

No obstante, el auge de las leches de fórmula, a partir de siglo XX (1979) hay una preocupación por recuperar la lactancia materna debido a las altas tasas de morbilidad y mortalidad. La desnutrición, el sobrepeso y la malnutrición atacan a toda la población. La OMS y Unicef declaran “La lactancia materna en el decenio 1990” cuyo componente principal eran “los diez pasos a favor de la Lactancia Natural”. En 1991 propusieron “La iniciativa Hospital Amigo del Niño”, que se implementó en Argentina a partir de 1992 (Porporato, 2014, S/P).

Este tipo de estrategias internacionales de alcance nacional, en base a cómo sean abordadas por las instituciones y equipos de salud, pueden ser propiciadoras de prácticas adecuadas o impulsadoras de mandatos invasivos.

Cabe acotar que, como sostiene Marton y Echanzu (2010):

La naturalización de la lactancia y su promoción a toda costa, incluso sin tener en cuenta los deseos de la madre, se convierte en una práctica cercana al concepto de violencia simbólica de Bourdieu (2000:12), ya que los profesionales de salud ponen en tela de juicio la decisión de la mujer, lo que en cierta forma le hace sentir culpable del no amamantamiento. (En Rodríguez, 2015, pág. 416)

Es entonces que podría pensarse que fuera de toda invasión “iatrogénica” y si las condiciones están dadas a la hora de las prácticas del sector salud, las mujeres también pueden ser acompañadas en el develamiento de esa decisión. Y también pueden serlo cuando deciden no amamantar o -como en el caso de este estudio, cuando deciden interrumpir la práctica total o parcialmente- en instancias en que no tienen la oportunidad de leer si se trata de una elección o de una imposición de las presiones de los dictados capitalistas a la hora de la vida cotidiana; o bien si -aun teniendo registro- se encuentran ante una decisión “forzada” frente a la impermeabilidad del modelo¹⁸ (Rodríguez García, 2015, pág. 415).

Es decir, el debate es complejo, ya que el mismo sistema que “introdujo” a la mujer en la casa para salvaguardar la reproducción cotidiana es el que la “empujó” al mercado laboral, ambos procesos con sus implicancias sobre la lactancia.

Y también es posible pensar que correrla del mandato no es simplemente que las mujeres dejen de amamantar cuando lo descubran, sino acompañar -en los casos posibles-, el pasaje del mandato al placer de amamantar, si así lo eligen en la trama de la evaluación de sus condiciones de vida (Massó Guijarro, 2015).

Pensemos ahora en la relación, macro-micro social, a la hora del contenido de las políticas públicas.

Como refiere María Pozzio (2010) “Llamamos política de salud a todo lo que los estatales hacen, es decir a los programas que implementan como a su labor asistencial” (pág. 32). Basándome en Pozzio también puedo afirmar que las políticas de salud en todos los niveles de atención son llevadas a cabo por el personal sanitario replicando los programas de salud y son reinterpretadas por las mujeres quienes con la información recibida van respondiendo a un modelo que tiene como destinatarios a las mujeres y sus hijos/as (pág. 172).

Por lo tanto, una de las funciones del estado es identificar los problemas, definir cuál es la población vulnerable y a partir de allí definir políticas públicas para solucionar los

¹⁸ Al mismo tiempo, más allá de la contemplación, a las/os profesionales nos corresponde visibilizar los avasallamientos, pero esto es motivo de otro estudio y/o se dirime en el terreno de las prácticas cotidianas con las mujeres involucradas.

problemas, y es el personal de salud quien ejerce una micropolítica en su relación con el paciente, cuyas prácticas están inspiradas en las Políticas de Salud y en la Atención Primaria de la Salud.

Para poder evaluar el sistema de salud y las políticas que se llevan a cabo me basaré en Ana Paula Méndez de Miranda (2005) quien describe la relación estrecha entre la micro y macro política:

Al analizar los servicios de atención de las distintas instituciones hospitalarias debemos tener en cuenta la formación profesional, las trayectorias individuales y laborales, las ideologías de las personas que llevan adelante las políticas de salud. Todo esto nos muestra la importancia de las relaciones personalizadas y de las maneras de los agentes estatales a la hora de promover o impedir una política, un modelo de atención, un modelo de gestión, un tipo de Estado. (En Pozzio, 2011, pág. 76)

Entonces, si consideramos que la maternidad sé práctica y representa de modo diferente según el lugar de cada uno en la sociedad, es menester tener en cuenta cómo, en dichas prácticas y representaciones, se filtran los modos en que el Estado construye una imagen legítima del “ser madres” y “mujeres” (Fraser, 1997; Zaremborg, 2007, en Pozzio, 2011, pág. 48).

Es así que entiendo con María Pozzio (2011) que “Como sostiene Bourdieu (Bourdieu 1997, pág. 91) uno de los poderes más importantes del Estado es justamente este, el de definir, producir e imponer ciertas categorías que aplicamos a todo en lo que el mundo hoy, incluso al propio Estado” (pág. 36).

De alguna manera, en este apartado pretendí mostrar algunas de las dimensiones que actúan en las relaciones entre políticas internacionales y nacionales, entre los discursos, prácticas institucionales y miembros/as del equipo de salud, con la finalidad de que me ayuden a revisar nudos de mi estudio.

Condiciones de orden socioeconómico y laboral. En una primera instancia me referiré a cuestiones de normatividad y trabajo y seguidamente a la posición de Silvia Federici en relación con el capitalismo, el trabajo asalariado y reproductivo desde una perspectiva de género.

En términos de normatividad, en la Argentina se cuenta con la ley N° 20.744 de Contrato de Trabajo (y sus modificatorias) que protege a las mujeres durante el embarazo y la lactancia en relación a los descansos que deben otorgársele para poder amamantar. Esta Ley, en su

Capítulo II Artículo 179, se ocupa de la protección de la mujer que amamanta al finalizar su licencia por maternidad. Para eso, establece lo siguiente:

Toda trabajadora madre de lactante podrá disponer de dos (2) descansos de media hora para amamantar a su hijo, en el transcurso de la jornada de trabajo, y por un período no superior a un (1) año posterior a la fecha del nacimiento, salvo que por razones médicas sea necesario que la madre amamante a su hijo por un lapso más prolongado. (Mangialavori, y otros, 2017, pág. 7,8)

En la Argentina, además se cuenta con la Ley N.º 26.873, de Lactancia Materna; Promoción y Concientización Pública, que en el artículo 4 inciso “t” promueve la creación de “Espacios Amigos de la Lactancia”, es un espacio limpio, cómodo y de uso exclusivo para que las mujeres puedan extraer y conservar su leche (Mangialavori, y otros, 2017, pág. 8).

En las sociedades posindustriales resulta casi imposible que una mujer amamante y trabaje debido a la poca flexibilidad de la producción capitalista. Cuando se realiza la distinción del espacio público y privado, la lactancia materna se lo considera dentro del ámbito privado, doméstico, por lo que tiene menor prestigio social que lo público (Massó Guijarro, 2013, pág. 172).

Según la primera Encuesta Nacional sobre Lactancia y Trabajo que la Liga de la Leche Argentina (LLLA) en Argentina,

[...] un 77% de las mujeres asegura que es “bastante difícil” combinar trabajo y lactancia, y son las que se emplean en fábricas las que mayores dificultades manifiestan. Una de cada tres mujeres está convencida de que la lactancia limita sus posibilidades de desarrollo profesional. Una de cada cinco considera que la lactancia puso en riesgo su trabajo. Ocho de cada diez declaran que no existe en sus lugares de trabajo un lugar asignado para extraerse la leche, número que desciende aún más entre docentes y mujeres empleadas en atención al público. Siete de cada diez lo hacen en el baño. La mayoría no tiene dónde sentarse. Y según cuatro de cada diez el lugar es sucio. Tres de cada diez no tienen acceso a una heladera en la que puedan conservar la leche. (Ocvirk, 2018, S/P)

A su vez, pensemos en las mujeres que se desempeñan laboralmente desde la informalidad, ellas no tienen cuentan con derechos, entre ellos los de protección de la lactancia y deben volver rápidamente a su trabajo para no perder su empleo. Según la OMS, las licencias por maternidad breves aumentan un 400% la posibilidad de no amamantar o destete precoz (OPS/ OMS, 2015, pág. 4).

Quiero referirme ahora a una forma de interpretar la vinculación entre el trabajo de la mujer y las prácticas de lactancia. Me baso para eso en la visión de Silvia Federici una pensadora y activista feminista quien analiza el capitalismo, el trabajo asalariado y reproductivo desde una perspectiva de género.

La autora plantea que “las mujeres estamos en un periodo en el cual se está desarrollando un nuevo tipo de patriarcado, en el cual no solo son amas de casa, pero en el que los valores y estructuras sociales tradicionales aún no han cambiado” (Federici, 2015, S/P).

Como dice Silvia Federici (2015) El trabajo asalariado no logra la liberación de nadie. “La liberación está dada por lograr la igualdad de oportunidades que los hombres, pero ha estado basada en un malentendido fundamental sobre el papel del trabajo asalariado en el capitalismo”. Al mismo tiempo, plantea que las mujeres “[...] han conseguido más autonomía respecto de los hombres, no respecto del capital” (S/P).

Sostiene que hay que tener cuidado con el concepto de igualdad, con el que en general no se puede estar en contra, pero “[...] decir que solo luchamos por la igualdad es decir que queremos la explotación capitalista que sufren los hombres” (Federici, 2015, S/P).

Continúa diciendo que el trabajo de las mujeres fuera del hogar ha cambiado la dinámica en los hogares, ya que las mujeres tienen menos tiempo para realizar otras actividades como participar de reuniones sociales, movimientos sociales y políticos. Sostiene la autora que el capitalismo devalúa el trabajo reproductivo y doméstico para valorar la producción. Las mujeres son una clase trabajadora en los distintos ámbitos de su vida, por lo que deben luchar por un reconocimiento de su trabajo y por sus derechos (Federici, 2015, S/P).

“El trabajo que la mayoría de las mujeres hacen en el mundo, que es el trabajo reproductivo y doméstico, es ignorado” (Federici, 2015). El trabajo doméstico asalariado es una forma de liberar a las mujeres y de otorgarle igualdad de posibilidades que a los hombres. Esto no significa que las mujeres deben quedarse en los hogares y se les debe pagar por su trabajo sino al contrario pone en igualdad de condiciones a los hombres y mujeres, ya que cualquiera podrá realizarlo debido a que recibirá una paga a cambio. Es necesario desnaturalizar el trabajo doméstico, reivindicarlo y proponer nuevas formas de organización para lograr mejoras salariales y dejar de ser una explotación de las mujeres que lo ejercen (Federici S/P).

Segunda dimensión: particular de los grupos

Condiciones de orden institucional de salud: el peso del Modelo Biomédico en las prácticas de lactancia y la contrapartida de la autoatención. Existen diversos modelos de atención del sistema de salud para poder dar respuesta a los procesos de

salud/enfermedad/atención, los cuales son evaluados en forma aislada sin tener en cuenta las prácticas y representaciones de las personas que concurren a dichas instituciones.

Para poder realizar una evaluación de los distintos modelos y su relación en la atención médico/paciente me basaré en Menéndez, Eduardo.

Menéndez (2003) sostiene:

El modelo médico hegemónico es un conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de la medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII logró dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el estado. (pág. 83)

El *modelo biomédico* empodera el saber médico por sobre la comunidad, condiciona al personal de salud para poder conocer las dimensiones sociales, las diversas culturas y creencias populares de la comunidad, y por ende dificulta la creación de programas de atención de las mujeres y sus niños/as, ya que las recomendaciones que se les darán están muy alejadas de sus prácticas cotidianas y creencias.

De hecho, Eduardo Menéndez (2009) agrupa las características del Modelo Médico Hegemónico en siete bloques:

[...] a) concepciones teórico/ideológicas dominante (división cuerpo/alma, biologismo, evolucionismo, énfasis en lo biológico, individualismo); b) exclusiones (ahistoricidad, a-socialidad, a-culturalidad, exclusión del sujeto); c) relación instituciones médicas/paciente (asimetría, exclusión del saber del paciente, el paciente como construcción, medicalización de los comportamientos); d) el trabajo médico (dominio del trabajo clínico asistencial, diagnóstico y tratamiento basados en la eliminación del síntoma, concepción de la enfermedad como ruptura y desviación); e) pragmatismo médico; f) autonomía médica (profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica); y g) la enfermedad y la salud como mercancías. (págs. 41-42)

Un ejemplo de las características desarrolladas anteriormente es cuando los/as profesionales de salud juzgan como incorrectas o peligrosas diferentes acciones que realizan las mujeres sobre la lactancia materna, que fueron transmitidas transgeneracionalmente por lazos familiares. Las mujeres frecuentemente realizan prácticas tradicionales para favorecer la producción láctea que son desaconsejados por los médicos por no ser reconocidos por la biomedicina.

También en muchas ocasiones si no aumenta la producción de leche, la mujer recurrirá ansiosa y angustiada a la consulta con profesionales de la pediatría o personal de salud, quienes pesarán a su bebé/a y le dirán si su leche es suficiente para alimentarlo. En el mejor de los casos le explicarán a la mujer que la cantidad y composición de la leche materna varía adecuándose a las necesidades nutricionales del/la bebé/a, que todas las mujeres no producen la misma cantidad de leche (Rodríguez García, 2015, pág. 412).

En muchas ocasiones el personal de salud ignora las trayectorias de la persona, ya sea por la falta de tiempo debido a las tareas burocráticas que debe realizar o por una estigmatización a las otras formas de autoatención que no pertenecen a lo biomédico, por lo tanto, se las excluye. Cada curador usa la información que adquiere durante la relación médico/a- paciente y no trata de averiguar la red de relaciones que el paciente ya realizó o estableció. Toda persona cuando acude a la consulta ya viene con criterios previos que el médico no pregunta. El personal de salud debe tener en cuenta los criterios de autoatención y/o prevención que el paciente tiene para a partir de ellos incentivarlo a incorporar otros criterios que puedan tener mejor eficacia, sin desestimar los conocimientos previos. (Menéndez, 2003)

En relación con el concepto de *autoatención*, me basaré nuevamente en Eduardo Menéndez (2003), ya que la define como la combinación de varias formas de atención que emplean las personas para poder solucionar su padecer, no solo acciones de tipo biomédico, sino todas las que se llevan adelante para prevenir, controlar, aliviar y tratar su problema de salud.

[...] la Autoatención constituye no solo la forma de atención más constante sino el principal núcleo de articulación práctica de las diferentes formas de atención, la mayoría de las cuales no pueden funcionar completamente sino se articula con el proceso de autoatención. (Menéndez, 2003, pág. 191)

La diversidad de las formas de autoatención está dada por las diferentes características sociales, por las condiciones religiosas, étnicas, políticas, económicas y científicas. Demás está decir que se las considera contrarias a la biomedicina por el sistema oficial.

En definitiva, entiendo cómo pertinente incorporar el término autoatención, ya que las mujeres que deciden amamantar realizan diferentes prácticas, antes de concurrir a la consulta médica, para poder seguir manteniendo la lactancia materna cuando presentan alguna complicación. En muchas ocasiones pueden sentirse juzgadas por el personal de salud al no poder seguir amamantando.

Por lo tanto, todas las prácticas que realizan las mujeres para poder solucionar los problemas que surgen durante el amamantamiento antes de consultar a una institución

hospitalaria se podría entender como un proceso de autoatención. Dicho proceso comienza en el hogar, donde tienen que tomarse decisiones de cómo solucionar un padecer propio o de algún integrante de la familia, en muchas ocasiones se usan remedios caseros, uso de algún objeto protector que fue transmitido por familiares o amigos de generación en generación, utilización de algún medicamento que fue recetado en otro momento.

Por otra parte, algunas de las mujeres que amamantan presentan diversidad de signos y síntomas que no saben cómo solucionarlos, por lo que recurren a los blogs o foros lactivistas en páginas de internet donde le brindan consejos e información relacionada con la lactancia materna.

Condiciones del orden de la subjetividad. Me referiré en este apartado al tan mencionado *empoderamiento*, a las cuestiones alrededor de la decisión de amamantar, a los llamados mitos y a las creencias vinculadas a la lactancia.

El *empoderamiento* se considera como un ejercicio de ciudadanía activa que promueve desde lo educativo, lo cultural, lo político y lo cotidiano, la resocialización de las mujeres desde un punto de vista feminista. Los procesos de educación y participación social de las mujeres que fomentan pueden ser vistos “como [una] estrategia de crear conocimientos para la resocialización y de-construcción de su identidad en el camino hacia su empoderamiento personal y como sujeto social y político”. (Camacho de la O, 2010)¹⁹

El empoderamiento es entonces la habilidad para transformar las “acciones” en “recursos”, y esto se logra articulando las posibilidades del actor con las oportunidades que pueda brindar la estructura social. En esta interpretación, empoderamiento puede entenderse como el proceso externo que “cataliza” la oportunidad y hace que ciertas acciones se conviertan en “recursos” (Pozzio, 2010, pág. 3).

Para poder evaluar el empoderamiento de las mujeres [que amamantan] debemos realizar un análisis de los actores para poder comprender su visión, ya sea desde la satisfacción de necesidades prácticas o la satisfacción de necesidades estratégicas (Pozzio, 2010, pág. 3).

Siguiendo a Pozzio (2010) cuando en relación con la vinculación entre los saberes científicos y de las actoras se inspira en Soprano (2006), puedo conducir ese análisis a la dñada emancipación y amamantamiento.

El logro del empoderamiento de las mujeres se debe dar en todos los ámbitos de su vida, ya sea en el trabajo, en la socialización y dentro de su hogar. Con respecto a la lactancia materna, considero que las mujeres deben recibir información y se le deben ofrecer

¹⁹ En Pozzio, María, *Empoderamiento: del punto de vista de los estudios de género al punto de vista del actor*, 2011, pág. 3.

condiciones dentro del sistema de salud que favorezcan su autonomía y faciliten la toma de decisiones con la información y herramientas de ayuda disponibles.

En relación con la idea *decisión*, es necesario no incorporarla con ligereza.

Las mujeres tenemos que tener la libertad de elegir como alimentar a nuestros hijos, contando con la información necesaria y sin sentir culpa, miedo o vergüenza por la decisión que tomemos.

Así mismo, cuando las mujeres deciden amamantar lo hacen basándose en los procesos de socialización que se van dando a lo largo de la vida, pero también esta decisión puede ir cambiando debido al contexto social en el que esté la mujer durante el amamantamiento.

Por lo tanto, encuentro al concepto de *habitus* útil para que me ayude en este estudio a profundizar teóricamente acerca de las formas deliberadas o no de asumir la lactancia.

Según Tovillas (2010), quien se apoya en Bordieu, el *habitus* se encuentra ligado al espacio social y entiende el *habitus*, como “la interiorización de la exterioridad” dada por el mundo familiar y las socializaciones que le suceden, y la “exteriorización de la interioridad”, es la sociedad en el cuerpo y la mente, aquello que hace posible la percepción, la apreciación y la acción social para los sujetos. Dicho habitus es inculcado por un contexto social particular. En palabras del propio autor, el habitus es una “subjetividad sociabilizada” (pág. 76).

Los habitus están compuestos por disposiciones internas, esto es inclinaciones a percibir, sentir, hacer y pensar de un cierto modo, interiorizadas e incorporadas de manera no consiente por cada individuo, por estar inserto en determinadas condiciones objetivas de existencia y como consecuencia de una particular trayectoria social. Son transferibles debido a que estas disposiciones adquiridas en el transcurso de nuestra experiencia práctica tienen efectos sobre otras esferas (desde lo familiar a lo profesional, por ejemplo). (Bourdieu, 1990, pág. 97)

Condiciones de orden cultural y lactancia. La lactancia materna es un fenómeno que va más allá de una mujer que alimenta a su bebe/a con leche, sino que además está influenciada históricamente por las distintas sociedades y culturas. Introduciéndome en el terreno de los *mitos* y *creencias* y para poder comprender las concepciones de las mujeres y sus familias y las significaciones transfamiliares (de mujer a mujer entre generaciones) frente a la lactancia, me basaré en los siguientes autores: en la Antropóloga Sánchez Molinaro quien analiza los distintos tipos de mitos y su influencia en la mujer, Pierre Bourdieu quien define las creencias y por último en Eduardo Menéndez que hace referencia

a los cuidados preventivos que tienen las personas y el reconocimiento del personal de salud.

De cualquier manera, en principio, aclararé qué entiendo por mito “El mito es una representación imaginaria de aquella parte de la realidad cuya lógica se desconoce, y cuya amenaza necesitamos conjurar para poder alcanzar esa mínima sensación de seguridad que compense la ansiedad que, de otra manera, absorbería nuestras vidas”. (Hernando, 2002, pág. 89). Es decir que en este trabajo no es tomado simplemente como lo “no verdadero”, sino como saberes que se transmiten a través de las generaciones para tratar los “padeceres” que les surgen a las mujeres durante el amamantamiento.

Pierre Bourdieu (2007) sostiene que “La creencia, pues, es constitutiva de la pertenencia a un campo” (pág. 109). “La creencia en actos, inculcada por los aprendizajes primarios, [...] tratan al cuerpo como una ayuda memoria, como un autómeta que lleva su espíritu sin que él piense en ello” (pág. 111).

Ahora sí, y ya enfocándome en el recorte de este estudio, diré con Sánchez Molinaro (2014):

Curiosamente, los mitos y aquello que llamamos “falsas creencias”²⁰ pueden encontrarse en todos los estratos sociales, en todos los niveles económicos y culturales, y en todas las franjas de edad. Su “peligro” reside en su alta capacidad de “penetración” en un momento de gran permeabilidad e inseguridad como es el postparto. En ocasiones afectan a aspectos meramente “anecdóticos” y son digamos “inofensivas”. Situándonos en el tema de este estudio, podemos encontrarnos, siguiendo también con creencias y convicciones, que son realmente capaces tanto de: 1. Minar la frágil confianza de la mujer recién parida en su capacidad de alimentar correctamente a su hijo 2. Interferir y dificultar la instauración de una lactancia materna eficaz y placentera. (pág. 1)

La lactancia materna ha sido una preocupación de todos los grupos sociales a través de los años, las abuelas transmitían sus vivencias y las que habían heredado de sus familiares con la finalidad de garantizar la alimentación de las/os niños/as.

Ahora bien, siguiendo a Eduardo Menéndez (2003) y teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, debemos considerar que “los conjuntos sociales manejan saberes preventivos no solo para las enfermedades denominadas tradicionales, sino también para aquellas que se reconocen como amenazantes” (pág. 125).

Por lo mencionado anteriormente es que se considera necesario un cambio en la mirada de las políticas de salud y del personal que brinda atención (Menéndez, 2003, pág. 206).

²⁰ Merece un profundo análisis que excede este estudio.

El reconocimiento de estos procesos por el personal de salud supondría un cambio radical en la perspectiva salubrista, pues asumiría que los conjuntos sociales no carecen o son reacios a la prevención, dado que producen y utilizan saberes preventivos de la vida cotidiana. Reconocería que, si bien los sujetos o grupos suelen rechazar determinadas concepciones y prácticas preventivas, ello no significa que se opongan o utilicen saberes preventivos. (Menendez, 2003, pág. 123)

Tercera dimensión: dimensión individual de las familias

Condiciones de orden familiar y lactancia. Al teorizar en este punto me ubico en el grupo conviviente de la mujer que amamanta. Hay estudios (Abraham et al, 2014; Waldheim de Arizu, 2810) que muestran que la pareja tiene mucha influencia al momento de decidir amamantar o de continuar una vez comenzada con la práctica. Solemos escuchar en estudios como los mencionados que es muy importante incorporar a la pareja y familiares desde el embarazo para apoyar y acompañar a las mujeres en el amamantamiento. Los estudios sostienen que el acompañamiento emocional y el apoyo cotidiano pueden favorecer la lactancia materna hasta el sexto mes. En el terreno de lo deseable también nos encontramos con afirmaciones como las de La Sociedad Argentina de Pediatría, cuando afirma que los roles en las familias tradicionales han ido cambiando y los cuidados son brindados a los/as niños/as por mujeres y varones. Sostienen que cuanto más acompañada y contenida esté la mujer en la crianza y alimentación del/la bebe, más exitosa va a ser la lactancia materna (Subcomisión de lactancia materna, 2015, S/P).

Aun así, sabemos que la construcción de las condiciones de apoyo puede no ser propiciadas en situaciones de sesgos patriarcales y/o de tensiones intersubjetivas y/o de conflictividades marcadas por la pobreza y la exclusión.

Para mi trabajo se vuelve oportuno trabajar con dos conceptos desde los que recogí las dinámicas del amamantamiento y de su interrupción pensando en los grupos familiares/ sociales, me refiero a la idea de *cuidados familiares* con relación al que Valeria Esquivel (2012) plantea “[...] la dimensión del cuidado abre un espectro analítico amplio, que obliga a trascender el espacio de la esfera privada [...]” (pág. 37) y a la idea de familia entendida como lo hace Elizabeth Jelin 2012:

La familia se constituye y acota en función de sus interrelaciones con las demás instituciones sociales; nunca fue ni podrá ser un espacio ajeno a, o aislado de, las determinaciones sociales más amplias. En este sentido, la familia y la domesticidad no constituyen un mundo “privado”. Más bien, el mundo privado e íntimo de cada sujeto social se construye a partir de las relaciones y controles sociales dentro de los cuales se desarrolla su cotidianidad. (pág. 69)

Considero de relevancia hacer hincapié sobre la relación sexual-genital de las parejas, ya que es preocupación de muchas mujeres y tomaré como referencia a Ester Massó Guijarro (2013).

Ella dirá, “Embarazo, parto y lactancia han sido espacios privilegiados de confinamiento simbólico y de control corporal y social sobre las madres” (pág. 522). Estos momentos en la vida de las mujeres influyen en su vida sexual y en la de su pareja. La lactancia es un periodo de ‘exterogestación’²¹ y es tan sexual como la gestación, en estos periodos por los que atraviesa la mujer en ocasión experimenta vivencias de negación a la vida sexual o incluso similares a la menopausia, lo que fue una de las causas de la lactancia mercenaria, ya que debían seguir teniendo hijos por mandato social y patriarcal. Durante la lactancia hay un acercamiento emocional y físico con el/la bebe, lo que en la mayoría de las mujeres ocasiona una disminución casi total del deseo sexual-genital con su pareja adulta. Muchas veces las mujeres sienten temor a que la obturación sexual ocasione problemas con su propia pareja (Massó Guijarro, 2013 b, págs. 522-525).

Condiciones de orden físicas/ corporales vinculadas a la lactancia. En principio me referiré a las características, complicaciones usuales y contraindicaciones y posteriormente a cuestiones nutricionales de las mujeres que amamantan.

Pero antes quisiera decir que esas cuestiones físicas se materializan en cuerpos, al igual que las condiciones sociales e institucionales a que me refería con anterioridad.

En término de las complicaciones es necesario identificar las condiciones biológicas que ponen en riesgo de fracaso a la lactancia materna, como son: nacimientos prematuros, nacimientos múltiples, la separación entre la mujer e hijo/a por razones médicas, mujeres con pezones planos o invertidos o malformaciones del/la bebé que afecten a su habilidad para mamar.

Alrededor de los tres meses de vida, puede aparecer el bache de la lactancia materna, que se describe como el momento en que el/la bebé reclama mamar más a menudo porque está creciendo y la mujer no nota el pecho tan lleno, porque ya se ha ajustado a las necesidades del niño/a que vacía el pecho de manera más eficaz. La mujer lo puede interpretar como que el niño/a se queda con hambre y ella no tiene suficiente leche.

Las complicaciones de la lactancia materna suelen ser problemas obstructivos o de insuficiente vaciado que se solventan aumentando la frecuencia de las tomas y con tratamiento sintomático. Entre ellos:

²¹ La exterogestación es la dependencia del bebé fuera del útero hacia su madre y en este escrito está relacionado a la lactancia.

- La ingurgitación mamaria ocurre cuando los pechos producen más leche de la que el/la lactante extrae.
- La obstrucción de un conducto lácteo surge por un vaciado defectuoso o ineficaz, se manifiesta como un bulto doloroso y enrojecimiento de la piel, sin fiebre ni otros síntomas.
- La mastitis consiste en una inflamación de uno o varios lóbulos de la mama que puede acompañarse o no de infección. Se manifiesta por dolor intenso y signos inflamatorios, suele acompañarse de síntomas generales. La infección no se transmite al lactar, por lo que no es necesario suspender la lactancia materna.

Entre las contraindicaciones para amamantar, podemos mencionar:

- Negativa de la mujer.
- Galactosemia y déficit congénito de lactasa.
- Consumo de fármacos contraindicados.
- Consumo de drogas de abuso.
- Mujer con lesión activa de herpes simple (HSV-I) mamaria.
- Mujer afecta de tuberculosis activa bacilífera no tratada.
- Mujer VIH positiva. En países desarrollados, hay que escoger la opción más segura, que es la alimentación con fórmula. En los países pobres, en que la lactancia artificial supone un riesgo añadido importante por diarreas y deshidratación, se permite la lactancia materna.
- Mujer seropositiva a retrovirus (HTLV-I, HTLV-II) o brucelosis no tratada

En relación con los efectos de los fármacos, la mayoría de ellos son compatibles con la lactancia. Es importante valorar el riesgo que presenta cada uno y saber elegir la mejor opción. Se recomienda utilizar fármacos de vida media corta y las dosis mínimas eficaces. Se pueden utilizar pautas cortas e intensivas que permiten interrumpir la lactancia materna temporalmente, en caso de existir contraindicación.

Además de los antineoplásicos y las drogas de abuso, los fármacos absolutamente contraindicados durante la lactancia materna son: fenindiona, amiodarona, derivados de la ergotamina, anfetaminas e ioduros.

La nicotina a dosis muy altas puede disminuir la producción de leche, además de los numerosos efectos secundarios del tabaco. Se recomienda a las mujeres fumadoras que no fumen dentro de casa y que reduzcan la cantidad de cigarrillos

Grandes dosis de cafeína (más de 6 tazas al día) pueden producir irritabilidad e insomnio en el lactante, algunos con menos dosis.

Más de 0,5 g/kg de alcohol por kg de peso (200 mL de vino, 500 mL de cerveza o 60 mL de licor) reduce la producción de leche y puede sedar al lactante.

En relación con la dimensión nutricional, las mujeres que amamantan deben garantizar la nutrición del/la bebe, por lo tanto, su estado nutritivo como su alimentación puede influir en la composición de la leche y por ende en la cantidad de nutrientes que contenga. Aun así, escuchemos lo que dice Susana Ares Segura (2016):

Las variaciones de la dieta de la madre pueden cambiar el perfil de los ácidos grasos y algunos micronutrientes, pero no se relacionan con la cantidad de leche ni con su calidad. La leche de toda madre, a pesar de que está presente una malnutrición, posee un excelente valor nutricional e inmunológico. El cuerpo de la madre siempre prioriza las necesidades del bebé y, por ello, la mayoría de los nutrientes, como el hierro, el zinc, el folato, el calcio y el cobre, se siguen excretando en la leche en un nivel adecuado y estable, a expensas de los depósitos maternos. En los casos de hambrunas y catástrofes, y cuando existe riesgo de desnutrición infantil, la medida recomendada por la OMS es promocionar y apoyar la lactancia materna, que garantiza el correcto desarrollo del bebé, y fortificar la dieta de la madre. (S/P)

Se sabe que las necesidades maternas pueden variar a lo largo de la lactancia. La ingesta adecuada de energía y una dieta equilibrada que incluya frutas, verduras y productos de origen animal ayudan a garantizar que las mujeres afronten el embarazo y la lactancia sin deficiencias. Los requerimientos de algunos nutrientes, especialmente hierro, yodo, ácido fólico y vitamina A, son más difíciles de alcanzar a través de la ingesta, y por esta razón puede ser necesario administrar suplementos o tomar alimentos naturales fortificados con estos nutrientes (Ares Segura, 2016, S/P).

Se les propone a las mujeres mantener una nutrición adecuada para amamantar a sus hijos/as, pero aquellas mujeres que se encuentran en situación de pobreza y desnutridas pueden seguir amamantando a sus bebés/as, ya que su leche cubrirá los requerimientos necesarios del niño/a. Las políticas públicas deben favorecer el amamantamiento en mujeres pobres dándoles un apoyo alimentario a las mujeres y no dándole subsidios para que compren leches maternizadas. La tasa de lactancia materna en América Latina de los/as bebés de familias pobres amamantados es casi el doble de los niños de familias adineradas (Romero, Charilin, 2018).

Las mujeres que siguen una dieta vegetariana y vegana durante la lactancia deben asegurarse de que toman suficiente vitamina B12, vitamina D, calcio y ácidos grasos omega 3; así que opta por alimentos o suplementos que te proporcionen estos nutrientes fundamentales (Priya).

Más allá de los conceptos. Un espacio para la información

Considero importante añadir información referente a los grupos de apoyo a la lactancia materna, ya que son un sostén importante para las mujeres que amamantan y deben sortear distintos obstáculos o complicaciones que se pueden presentar durante la práctica.

Así mismo, el personal de salud funciona como un grupo de apoyo o sostén para las mujeres que amamantan, favoreciendo la empatía considerando integralmente a la otra persona y las decisiones que toma sobre su cuerpo. También acompaña a las embarazadas y mujeres que amamantan dándoles la información necesaria para una lactancia materna eficaz y gozosa, pero permitiéndole que ellas puedan elegir deliberadamente en el marco de sus condiciones si quieren dar de mamar, no imponérselo como una obligación por ser mujeres.

Según el curso de consejería en lactancia materna (WHO, 2007, págs. 36,37), los grupos de apoyo a la lactancia materna pueden tener las siguientes características y funciones:

Puede estar formado por un agente de salud, por un grupo existente de mujeres, por un grupo de madres que creen que la lactancia materna es importante, o por madres que se reúnen en la consulta prenatal o en el servicio de maternidad y que quieren seguir reuniéndose y ayudándose mutuamente.

Un grupo de madres lactantes se reúne a intervalos de 1 a 4 semanas, usualmente en una de sus casas o en algún lugar en la comunidad. Cada vez pueden elegir un tema distinto y discutirlo; por ejemplo: “Las ventajas de la lactancia materna” o “Cómo superar las dificultades”.

Dichas mujeres comparten experiencias y se ayudan mutuamente motivándose con ideas prácticas sobre cómo resolver las dificultades que se presenten; además aprenden más sobre el funcionamiento de sus cuerpos.

El grupo necesita a alguien que tenga información precisa y actualizada en lactancia materna para que las capacite. Alguien que pueda corregir cualquier idea errónea y sugerir soluciones para superar las dificultades. Esta persona podría ser un agente de salud, hasta que alguien del grupo haya aprendido suficiente para representar este papel.

El grupo necesita tener una fuente de información a la cual pueda consultar en caso de que necesite ayuda. Esta fuente puede ser un agente de salud capacitado en lactancia materna, a quien pueden ver de vez en cuando. Los integrantes del grupo también necesitan materiales actualizados sobre lactancia materna. El agente de salud puede ayudar a obtenerlos.

Las madres pueden ayudarse unas con otras en otros momentos. Pueden visitarse cuando estén preocupadas o deprimidas, o cuando no sepan qué hacer.

Los grupos de apoyo a la lactancia materna pueden proporcionar una fuente importante de contacto a madres aisladas socialmente.

También pueden ser fuentes de apoyo, la cual refuerza la confianza de la madre en sí misma para amamantar y reduce sus preocupaciones.

Los grupos pueden dar a la madre la ayuda adicional que necesita, y esta ayuda proviene de mujeres como ella, lo cual no pueden hacer los servicios de salud.

Según Waisman (2017) la mayor parte de las dificultades de lactancia se presentan durante las primeras semanas luego del nacimiento. De su rápida y efectiva resolución dependerá la posibilidad de continuar amamantando

Las instituciones que atienden a mujeres y bebés/as deben proveer dispositivos de atención rápida:

- Consultorio de lactancia materna,
- Atención obstétrica/ pediátrica no programada,
- Línea telefónica (0800 del MSAL Salud responde)
- Grupos de apoyo o pronta derivación, etc.

También debemos nombrar y destacar el trabajo que llevan a cabo grupo y asociaciones que trabajan en apoyo a la lactancia materna y la crianza de los bebés.

La liga de la leche argentina es una organización sin fines de lucro formada por voluntarias ad honorem cuya finalidad es recuperar la cultura del amamantamiento a través del apoyo mujer a mujer. La LLLA contribuye al control y monitoreo del cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. En la Argentina funciona desde 1978. Integra la Comisión Asesora en Lactancia Materna del Ministerio de Salud de la Nación y la Junta Ejecutiva del Comité Nacional de Lactancia Materna de la Sociedad Argentina de Pediatría (LLLA).

ESTADO DEL ARTE

Realizaré el abordaje basándome en dos momentos, el primero realizando un breve recorrido histórico de los contextos sociohistóricos, culturales y situacionales más significativos relacionados con la lactancia y en el segundo desarrollaré el análisis de estudios cuantitativos y cualitativos que se relacionan con mi tesis.

Lactancia como construcción social

La lactancia materna es una construcción social que se ha ido adaptando a lo largo de los años a los distintos contextos sociohistóricos, culturales y situacionales.

Para evidenciar la construcción social de la lactancia materna realizaré en las siguientes líneas un breve recorrido histórico destacando la lactancia mercenaria, la alimentación con leche de fórmula y la lactancia altruista.

La lactancia mercenaria estaba a cargo de las nodrizas o amas de cría, eran mujeres que amamantaban y criaban a los hijos/as de las mujeres de “clase alta” por lo general que no podían o no querían amamantar a sus hijos/as y a cambio recibían una paga. También fue adoptado en las mujeres pobres cuando le era imposible criar a sus hijos/as. La Iglesia Católica estableció reglas en la contratación de las nodrizas, ya que consideraban que debían practicar la misma religión.

En plena revolución industrial, a partir de la publicación (1899) del Pediatra norteamericano Emmetttuber Holt -donde proponía horarios rígidos de alimentación de los/as bebés y la evaluación del crecimiento a través del peso- es lo que llevo a creer que, si un niño/a lloraba antes de tiempo o no aumentaba de peso lo esperado, se había quedado con hambre, por lo tanto, las mujeres comenzaron a alimentar a los/as bebés con leches artificiales.

La primera leche en reemplazo de la leche materna en aparecer en el mercado (1873) se denominó *fórmula Infantil* y para 1977 también se vendían las *fórmulas* de continuación. Luego continuaron apareciendo en el mercado nuevas alternativas de alimentación para los recién nacidos como fueron las fórmulas a base de soja que aparecen por primera vez en 1981, las fórmulas indicadas especialmente para prematuros aparecen a partir de 1988, en el año 1992 aparece la leche sin lactosa, en 1993 la fórmula hipoalérgica y el hidrolizado de proteínas y en 1998 las fórmulas antirreflujo. En el año 2003 se presentan al mercado las denominadas leches de fórmula 1-2-3. Si analizamos las indicaciones por las cuales aparece la variedad de leches podemos verificar que comienza con indicaciones terapéuticas y finaliza con indicaciones preventivas (Vallone, 2009, pág. 7).

El 19 de mayo de 2005, los representantes de los Ministerios de Salud de América Latina firmaron la “Carta de Brasilia” con el fin de conformar la Red de Bancos de Leche Humana de Latinoamérica y se expresó que los mismos desempeñan “una función estratégica en la política pública de la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, con énfasis en la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida”. (SAP, 2022, S/P). Así mismo, Rodríguez García (2015) sostiene que la lactancia altruista es una nueva forma de alimentar a los/as bebés; es la donación del excedente de leche materna a Bancos de Leche de algunos Hospitales. La finalidad es alimentar a niños/as prematuros o con

necesidades nutricionales especiales que no pueden ser cubiertas por la propia mujer (pág. 419).

Corriente Higienista y lactancia en la Argentina

Me apoyo en Gabriela Nouzilles para contextualizar la lactancia materna durante el modelo higienista en la Argentina, al ser una referente del análisis de la relación entre *higienismo* y maternidad. El *higienismo* fue una política de estado entre 1880 y 1930, su finalidad era imponer en la población, prácticas saludables para poder controlar las enfermedades “ocasionadas” por los inmigrantes europeos, al mismo tiempo que se controlaba la vida cotidiana de la población.

Como sostiene Gabriela Nouzilles (2000) en el modelo higienista:

El Estado tiene múltiples funciones, pero una de las principales es la salud, su finalidad era prevenir la enfermedad, a través de indicaciones que escondían la higienización de ideas a la manera de control social. La salud del pueblo estaba referida al bienestar físico y moral de las personas. La familia es el lugar en el que coincidieron el poder político, la vigilancia higienista y el saber eugenésico. La medicina debía intervenir y opinar sobre la salud de los cónyuges, los niños/as, las mujeres. (pág. 41)

En esta línea, circuló por el desarrollo de esta corriente en relación con su cristalización en maternidad y lactancia materna. Es decir, incorporo el desarrollo de la corriente higienista en mi estudio porque considero que en la actualidad algunos de sus “preceptos” biomédico/patriarcales en cierta medida se encuentran vigentes y se filtran en las prácticas de los equipos de salud.

Siguiendo con la profundización de las lógicas higienistas, diré que se crearon en 1878-1879 los manuales de higiene de la infancia, donde se resaltaba la responsabilidad social y política de las mujeres en la crianza de los niños y las niñas. Los médicos higienistas recalaban que les habían transmitido e indicado todo lo que deben hacer para criar conscientemente a sus hijos/as. Consideraban a la mujer como un eje fundamental para brindar los cuidados adecuados a los/as hijos/as, por lo que le transmitían toda la responsabilidad de la salud de sus hijos/as (Nouzeilles, 2000, pág. 43). De manera que desarrollaron un plan de acciones centradas en la madre, el niño y la niña, de corte moralizador. Estas acciones sanitarias incidían sobre la lactancia y las enfermedades venéreas mediante el control del embarazo, legislación de nodrizas, controles sistemáticos y divulgación de normas de educación. La escuela también toma el lugar de la vigilancia, incorporando la revisión médica y el suministro de vacunas, previniendo enfermedades infectocontagiosas.

En la ciencia médica también debieron producirse cambios para poder llevar adelante las acciones sanitarias propuestas. Bárbara Molinari (2004) describe el rol de las doctrinas dominantes de la medicina:

Desde la ciencia médica, hegemonizada por las perspectivas de la medicina social [europea] y la eugenesia, se elaboró una concepción de la maternidad como un don inscripto en la naturaleza femenina de las mujeres, ellas solo debían cumplir su función natural: ser madres. En el marco de la inmigración masiva, la urbanización y la salubridad, la mortalidad infantil, la crisis de la familia y el trabajo asalariado femenino, el medio y las mujeres, en especial, sus cuerpos, aparecían como puntos clave de intervención y control. (pág. 2)

También se crearon instituciones públicas con lineamientos políticos basados en la atención de mujeres-madres, los niños y niñas con la finalidad de crear espacios donde los médicos pudieran “modificar” las prácticas femeninas.

Además, se reglamentaron las licencias por maternidad para poder solucionar los problemas ocasionados durante el embarazo y posparto, como episodios de enfermedad o daño corporal que influía en sus funciones de reproducción, debido a que estos problemas impactaban en el salario familiar el que era esencial para paliar los problemas económicos (Molinari, y otros, 2004 pág. 3).

Estudios cualitativos y cuantitativos

A continuación, presentaré dieciséis publicaciones sobre cuestiones relativas a la interrupción de la lactancia total o parcial llevadas a cabo en distintos países del mundo. Aclaro que en principio las presento desde una breve reseña y al final de cada apartado (estudios cuantitativos y estudios cualitativos) las retomo relacionadamente. Para la búsqueda y selección de los artículos se utilizaron las siguientes fuentes bibliográficas: Metabuscador, de la biblioteca electrónica de ciencia y tecnología y Pubmed. Las palabras claves son: lactancia, abandono y factores asociados. La estrategia de búsqueda fue lactancia and abandono and factores asociados.

Cabe acotar que la elección de los estudios no implica que coincida con los enfoques, sobre todo de alguno de ellos, sino que se relaciona con la ubicación de los trabajos que circulan acercándose al tema de mi tesis. Debo mencionar que sobreabundan los trabajos que aglutinan condiciones y factorizan la lactancia, de allí que más allá que su utilidad operativa para este estudio, creí importante mencionarlos para dejar al descubierto la necesidad de profundizar desde la “palabra” de las mujeres.

Entre los estudios a los que he tenido acceso y que se vinculan en términos de antecedentes, con el que estoy llevando a cabo, puedo identificar dos enfoques: aquellos de corte cuantitativo que se dedican a estudiar la prevalencia y los factores asociados al abandono de la lactancia materna y los que se mueven en relación con los factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna (Oribe y otros, 2015; Gonzales y otros 2017; Rius y otros, 2013; Pino y otros, 2013; Flores y otros 2017; Camargo Figueroa y otros, 2011; Reyma Samano, 2018) y el segundo enfoque de corte cualitativo que hacen hincapié en estudiar las llamadas causas de la interrupción temprana de la lactancia materna, las experiencias de las madres primerizas y de las madres adolescentes (Cortes Rúa y otros 2019; M. Belintxon-Martín y otros, 2011; Yibby Foreroy otros, 2013; Pérez Bravo, 2015; Salomón 2020; Rangel Flores y otros, 2018; Vásquez Munive, 2012; Dávila Arteaga, 2010; Hoddinott, 1999; Arcienagas Barón y otros, 2014).

Estudios cuantitativos

En el estudio de *“Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa”* de autoría de Oribe, M., Lertxundi, A., Basterrechea, M., Begiristain, H., Santa Marina, L., Villar, M., & Ibarluzea, J. (2015), los objetivos del estudio fueron: a) conocer la prevalencia y duración de la lactancia materna y lactancia materna exclusiva; b) analizar las razones de no inicio y de abandono de la lactancia materna, y c) describir los factores asociados a la lactancia materna exclusiva y con su mantenimiento durante 6 meses. Se estudió una muestra de 2.627 niños de 4 años nacidos en 2008-2009 de la Comunidad de Madrid. Los resultados obtenidos fueron: la prevalencia de lactancia materna exclusiva fue del 84,8% al alta hospitalaria, el 53,7% a los 4 meses y el 15,4% a los 6 meses de vida. Las razones descritas por las madres sobre el abandono de la lactancia materna exclusiva asociadas a la fase temprana son problemas de lactancia, escasa ganancia de peso e hipogalactia. Otros factores que influyen en la etapa temprana son la intención previa durante el embarazo de dar lactancia materna exclusiva, la paridad, la comarca de residencia y la clase social. En la etapa tardía influye el tiempo de baja por maternidad

Asimismo en el estudio de *“Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio de ELOIN (Estudio longitudinal de obesidad infantil)”* llevado a cabo por Ramiro González, M. D., Ortiz Marrón, H., Arana Cañedo-Argüelles, C. en 2017, los objetivos fueron: a) conocer la prevalencia y duración de la lactancia materna y lactancia materna exclusiva; b) analizar las razones de no inicio y de abandono de la lactancia materna, y c) describir los factores asociados a la lactancia materna exclusiva y con su mantenimiento durante 6 meses. Se realizó un estudio transversal a partir de datos basales

de la cohorte ELOIN, obtenida por cuestionario epidemiológico. Se estudió una muestra de 2.627 niños de 4 años nacidos en 2008-2009 de la Comunidad de Madrid. Se utilizaron modelos de regresión logística. Los principales resultados fueron que la prevalencia de lactancia materna exclusiva y lactancia materna fue del 77,6 y del 88%, respectivamente; la lactancia materna exclusiva a los 6 meses fue del 25,4%, y la lactancia materna a los 2 años, del 7,7%. Las razones principales de finalización de la lactancia fueron la producción insuficiente de leche (36%) y la incorporación al trabajo (25,9%). Las variables asociadas con el inicio o mantenimiento de la lactancia materna exclusiva fueron: madre de más de 35 años, estatus económico medio-alto, extranjera con menos de 10 años de residencia en España y haber participado en taller de lactancia tras el parto.

Vinculado al concepto de interrupción leí el estudio de *“Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una región del este de España”*, llevado a cabo por J. M. Rius, J. Ortuño, C. Rivas, M. Maravall, M. A. Calzado, A. López, M. Aguar, M. Vento An Pediatr (Barc) en 2014., el objetivo de dicho trabajo fue conocer la prevalencia de lactancia materna durante los primeros doce meses posparto y analizarlos factores asociados a su abandono. Se realizó un estudio prospectivo en una población dependiente del Hospital Universitario y Politécnico (UiP) La Fe de Valencia, incluyendo casos de forma consecutiva entre el 1 de febrero y el 15 de marzo hasta alcanzarse muestra suficiente, con seguimiento hasta febrero de 2005, 12 meses posparto. La recolección de datos se llevó a cabo a través de una entrevista presencial y telefónica a la madre, incluyéndose todas aquellas variables que tras una revisión bibliográfica se consideraron factores asociados al abandono de la LM. Los resultados fueron los siguientes: de los 452 pares seleccionados se constató el inicio de la LM en el 81% de los casos, persistiendo a los 3 y 6 meses el 39 y 21% total, respectivamente. Los factores asociados al abandono precoz fueron: gestación tras técnicas de reproducción asistida (OR=5,58; IC 95%: 2,62-11,91), hábito tabáquico materno (OR=1,56; IC 95%: 1,10-2,22), expectativas pobres sobre la duración de la lactancia (OR=2,19; IC 95%: 1,49-3,23), utilización de pezoneras (OR=2,57; IC 95%: 1,69-3,90), uso rutinario del chupete durante el primer mes posparto (OR=1,39; IC 95%: 1,02-1,91), madre con estudios universitarios (OR=0,59; IC 95%: 0,40-0,88), asistencia a clases prenatales (OR=0,68; IC 95%: 0,49-0,94), y sensación materna de leche suficiente al alta (OR=0,66; IC 95%: 0,47-0,92).

Además, en el estudio sobre *los “Factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad rural de Chile”* bajo la autoría de Pino V, José Luis; Lopez E, Miguel Ángel; Medel I, Andrea Pilar y Ortega S, Alejandra, en 2013, sus objetivos fueron: determinar los factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses en un centro de salud rural. Se realizó un estudio no experimental,

descriptivo y de cohorte retrospectiva; se incluyeron en este estudio a 81 madres de hijos/as en edades entre 6 y 11 meses de edad, y se aplicó un instrumento formado por 11 preguntas cerradas y semiestructuradas. Los principales resultados fueron: se encontró un 56,8% de destete precoz, siendo las razones más relevantes: hipogalactia (45,7%), indicación médica y enfermedad de la madre (15,2%), y motivos laborales (13%). La edad de las madres se correlacionó con el destete precoz ($p=0,046$).

Al observar, que en varios estudios una de las dimensiones referidas por las mujeres en relación al abandono de la lactancia materna es la hipogalactosemia, decidí incorporar el estudio sobre "*Lactancia materna y alimentación complementaria, situación en una población del área metropolitana de Buenos Aires*" a cargo de Flores, Evangelina Edith, Ponthot, Paula (Diaeta vol.35, no.158, Ciudad Autónoma de Buenos Aires) en 2017, dado que tuvo como objetivos: 1. Evaluar el cumplimiento de las recomendaciones de la OMS sobre LME y AC en la población del Hospital Paroissien (HP) de La Matanza. 2. Identificar la edad media de finalización de LME y del inicio de AC. 3. Identificar las principales causas de incumplimiento de las recomendaciones de la OMS sobre LME. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal. La muestra incluyó 279 Historias Clínicas de Lactancia (HCL) de enero-marzo 2015. Los resultados fueron: La edad media de finalización de LME fue de 4,81 meses, la de inicio de AC 6,03 meses y la de destete 15,2 meses. La LME se sostuvo hasta el sexto mes en el 44% de los casos; la incorporación de otra leche (48%), la AC temprana (34%) o ambos (18%) influyeron en su finalización. Las causas más frecuentes de incorporación de biberón son los mitos y la indicación médica. El 81% de las madres utiliza leche adecuada. El 57% incorporó AC oportunamente. El 23% comenzó tempranamente, y de éstos, 82% lo hizo por iniciativa del cuidador.

Siguiendo en la misma línea incorporo el estudio sobre "*Factores asociados al abandono de La lactancia materna exclusiva*", que llevo a cabo Fabio Alberto Camargo Figuera, José Fidel Latorre Latorre y Johanna Andrea Porras Carreño, Rev. Hacia la Promoción de la Salud [Revista en la Internet], 2011 cuyo objetivo era determinar la tasa de abandono de la lactancia materna exclusiva (LME) y sus factores asociados en Bucaramanga. Metodología: estudio de cohorte no concurrente con nacimientos ocurridos entre enero y agosto de 2006 en la ciudad de Bucaramanga, Colombia, seleccionados al azar. Se realizó un análisis de supervivencia. Resultados: tasa de incidencia de abandono de la LME de 362,6 (IC 95% 315,5 – 416,8) por cada 1000 meses-persona de seguimiento. Se encontraron asociados al abandono de la LME: los conocimientos deficientes sobre la LM, el uso de biberón, el estrato socioeconómico bajo, la información recibida durante la estancia hospitalaria. Conclusiones: se presentó una alta incidencia de abandono de la LME, identificando varios

factores asociados al abandono que permiten determinar la población vulnerable para posibles intervenciones.

Por otro lado, he recorrido el estudio titulado "*Barreras y facilitadores para la práctica de lactancia materna exclusiva en un grupo de madres de la Ciudad de México*", 2018, realizado por Reyna Sámano, Gabriela Chico-Barba, Tabata Armenteros-Martínez, Nancy Escamilla-Fonseca, Carlos Piélago-Álvarez, Jorge Aguilar-Álvarez, Silvia Méndez-Celayo. En él, se plantea que la lactancia materna exclusiva (LME) representa beneficios para la madre y bebé. Sin embargo, México no logra las cifras esperadas, debido a que influyen factores de la madre y su entorno. El objetivo del estudio fue analizar las principales barreras y facilitadores para la práctica de LME en un grupo de madres de la Ciudad de México. Se realizó un estudio transversal analítico en una Universidad. Participaron 500 madres trabajadoras y sus conocidas, de 19 a 45 años, clínicamente sanas, que su último hijo tuviera 6-24 meses de edad. Respondieron encuestas sobre principales barreras y facilitadores para LME y su autopercepción de la lactancia. Se compararon frecuencias de principales barreras y facilitadores de LME y se realizaron modelos de regresión logística con la no práctica de LME como variable dependiente. Los principales facilitadores fueron: buen acomodo del bebé (54%, n=270), paciencia-perseverancia (46%, n=230). Las variables asociadas a no practicar LME fueron: autopercepción negativa de LME (RM:7,48; IC95%:3,78-14,98), ser principal proveedora de ingreso (RM:2,42; IC95%:1,25-4,68) ser madre soltera (RM:1,92; IC95%:1,13-3,25), sentir que no sale leche (RM:2,31; IC 95%:1,27-4,20) y falta de información (RM:1,91; IC95%:1,01-2,98). Existe necesidad de contar con programas de educación pre y posnatal sobre la LME, así como de la extracción y conservación de leche oportuna en todos los grupos de madres, pero en especial a aquellas que trabajan fuera del hogar.

Todos los estudios cuantitativos que se enunciaron anteriormente se dedicaron dentro de sus objetivos a investigar cuales fueron los "factores" asociados al abandono de la lactancia materna. Se puede observar entre sus resultados que las mujeres manifiestan: problemas de lactancia, escasa ganancia de peso, hipogalactia, incorporación al trabajo, indicación médica, enfermedad de la madre, mitos, gestación tras técnicas de reproducción asistida, hábito tabáquico, utilización de pezoneras y chupetes, estudios universitarios, conocimientos deficientes sobre lactancia materna, uso de biberón, información recibida durante la estancia hospitalaria, madre soltera, autopercepción negativa de LME, ser principal proveedora de ingresos. Podemos observar que son muy variadas las dimensiones que refieren las mujeres, pero las razones que más se repiten en todos los estudios son: hipogalactia, problemas laborales, indicación médica, conocimientos deficientes.

Cuatro de las investigaciones presentadas evidencian el bajo porcentaje de mujeres que sostienen la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de los bebés/as. Los estudios exponen porcentajes de niños/as alimentados con leche materna, pero variando las edades estudiadas en cuanto a la duración y la LME. Oribe, M. y otros (2015) sostienen que la prevalencia de LME al alta fue: de un 84% y a los seis meses solo el 15,4 % logro continuar, al igual que González Ramiro y otros (2017) que es su estudio sostienen que el porcentaje de LME al alta es de 77,6% y a los 6 meses de 25,4%. Asimismo J.M. Ruis y otros (2017) evidencia en su trabajo que el 81% de los niños/as inicio la lactancia y al 6to mes el 21% continuaba con LME. También Flores Evangelina y otros (2017) en su estudio reflejan que el 44% de los niños/as mantienen la LME hasta el 6to mes.

En lo que respecta a los facilitadores de la lactancia materna, podemos decir que solo dos estudios de los presentados se ocuparon de investigarlos. El estudio llevado a cabo por Gonzales Ramiro y otros (2017) establece que las variables manifestadas por las mujeres para iniciar y mantener la LME fueron: mujer de más de 35 años, estatus económico medio-alto, extranjera con menos de 10 años de residencia en España y haber participado de los talleres de lactancia materna. A su vez Sámano Reyna y otros (2018) muestra en su estudio que los facilitadores fueron en 54% buen acomodo del bebé/a y en 46 % paciencia – perseverancia.

Estudios cualitativos

Los estudios cualitativos que he decidido incorporar están relacionados con las experiencia y vivencias de las mujeres en relación con los comienzos de la lactancia materna y el proceso de interrupción temprana. Los estudios muestran las experiencias de mujeres en distintas etapas de su vida adolescentes, adultas, universitarias, primíparas y multíparas.

En el estudio sobre *“Interrupción Temprana de la lactancia. Un estudio cualitativo”* del año 2019, realizado por Cortes-Rúa, Laura y Diaz-Grávalosa, Gabriel J., el objetivo fue: Conocer la experiencia personal y sentimientos de las mujeres primíparas que se vieron obligadas a abandonar la lactancia materna (LM) antes del tiempo previsto inicialmente por cada mujer, así como las causas del abandono y el papel de los profesionales sanitarios. Se realizó un estudio cualitativo fenomenológico mediante entrevista semiestructurada. Se realizó un muestreo opinático mediante informadores clave, hasta alcanzar la saturación de la información. Se realizó análisis de contenido cualitativo para generar códigos y asignar categorías. Resultados: Se entrevistaron 15 mujeres de 33,1 (DE 5,4) años. Se constató ambivalencia de sentimientos, considerando que la LM es una experiencia satisfactoria a la par que sacrificada y dolorosa. Las mujeres referían escasez de conocimientos. La inseguridad sobre la alimentación y el dolor físico fueron las causas más importantes para el

abandono. Se evidenció además una dualidad de sentimientos entre la tranquilidad que supone la alimentación artificial, al saber que el niño está bien alimentado, y la sensación de culpabilidad por no haber mantenido la LM. Consideraron que los profesionales no realizan adecuadamente su labor de promoción de la LM, refiriendo numerosas ocasiones en las que los propios profesionales sanitarios efectuaron prácticas contrarias a su instauración y mantenimiento. Conclusiones: En el relato de las madres se constatan necesidades formativas y de soporte emocional insuficientemente cubiertos. Las enfermeras implicadas en la atención de estas mujeres deberían explorar sistemáticamente dichas necesidades.

Además, en el estudio de *“El comienzo de la lactancia: experiencias de madres primerizas”*. 2011. Realizado por M. Belintxon-Martín, M. C. Zaragüeta, M. C. Adrián, O. López-Dicastillo, el objetivo de la investigación fue explorar cómo las madres primerizas percibían y experimentaban la lactancia materna para poder identificar así los aspectos que influyen en su instauración. Se llevó a cabo un estudio cualitativo con un enfoque fenomenológico descriptivo, en el que participaron 12 madres primíparas que fueron entrevistadas en profundidad en dos ocasiones, una los primeros días tras el parto y otra al mes de haber dado a luz. Los datos obtenidos se grabaron y transcribieron para analizarlos con el método de Giorgi. Los resultados fueron que el significado esencial de la experiencia vivida por las madres que participaron en este estudio se puede resumir en los cinco temas que se detallan a continuación: la idealización de la lactancia; la incertidumbre ante las dificultades; el deseo de privacidad durante las tomas; la responsabilidad compartida con el niño para lograr el éxito; y finalmente, la desorganización en sus vidas y la modificación del rol de la mujer.

También en el estudio sobre *“Las experiencias subjetivas de mujeres madres primerizas que por diversas razones no llegaron a brindar Lactancia Materna Exclusiva a sus bebés”*. 2020 de Salomón, M., el objetivo fue conocer las experiencias de las mujeres primerizas que, por diversas razones, no brindaron Lactancia Materna Exclusiva a sus hijos. Se trabajó con cinco casos de madres primerizas cuyas edades oscilan entre los 18 y 35 años, pertenecientes al Barrio Solidaridad de Ciudad de Salta Capital. Siguiendo una metodología cualitativa y descriptiva, se utilizó como instrumento la entrevista semi-estructurada. Se hizo hincapié en conocer el contexto social, familiar e individual, la relación de las mujeres madres con la lactancia materna exclusiva y con los servicios de salud. En el análisis de la información se observó que en sus experiencias las mujeres madres reconocen en la actividad de amamantar una interacción agradable y satisfactoria, a la vez que difícil al inicio. Las experiencias están relacionadas con los mitos que las mujeres madres tienen y están marcadas por la falta de información oportuna y adaptada a las necesidades de las mujeres madres. Es necesario un adecuado diagnóstico de cuál es el conocimiento con el

que cuentan y ofrecer información oportuna para acompañar el proceso de aprendizaje y estrategias profesionales que estén acordes a las realidades de estas mujeres para que las recomendaciones sean pertinentes. Una intervención eficaz se liga a la promoción y a la prevención, con equipos de salud capacitados para el trabajo con estas poblaciones.

También se realizó un estudio sobre *“La lactancia materna desde la perspectiva de madres adolescentes de Bogotá”* (2013) de autoría de Yibby Forero, Sandra Milena Rodríguez, María Alexandra Isaács, Jenny Alexandra Hernández. Los objetivos fueron: caracterizar la experiencia de lactancia materna en adolescentes en período de lactancia, e identificar aspectos positivos, limitaciones y necesidades sentidas desde su propia perspectiva. Se llevó a cabo un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico. Se hicieron 24 entrevistas y se conformaron tres grupos de mujeres adolescentes en diferentes períodos posparto. La información se recolectó en Bogotá con mujeres que participaban en un programa de la Secretaría Distrital de Integración Social. El proceso de sistematización se desarrolló paralelamente con el proceso de análisis. Este proceso comprendió las relaciones entre categorías y las redes que se forman entre ellas. Los resultados fueron: Las adolescentes no alimentan sus hijos con lactancia materna exclusivamente y refieren varias dificultades en el acto de lactar. La alimentación complementaria incluye alimentos no naturales. La maternidad y la lactancia no son acordes con la percepción de ser adolescente. Sus conclusiones detallan que: las adolescentes reconocen los beneficios que ofrece la lactancia materna para sus hijos y para ellas; sin embargo, su experiencia de lactancia materna difiere de las recomendaciones para lograr una lactancia materna exclusiva y una alimentación complementaria saludable. Entre las causas identificadas, sobresale la ausencia de acompañamiento acertado y oportuno.

En tal sentido, en el estudio de *“Maternidades y Lactancia. La lactancia materna desde la perspectiva de género”*. 2015 realizado por Pérez Bravo, María Dolores, el objetivo general fue: conocer las representaciones y experiencias personales de las mujeres con sus maternidades y sus lactancias. Se realizó un estudio fenomenológico, con un diseño descriptivo y longitudinal y una metodología cualitativa, en el que participaron diez mujeres a través de entrevistas realizadas en el tiempo. La mitad de las mujeres entrevistadas fueron primíparas y la otra mitad ya tenían hijos previamente. Para el análisis de los resultados se realizaron las transcripciones de las entrevistas. Se utilizó el programa informático Atlas.Ti, se codificaron aquellas citas textuales que resultaban de mayor interés para el estudio. Algunos de los resultados obtenidos coinciden con resultados encontrados en estudios previos, por ejemplo, en cuanto a los motivos para amamantar, la duración de la lactancia materna inferior a lo recomendado por las organizaciones sanitarias, o las parejas como principales apoyos sociales de las madres en la lactancia. Además, los resultados obtenidos

vienen a apoyar o reforzar, en definitiva, nuestro planteamiento teórico al considerar la maternidad y la lactancia materna como un proceso biopsicosocial, diverso y plural, que genera experiencias ambivalentes en las mujeres y que debe desmitificarse socialmente.

Dentro del marco de las experiencias y vivencias, en el estudio "*Percepciones y experiencias de usuarias sobre las limitaciones sanitarias para la promoción de lactancia materna*". 2018 de Yesica Y. Rangel-Flores, Ulises Martínez-Plascencia y Estela Rodríguez-Martínez, el objetivo fue comprender las percepciones y experiencias que usuarias de distintos servicios de salud han desarrollado respecto a las limitaciones sanitarias para la promoción de la Lactancia Materna. Metodología Investigación cualitativa con enfoque fenomenológico. Se aplicaron entrevistas en profundidad a 12 madres que habitan en una comunidad clasificada con alto nivel de marginación en San Luis Potosí, México, cuyos partos fueron atendidos en servicios de salud públicos, privados y de seguridad social. Se realizó análisis fenomenológico sobre las entrevistas transcritas en totalidad. Resultados Con independencia del tipo de atención sanitaria, las mujeres reciben poca capacitación para la lactancia durante la etapa prenatal y la mayor parte de esta ocurre de manera impersonal. La mayoría narra experiencias de exigencia y juzgamiento, más que de consejería, por parte del personal de salud. Conclusión La lactancia materna es contemplada como derivada de una decisión personal e individual, en la que no impacta la consejería del personal sanitario. Es necesario impulsar procesos de capacitación y sensibilización dirigidos a fortalecer las habilidades de acompañamiento para la Lactancia Materna en el personal de salud, con el fin de ejercer la función de consejería de manera asertiva.

También se realizó un estudio para conocer "*Motivaciones de la madre para amamantar: una experiencia a partir de la capacidad de escuchar*", 2012, Mirith Vásquez Munive, Ángela Romero Cárdenas y Aneth Rivas Castro. Son muchos los estudios sobre las ventajas de lactar y las causas de abandono de la lactancia materna, pero no se exploran los motivos para lactar; esto motivó el presente estudio sobre motivaciones de la madre para amamantar. Se realizó un estudio cualitativo, utilizando una entrevista no estructurada a 11 madres que utilizan los servicios de una institución de bajo nivel de complejidad. Las entrevistas se hicieron hasta que se saturó el campo y se construyeron con las respuestas tres categorías de análisis: Determinantes individuales, determinantes familiares y determinantes sociales. Se encontró que los motivos de las madres para amamantar son: preservar la salud del hijo, disminuir el gasto, porque es más fácil que preparar teteros, porque se lo sugiere el personal de salud, porque es tradición dentro de la familia y principalmente ya que es una expresión de amor. Se destaca la importancia que en la decisión de amamantar juegan el apoyo de la pareja, de la familia, la educación en lactancia

materna durante el control prenatal y durante el posparto inmediato. (DUAZARY 2012 No. 2, 116 - 122).

Por otro lado, se estudió la "*Lactancia materna: barreras para practicarla: Estudio cualitativo de prácticas de lactancia materna*", 2010. Dávila Arteaga Isabel, existen normas y recomendaciones internacionales, sustentadas por la Organización Mundial de la Salud, con evidencia científica, que establecen cómo, cuándo y durante cuánto tiempo un niño debe ser alimentado con leche materna. Sin embargo, los resultados del presente estudio cualitativo muestran que existen diversos factores, propios de la madre y su entorno, que inciden en las prácticas adecuadas de lactancia materna en un segmento específico de población. El 68.6% de las madres que participó del presente estudio fue reunido con sus hijos luego de la hora de nacidos; el 45.7% de los bebés lactó por primera vez luego de más de tres horas de su nacimiento; sólo el 31.4% lactó en la primera hora de vida desde su nacimiento; todo esto interfiere con el desarrollo adecuado de la lactancia. Estos resultados aportan, con clara evidencia, que la falta de información y promoción por el personal de salud, la ausencia de políticas institucionales que protejan la lactancia materna, la carencia de espacios públicos apropiados para dar de lactar, la influencia familiar y modificación de la imagen corporal luego del amamantamiento son barreras que prevalecen sobre las recomendaciones. Todas estas barreras pueden ser fácilmente modificadas si se concientiza al personal de salud de la importancia de la consejería y el apego temprano.

Asimismo, se realizó un estudio titulado "*Qualitative study of decisions about infant feeding among women in east end of London*", 1999, Pat Hoddinott, Roisin Pill cuyo objetivo fue: Mejorar la comprensión de cómo las madres primerizas que pertenecen a un grupo socioeconómico con tasas de lactancia materna particularmente bajas deciden iniciar o no la lactancia materna". Diseño: Entrevistas semiestructuradas cualitativas al principio del embarazo y 6-10 semanas después del nacimiento. Entorno: Hogares de mujeres en el East End de Londres. Sujetos: 21 mujeres blancas de bajos ingresos que esperaban su primer bebé fueron entrevistadas principalmente en el hogar, a menudo con su pareja o un pariente. Se realizaron dos grupos focales. Resultados: Las mujeres que habían visto regularmente a un familiar o amigo amamantar con éxito y describieron esta experiencia positivamente tenían más confianza y compromiso con la lactancia materna. También tenían más probabilidades de tener éxito. Sin embargo, la exposición a la lactancia materna podría tener una influencia positiva o negativa en la decisión de amamantar, según el contexto. Las mujeres que habían visto amamantar solo a un extraño a menudo describían esto como una influencia negativa, particularmente si había otras personas presentes. Todas las mujeres sabían que la lactancia materna tiene beneficios para la salud. La propiedad de este conocimiento, sin embargo, variaba según la experiencia de la mujer de

ver la lactancia materna. Conclusiones: La decisión de iniciar la lactancia materna está influenciada más por el conocimiento incorporado obtenido al ver la lactancia materna que por el conocimiento teórico sobre sus beneficios. La lactancia materna implica realizar una habilidad práctica, a menudo con otras personas presentes. El conocimiento, la confianza y el compromiso necesarios para amamantar pueden obtenerse de manera más efectiva a través del aprendizaje prenatal de una madre que amamanta que a través de consejos brindados en consultas o de libros.

El estudio "*Representaciones sociales en lactancia materna de un grupo de 14 mujeres en edad reproductiva de la comunidad educativa de la Universidad de La Salle sede Chapinero*", 2014 de autoría de Arciniegas Barón, M., & Henao Molina, da cuenta de la realidad del fenómeno de la lactancia materna como una de las tantas representaciones sociales que conforman a la mujer como individuo social, a su vez se da una especial importancia a este tema como parte esencial del desarrollo humano y calidad de vida tanto de la mujer –madre, así como del niño o niña. Ya que en gran medida la decisión de lactar o no trae consigo implicaciones a nivel social, familiar, individual, las cuales repercuten en los diferentes ambientes de bienestar y desarrollo. De este modo, a partir del interés de la profesión de trabajo social, la investigación pretende describir las representaciones sociales de la lactancia materna que tienen el grupo de 14 mujeres entre edades de 18 a 45 años, y cómo estas representaciones sociales permean la decisión y la práctica de la lactancia materna. La investigación fue realizada con base la teoría de las representaciones sociales de Moscovici y un marco conceptual el cual expone cómo la construcción de las representaciones sociales depende del conocimiento común, que constantemente está siendo permeado por factores como la opinión, la cultura, la tradición, el factor económico y las costumbres del entorno. De igual manera, a partir del método cualitativo con nivel descriptivo, los cuales conceden a lo subjetivo un lugar importante, en la medida en que son los sujetos la principal fuente de información y de evidencia sobre las problemáticas sociales que estos afrontan, en este caso las mujeres de la Universidad de la Salle, quienes participaron en la investigación.

Al realizar el análisis de los estudios cualitativos presentado, he decidido separarlos en ejes para poder comprender los similitudes y divergencias que encontré.

En relación a la metodología: todos los estudios presentados desarrollan una investigación cualitativo fenomenológica. La recolección de los datos se llevo a cabo por medio de entrevistas en profundidad y semi estructuradas. En uno de los estudios se realizaron entrevistas y grupos de diálogo.

En relación a los objetivos: los estudios plantean conocer las experiencias, percepciones y representaciones sociales de las mujeres entrevistadas. Seis de las investigaciones presentadas buscan identificar las motivaciones y barreras que inciden en el inicio e instauración de la practica de lactancia materna. (M. Belixton Martin y otros, 2011; Yibby Forero y otros, 2013; Vásquez Munive Mirith y otros, 2012; Dávila Arteaga, 2012; Pat Hoddinott y otros, 1999)

En relación a los resultados obtenidos:

Sentimientos y experiencias: en los estudios cualitativos consultados las mujeres manifiestan ambivalencias de sentimientos, considerando la lactancia como una práctica satisfactoria e idealizada, pero a la vez sacrificada y dolorosa, insuficiente soporte emocional, falta de acompañamiento acertado y oportuno, desorganización de sus vidas y en su rol de mujer. (Arcienagas Barón y otros, 2014; Pat Hoddinott y otros, 1999; Yibby Forero y otros, 2013, Salomón, M, 2020; Cortes Rúa y otros, 2019)

También, Pérez Bravo (2015) en su estudio plantea que la lactancia materna es un proceso biopsicosocial y debe desmitificarse socialmente. Además, Pat Hoddinott y otros, (1999) sostiene que las experiencias vivenciadas por las mujeres al ver a un familiar o amigo amamantar influye positiva o negativamente, puede generar más confianza y compromiso, con posibilidad de tener más éxito y muestra que, sin embargo, los que habían visto amamantar solo extraños, lo describían como una influencia negativa y particularmente si había otras personas presentes. Agregado a lo anterior, Arcienagas Barón y otros (2014) sostiene que la representación social de la lactancia materna se manifiesta a partir de lo que la mujer experimenta en su relación con quienes la rodean y la idea socialmente preconcebida, que le permiten elaborar una imagen positiva o negativa frente a la lactancia.

Por otra parte, el estudio de Cortes Rúa y otros, (2019) sostiene que las mujeres refirieron que la interrupción de la lactancia materna produjo dualidad de sentimientos entre tranquilidad que sopone la alimentación artificial al saber que el niño/a esta bien alimentado y la sensación de culpabilidad por no haber mantenido la lactancia materna.

Motivaciones para alimentar a sus hijos/as con leche materna: las mujeres reconocen los beneficios para la salud de sus bebés/as y para su propia salud. También reconocen que los niños/as amamantados con leche materna son más inteligentes, que disminuye el gasto familiar y que es más fácil que preparar biberones. Además, manifiestan entre los motivos para decidir amamantar, porque se lo indicó el personal de salud, por tradición familiar y principalmente porque es una expresión de amor y seguridad. Pat Hoddinott y otros (1999) en su estudio sostiene que el inicio de la lactancia materna esta influenciado por el conocimiento incorporado al ver amamantar, que por el conocimiento teórico de los

beneficios de la lactancia materna. Asimismo, Arcienagas Barón y otros (2014) en su investigación concluye que las construcciones sociales de las mujeres frente a la lactancia materna esta relacionado con el conocimiento común ligado a la cultura, sus tradiciones y lo que ellas viven a través de diferentes escenarios que se establecen a partir de la práctica del amamantamiento.

En relación a la figura paterna, Arcienagas Barón y otros (2014) en su estudio expresa que las mujeres consideran importante contar con una figura paterna que les ofrezca seguridad y protección. De igual manera evidencia que, en sus relatos las mujeres repiten lo preestablecido por la sociedad y tradiciones familiares, “el padre provee y la madre es reproductora y cuidadora”. Estos dichos concuerdan con las posturas del patriarcado y de la corriente higienista, donde se la ubicaba a la mujer en el hogar realizando las tareas domesticas y del cuidado de los niños/as. Sien embargo, las mujeres entrevistadas en dicho estudio pertenecen al ámbito universitario y/o laboral por lo que solicitan entre sus dichos la creación de espacios que les permita la practica de lactancia materna, lo que daría bienestar y calidad de vida a todos.

Asimismo, Vásquez Munive Mirith y otros (2012) en su investigación sostiene que las mujeres destacan la importancia que juega la pareja y la familia en la toma de la decisión de amamantar. También, Pérez Bravo (2015) expone que las mujeres reconocen a sus parejas como principales apoyos sociales en la lactancia.

En relación a la labor del personal de salud, las mujeres entrevistadas manifiestan que los profesionales no realizan adecuadamente su labor de promoción de la lactancia materna y refieren que en numerosas ocasiones efectuaron prácticas contrarias a su instauración o mantenimiento. (Cortes Rúa y otros, 2019) Además, Salomón, M. (2020) en su investigación sostiene que las mujeres se basan en mitos por la falta de información oportuna y adaptada a sus necesidades.

Asimismo, Yibby Forero y otros (2013) expone entre las causas identificadas para lograr la lactancia materna: la ausencia de acompañamiento acertado y oportuno. En esa misma línea Rangel Flores y otros (2018) sostiene que independientemente del tipo de atención sanitaria, las mujeres reciben poca capacitación en la etapa prenatal. Las mujeres narran experiencias de exigencias, juzgamiento, más que de consejería. Siguiendo con las prácticas que lleva adelante el personal de salud, Dávila Arteaga (2012) expone que la mayoría de las mujeres se reunieron con sus hijos luego del nacimiento, pasada la hora de vida, lo que interfiere en el desarrollo adecuado de la lactancia materna. También sostiene una falta de información, promoción de la lactancia materna, ausencia de políticas institucionales y carencia de espacios públicos para dar de lactar.

Puedo inferir al igual que los autores citados que, todas estas problemáticas narradas por las mujeres pueden ser abordadas con proyectos de trabajo que planifiquen estrategias de acompañamiento en función de sus decisiones. Los estudios muestran la necesidad de que el personal de salud revea sus prácticas con la finalidad de poder acompañar a las mujeres que decidan amamantar y la realización de estudios como el que me encuentro proponiendo.

OBJETIVOS

El objetivo general apunta a:

Analizar las condiciones concretas y simbólicas, que están presentes en el proceso de interrupción total o parcial de la lactancia materna durante los primeros seis meses de vida del/la bebé según los relatos de las mujeres que lo transitaron y cuyos partos fueron atendidos en el hospital de Río Colorado, en el segundo semestre de 2021.

Los Objetivos Específicos se dedican a:

- Analizar los relatos de las mujeres respecto de su posición simbólica vinculada al amamantamiento.
- Comprender las situaciones de la cotidianidad de las mujeres involucradas, en términos de acompañamiento/ no acompañamiento familiar, de organización de la vida y de inserción laboral/lactancia.
- Identificar la existencia/inexistencia de condiciones físico/corporales presentes en la interrupción de la lactancia materna durante el primer semestre del/la bebé referida por las mujeres que decidieron amamantar.
- Identificar, desde la interpretación de las mujeres, las situaciones institucionales del sector salud que obturaron la continuidad de la lactancia materna durante el primer semestre del bebé.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Se trata de una investigación cualitativa, con enfoque exploratorio. La investigación cualitativa “[...] trabaja con el universo de significados, motivos, aspiraciones, creencias, valores y actitudes, lo que corresponde a un espacio más de las relaciones, de los procesos y de los fenómenos [...]” (Souza Minayo, 2007, pág. 18). Así, la investigación cualitativa privilegia la manera como las personas comprenden, interpretan y perciben la realidad social. (Berger P, 1986). Considero necesario realizar este estilo de estudios en relación con la cuestión de la que me ocupo para comprender cómo las mujeres que amamantan

experimentan esta experiencia, línea que considero necesaria para guiar la planificación de políticas públicas que den respuesta a la necesidad de las mujeres. Analicé los relatos de episodios de vida de las mujeres, en cuanto relatos de experiencias, teniendo en cuenta la idea de Daniel Berteaux (2005), quien refiere que “[...] hay relato de vida desde el momento en que un sujeto cuenta a otra persona, investigador o no, un episodio cualquiera de su experiencia de vida” (pág.36). Berteaux (1997) sostiene que “[...] desde el momento que aparece una forma narrativa en una conversación y el sujeto la utiliza para examinar el contenido de una parte de su experiencia vivida, entonces decimos que se trata de un relato de vida” (pág. 36). Al mismo tiempo, Malimacci y Beliveau (2006) aportan a este enfoque cuando dicen que para Franco Ferrarotti “El relato de una vida debe verse como el resultado acumulado de las múltiples redes de relaciones que, día a día, los grupos humanos atraviesan, y a las que se vinculan por diversas necesidades” (pág. 177). Y también mencionan que Ferrarotti destaca lo crucial del punto de vista del individuo como partida para observar a la sociedad (pág. 177). De esta manera prioricé no solo lo interno sino el acceso a las estructuras socio institucionales.

Hablar de la vida, de una persona, [en el caso de este estudio], un tramo ligado a su vida global significa mostrar las sociabilidades en la que esta persona está inserta, y que contribuye a generar con sus acciones; es hablar de las familias, de los grupos sociales, de las instituciones a las que está ligada, y que forman parte, más o menos intensamente, de la experiencia de vida del sujeto. Los métodos biográficos también plantean un posible subcampo dentro de la investigación que son las historias de las familias. (Mallimacci, 2013; pág. 180)

Considero importante destacar este aporte, ya que en la investigación que llevé a cabo la familia tiene un rol importante de sostén, acompañamiento y apoyo. Entiendo que poder analizar los relatos de las mujeres con respecto a sus vivencias en referencia a la decisión de amamantar y también a la de interrumpirla, me dio información muy valiosa para poder comprender no solo cómo las diferentes condiciones familiares, físicas, institucionales, laborales son asimiladas por las mujeres atravesando la toma de decisiones, sino también cómo operan socialmente.

Para comprender los relatos de las mujeres que deciden amamantar es necesario abandonar todo tipo de determinismo. No estamos ante sujetos pasivos sino con personas que toman decisiones, condicionadas por las trayectorias individuales, las relaciones laborales, familiares, simbólicas, religiosas, políticas, educativas y de género que afectan su itinerario (Vasilachis, 2013; pág. 180).

La población

La población está representada por nueve mujeres que tuvieron un parto natural o por cesárea en el Hospital de Río Colorado²² y que comenzaron a amamantar e interrumpieron la lactancia materna de manera total o parcial antes de los seis meses de sus hijos/as. En esos términos, se abordó a aquellas mujeres cuyos hijos/as tuvieran seis meses o más de vida al momento del comienzo de la ejecución de esta investigación. Los datos de las mujeres con bebés/as de seis meses de edad los obtuve del libro de partos del hospital, al que tengo acceso. La información acerca de las mujeres que comenzaron a amamantar y que interrumpieron la lactancia total o parcialmente, la busque en sus historias clínicas y la de sus niñas/os, en los registros de enfermería y en fichas médicas.

En un primer momento, realicé las entrevistas a cinco mujeres que tuvieron a sus hijos en el mes de septiembre de 2021, que, habiendo comenzado a amamantar, interrumpieron la lactancia antes del sexto mes. Posteriormente y mientras estudiaba el material obtenido de las entrevistas, decidí ampliar la población dado que percibía que no se cumplía el criterio de saturación. De esta manera, entrevisté también a las cuatro mujeres que habían tenido a sus hijos durante el mes de noviembre del mismo año y que comenzaron a amamantar e interrumpieron la LME. Asimismo, Souza Minayo (1997) afirma que una “buena muestra es aquella que permite abarcar la totalidad del problema investigado en sus múltiples dimensiones”. (pág. 33). Luego de esta ampliación de la población, podría decir que la saturación de la muestra se logró si lo considero en función de tres cuestiones: no aparecían nuevos datos que surgieran en la muestra de cada categoría, se logró el desarrollo de las categorías y se establecieron relaciones entre las categorías y estas se pudieron validar en el campo. (Roxana Ynoub 2015; pág. 382).

El total de partos en los meses de septiembre y noviembre fue de veintitrés, de los cuales a doce bebés/as le incorporaron leche de fórmula antes del sexto mes. De las doce mujeres solo se le realizó entrevistas a nueve porque dos de ellas no viven en la localidad de Río Colorado y una de las mujeres no se la pudo ubicar en el domicilio luego de cuatro visitas.

Como criterios de exclusión, defino a las mujeres que no hayan tenido su parto vaginal o por cesárea en el hospital de Río Colorado, mujeres que hayan decidido no amamantar, mujeres que no quieren participar en la investigación, mujeres que lograron la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes.

²² Todos los nacimientos fueron en el Hospital público de Río Colorado. Los partos fueron seis vaginales y tres se resolvieron quirúrgicamente por medio de cesárea. El rango de peso de los recién nacidos fue entre 2.500 y 4.400 gramos. La edad gestacional de los bebés/as fue entre la semana 38 y 41 de gestación y la evaluación Apgar fue de 8/10. Seis de las mujeres no poseían obra social (SUMAR) y tres de ellas sí. Al momento de la entrevista cuatro de las mujeres alimentaban a sus hijos/as con leche materna y de fórmula y cinco de ellas solamente con leche de fórmula.

Breve caracterización socioeconómica de las mujeres

Todas las mujeres residen dentro del casco urbano de Río Colorado. Tres de las mujeres entrevistadas viven con la familia materna. El rango de edad es de 15 a 38 años, con un promedio de 28. En el ámbito de ocupación, cinco de ellas realizan una labor remunerada dentro de la estructura formal de la economía, además de las tareas del hogar, y cuatro desarrollan el trabajo doméstico en sus casas como su principal labor. Con respecto a la educación, todas tienen primaria completa, tres mujeres estudian, de las cuales dos están realizando el secundario (una en modalidad presencial y otra virtual) y una de ellas cursa una carrera terciaria.

Las unidades de análisis de anclaje:

En un primer momento, estuvieron representadas -en el marco del tramo de la vida de las mujeres comprendido entre el embarazo y los seis meses de vida del hijo/a- por los cuatro escenarios cotidianos ya transcurridos por las mujeres al momento de las entrevistas, que se detallan seguidamente: a- escenario del embarazo en proyección a la lactancia, b- escenario del nacimiento/comienzo de la lactancia, c-escenario del proceso de lactancia y d- escenario del momento de su interrupción total o parcial.

Cabe acotar que el acceso a los intersticios de esos escenarios vinculados con la lactancia y su interrupción, nos lo dio el desarrollo de los *relatos de vida*²³, relatos que operaron como unidades de información.

Acerca de las entrevistas

Esta etapa es fundamental para garantizar la viabilidad de la investigación. Se trata de establecer una situación de intercambio y de diálogo entre el investigador y los entrevistados, entre quienes debe crearse una relación de cooperación (Minayo, 2007, pág. 46).

A los relatos de las mujeres se llegó vía entrevistas en profundidad, de manera de conocer desde sus perspectivas los componentes que dificultaron la instauración de la lactancia materna, referidos por ellas. Las entrevistas en profundidad consisten en una herramienta de investigación cualitativa en la que el entrevistador guía la conversación, pero concede espacios al entrevistado para que exprese su propio punto de vista. Una característica a destacar de las entrevistas en profundidad “[...] es la inexistencia de preguntas previamente establecidas y estandarizadas. El entrevistador cuenta con un guion flexible de las principales variables que le interesa conocer y dispone de amplia libertad para llevar adelante la entrevista” (Scribano, 2007, pág. 73). En este estudio, durante la entrevista en

²³ Los relatos rescatan los recuerdos de las vivencias, con el atravesamiento de la mirada al momento de la entrevista.

profundidad, las mujeres pudieron verbalizar sus vivencias, -atravesadas por sus actitudes, ideologías, creencias, valores, representaciones y emociones-, y al mismo tiempo aportando y escuchándose mientras señalan las condiciones de su vida cotidiana en relación con la lactancia materna. La entrevista en profundidad -por momentos semidirigida y por momentos resultante del encuentro intersubjetivo entre mujeres donde me incluyo- se aplicó para poder conocer los relatos de las mujeres en base las relaciones socio-estructurales y simbólicas que influyen en la interrupción de la lactancia y se propició la repregunta a partir de los testimonios surgidos, para aclarar algún punto u obtener la información que no surgió a partir de las charlas abiertas. (Alonso, 1995, págs. 69-88) Es necesaria una escucha atenta, pero no pasiva, las mujeres no solo relatan sino que también reflexionan sobre las vivencias de la lactancia materna mientras nos cuentan. (Berteaux, 1999, pág. 10).

Al contactar a las mujeres para pautar la fecha y horario de las entrevistas se vio en ellas aceptación y disposición para participar en el estudio. Con respecto a la relación entre el/la entrevistado/a y el entrevistador/a, Scribano (2007) sostiene que "la confianza y buena relación entre ambos es definitoria para el éxito de la entrevista. (pág. 74). Basándome en lo mencionado anteriormente, es que decidí realizar una única entrevista en profundidad para llevar a cabo los relatos de experiencias en el marco de estudios biográficos y no consideré pertinente hacer otra entrevista porque el tema podía generar cierta sensación de persecución en las mujeres y, por otro lado, ya había obtenido toda la información planificada en el guion. Como sostiene Scribano (2007) sabremos si obtuvimos la información necesaria cuando hay una saturación informativa y se ha completado el guion flexible preparado para la entrevista. (pág. 89)

Las entrevistas fueron grabadas, previa autorización de las mujeres, y en algunos de los casos se tomaron apuntes cuando ellas siguieron relatando luego de apagado el grabador.

La investigación cualitativa toma como herramienta la interacción para que relación entre el entrevistado y el entrevistador no sea mecanicista, dando lugar al intercambio de historias, percepciones que van de lo individual a lo colectivo (Ferrarotti, 1990, pág. 181).

Análisis de los datos

Se reorganizó el material proveniente de las entrevistas tratando de conservar la lógica del relato. Se desgravó el contenido de las entrevistas y en principio se realizó una lectura en profundidad de todos los relatos para obtener una visión general. Para realizar la interpretación de los datos me basé en el método hermenéutico dialéctico que es una propuesta de María Cecilia de Souza Minayo para realizar la interpretación cualitativa centrada en dos niveles y teniendo en cuenta a los actores sociales y su entorno. El primer nivel de interpretación debe realizarse basándose en las determinaciones sociales-

económicas y políticas del entorno que en el caso de este estudio sería el de las mujeres que interrumpieron la LME antes del sexto mes de sus hijos/as. El segundo nivel se basa en los pasos necesarios para realizar el análisis de la información obtenida y de esta forma emitir conclusiones provisionales (Gómez, 2007, págs. 61,62).

Se tuvieron en cuenta las categorías analíticas que se sostuvieron durante el proyecto en relación a las dimensiones del entramado teórico conectadas dialécticamente en una suerte de vínculo macro-micro social. Vínculo que refleja el cruce capitalismo/patriarcado/medicalización y condiciones de vida/lactancia/interrupción.

Y, por otro lado, como sostiene Romeu Gomes (2003) las categorías “[...] formuladas a partir de la recolección de datos son más específicas y más concretas” (pág.55).

Con fines organizativos, en un primer momento sistematicé el material de las entrevistas a partir de la lógica de las unidades de análisis planteadas, para luego dar lugar a una recategorización que emana de la escucha de los relatos de las mujeres y que otorga un nuevo orden a la exposición -vía categorías- en este documento.

Al respecto Berteaux (1997) sostiene que el análisis temático utilizado para las entrevistas en profundidad, cuando se emplea para los relatos de vida, puede “[...] tener el inconveniente de separar los pasajes de sus contextos discursivos, empobreciendo o incluso modificando su sentido.” Sin embargo “[...] podría ser menos grave cuando se trata de entrevistas destinadas a describir ciertas prácticas y su contexto social” (pág. 100). Es necesario realizar un “trabajo paciente de análisis del relato mismo para construir la estructura diacrónica que en él se evoca” (pág. 80).

Consideraciones epistémicas desde mi lugar como trabajadora de salud y tesista

La investigación social debe llevarse a cabo en la cotidianidad de la sociedad donde se quiere investigar tendiendo a develar aquello que permanece encubierto. Para poder entender lo que se quiere investigar hay que partir de la mirada de cada uno de los actores/as. El/la investigador/a tiene preconceptos elaborados de los que no puede distanciarse si no los revisa críticamente. Es más, debe reconocerlos y explicitarlos al ponerse en comunicación con el/la otro y además para poder comprender la realidad.

Por lo mencionado anteriormente consideré necesario exponerles a las mujeres mi función de directora del Hospital dentro del sistema de salud y fundamentalmente, de, enfermera promotora de la lactancia materna ya que en varias ocasiones di talleres y charlas sobre la temática y también he sido consejera de las mujeres por pedido de los pediatras o médicos del hospital.

Con respecto a los temores que tenía antes de llevar a cabo las entrevistas debo decir que, utilice como estrategia ir a los domicilios de las mujeres acompañada por el Agente Sanitario del barrio donde ellas vivían, con el fin de favorecer el vínculo al estar acompañada con un referente de ellas. Fui muy bien recibida por las mujeres y todas mostraron predisposición a participar en la investigación al comentarles los objetivos, la finalidad y que mi posición estaba fundada en el respeto por las decisiones de las mujeres sin juzgarlas, que era imprescindible que ellas pudieran expresarse libremente sin prejuicios.

Según Bourdieu (1999) el entrevistador tiene que trabajar para disminuir la violencia simbólica durante la entrevista, generando espacios de empatía y escucha activa con el fin de disminuir la distancia social que los separa. El autor francés dice que la relación de entrevista constituye “una relación social que genera efectos [...] sobre los resultados obtenidos” (pág.528) “Es el encuestador quien inicia el juego y establece sus reglas; es él quien, las más de las veces, asigna a la entrevista, de manera unilateral y sin negociación previa, objetivos y usos en ocasiones mal determinados, al menos para el encuestado” (págs. 528, 529) A través de las entrevistas en profundidad vamos a permitirle a las mujeres que el relato pueda fluir libremente, dándole ellas mismas una extensión y orden según cómo vaya surgiendo el dialogo, en un juego de diálogos.

Aspectos éticos

Este proyecto tiene el aval de la CEEPISH (Comisión Provincial de Evaluación de Proyectos de Investigación en Salud Humana) del Ministerio de Salud de la Provincia. De Río Negro y quien además emitirá una evaluación del Comité de Bioética.

Todas las mujeres que participaron firmaron un consentimiento informado (Anexo 2) por escrito en el que se detallan los objetivos de la investigación, la utilización que se dará los datos, la absoluta confidencialidad de toda la información brindada y la posibilidad de retirarse de la investigación si así lo desearan. Para poder garantizar la confidencialidad y proteger los datos y no dar información que permita identificar a las mujeres se utilizara un nombre ficticio.

La investigación fue presentada en el Comité de Ética del Ministerio de Salud de la provincia de Río Negro ya que el Hospital de Río Colorado no cuenta con dicho comité.

RESULTADOS

Nueve mujeres, nueve historias

Juana

Tiene 20 años, vive en la localidad de Río Colorado, en el barrio de Villa Mitre, con su marido y sus dos hijos. Estudia el secundario en forma virtual. Tuvo a su último hijo en el mes de noviembre por parto vaginal, nació a las 39 semanas en el Hospital de Río Colorado y peso 3540 gr. No tiene obra social.

Ella pensaba durante el embarazo alimentar a su hijo solo con teta, “es algo único darles la teta a los chicos, a los bebés más que nada”, al igual que la otra hija que tomó teta hasta los 7 meses.

Juana me dijo que no recuerda haber recibido información sobre la lactancia materna durante los controles de embarazo, pero que la ginecóloga le había dicho de los cursos para embarazadas, pero que ella no pudo ir porque vivía lejos y tenía un embarazo de riesgo. También me dijo que buscaba información en internet, en la compañía Pampers, “en las páginas de pañales te dan mucha información”.

Ella me relató que cuando su hijo nació fue un parto tranquilo, lindo. “Nació sanito, sin ninguna pastilla, sin nada, natural, digamos” fueron las palabras para describir dicho momento. Luego del nacimiento “agarró bien la teta” y se fueron de alta del hospital alimentando a su hijo solo con lactancia materna. Al mes y medio tomaron junto a su pareja la decisión de incorporar la leche de fórmula ya que el niño al control del mes había aumentado bien de peso, pero con el paso de los días había comenzado a dejar la teta, lloraba mucho y ella notaba que no lo satisfacía. Me contó que se sintió mal, “como un rechazo hacia mi cuerpo” porque no quería tomar la teta. También refirió que su marido al principio no le gustaba que tome mamadera, pero al ver los cambios en él bebe se dio cuenta de que solo quería tomar mamadera. Ellos habían decidido darle teta y complementarlo con la mamadera, pero cuando fueron pasando los días era como que él bebe rechazaba la teta.

Cuando volvieron a realizarle el control al bebe, el pediatra les preguntó por qué le habían dado mamadera y ellos le explicaron que habían tomado esa decisión porque notaron que el niño lloraba mucho y no lo podían calmar, que “no se llenaba”.

Juana cuenta que las abuelas también estuvieron aconsejándola y recomendándole que no le dé mucha mamadera porque lo iba a empachar y a su vez le aconsejaban semillitas de sésamo para ella y su bebe, pero ellos se opusieron porque habían decidido que hasta el sexto mes no le darían ningún tipo de alimento que no sea la leche. La prima había tenido

a su bebe unos meses antes y le contaba que se le llenaban mucho sus pechos, pero ella refirió que las dos primeras semanas también “se le cargaban” pero pasado el mes esto dejó de suceder. Su entorno más cercano estaba pendiente de la alimentación del bebe y trataban de aconsejarlos a partir de sus experiencias.

Rafaela

Tiene 29 años, vive en el barrio Centro de Río Colorado, estudia una carrera terciaria y vive con su pareja y su hija. Es docente y da clases en una escuela, lo que le ocasionó problemas durante su embarazo, ya que estaban en tiempos de pandemia covid-19, ella tenía miedo a vacunarse, sumado a que el obstetra no se lo recomendaba por lo cual decidió no recibir la vacuna y esto ocasiono que perdiera el trabajo.

Rafaela controló su embarazo en el Hospital de Río Colorado y tuvo en el mes de noviembre un parto vaginal, a las 39 semanas de gestación y su bebe nació con un peso de 3770 gramos. Ella me contó que durante el embarazo el obstetra le brindo información de cómo estimular el pezón y realizar los ejercicios. Se había enterado de que había cursos pre partos, pero no concurrió porque ya estaba por nacer su bebe.

Rafaela había decidido durante su embarazo alimentar a su hija con leche materna, pero “no hubo forma”. Al principio la alimentó con leche materna, pero refirió que casi no se alimentaba y que continuamente le tenían que pinchar el piecito al bebe para controlarle la glucemia. Ella decidida a amamantar siguió insistiendo y utilizando sacaleches y jeringas para estimular la teta y así poder alimentar a su hija, pero pasadas unas horas decidieron junto al pediatra incorporarle leche de fórmula ya que la beba lloraba mucho y ella ya estaba muy lastimada de tanto insistir, le dolía mucho. Refiere haberse sentido muy frustrada, mal por el vínculo que se establece con el hijo al darle la teta y los beneficios de la leche materna en cuanto a las defensas que las mamás le transmiten, pero también entendía que era la única forma de alimentar a su hija.

Ella me contó que en su familia le insistían mucho en que le dé teta, pero que ella les explicaba que insistía, insistía, pero no podía. Su mamá alimentó a sus hijos con mamadera, su suegra había alimentado a todos sus hijos con leche materna.

Rafaela me refirió haberse sentido muy contenida por el personal de salud tanto en el embarazo, como en el parto y los controles hasta el mes de vida de su hija. A partir del mes decidió seguir controlándola con un pediatra en el sector privado, ya que notaba que era más accesible y podía comunicarse con él a través de mensajes telefónicos.

Ella me relató que la alimentación con leche de fórmula no es tan sencilla como la teta “porque debes preparar muchas cosas cuando tienes que salir de tu casa, biberón, termo

con agua caliente, leche, etc.” y también mencionó que “la alimentación es muy cara si no contás con una obra social que te la pueda proveer”, y que ocasiona un gasto en la economía familiar que muchas personas no pueden absorber.

Rafaela cree que lo que influyó en que ella no pudiera amamantar estuvo relacionado con todos los problemas que tuvo que atravesar durante el embarazo, con la pandemia, la vacuna y su trabajo. Que muchas veces las mujeres quieren tomar las mejores decisiones, pero no se puede, ella lo relata como “responsables” a la toma de decisiones, y hay mujeres que directamente deciden no amamantar.

Gladys

Tiene 31 años, vive en el barrio Centro de Río Colorado. Trabaja en su comercio, pero no cuenta con obra social. Vive con su pareja y su hijo.

Gladys se controló su embarazo en el hospital y tuvo un parto vaginal a las 38 semanas de gestación en el mes de noviembre, su hijo pesó 3230 gramos. Durante los controles el obstetra le dio información sobre lactancia materna, ella sostiene que “el Obstetra fue el que más luchó por la teta, pero bue...”. También refirió que era muy buena la atención del obstetra y que le sorprendía que fuera tan atento y explicara tanto, ya que es hombre. Sabía que había cursos preparto pero no concurrió porque se le complicaba con los horarios del trabajo.

Ella había pensado durante el embarazo alimentar a su hijo con teta. Me contó que ellos querían lo mejor para su bebé y que no haya complicaciones, durante la charla me dijo “salió todo bien, no hubo ninguna complicación en el embarazo, ni en la alimentación”.

A la semana de nacido comenzaron a notar que él bebe lloraba mucho, tenía diarrea, entonces decidieron consultarle al pediatra quien le aconsejó que le diera leche de fórmula, comenzaron con la líquida hasta llegar a la leche en polvo que es la que mejor toleraba.

Gladys me dijo que no se sintió culpable, ni se frustró por no poder darle la teta porque su bebe lloraba todo el día y ella y su marido querían lo mejor para él. Ella refiere que su esposo la apoya y acompaña en todo lo referido a los cuidados del bebe.

La familia siempre está presente aconsejándola, su mamá le cuida al bebe mientras ella trabaja, por eso refiere que fue más fácil que tomara mamadera a que dependiera de la teta. La alimentación de ella y su hermana fue con teta, pero me dijo que a sus hermanos mellizos la abuela le había dado mamadera para facilitarle el trabajo a su mama, la familia por parte de su marido fue alimentados todos con mamadera.

Refiere que siempre se encontró muy acompañada por el personal de salud desde su embarazo, el parto y controles del bebe. Me contó que durante su internación recibió mucho

apoyo por parte de enfermería para poder amamantar pero que nunca pudo saber quién era la enfermera, ya que estaba toda cubierta por el COVID-19.

Camila

Es una mujer de 30 años, que vive junto a su pareja y su hija en el barrio de Villa Mitre en la localidad de Río Colorado. Es ama de casa y no tiene obra social.

Su primera hija nació en el mes de noviembre en el hospital de Río Colorado a las 39 semanas de gestación, por parto vaginal con un peso de 3515 gramos.

Ella había decidido durante el embarazo que alimentaría a su hija con leche materna porque consideraba que toda mamá quiere darle teta a su hija/o. Ella refirió que quería que se alimentara con su leche y que engordara también. Refiere que durante los controles de embarazo no le dieron información sobre la lactancia materna, pero también asumía que después que nació su hija se dio cuenta de que ella tampoco preguntaba mucho, solo como estaba su bebé. Refiere haber concurrido a los cursos pre partos y que le ayudaron muchísimo, cuando se desencadenó el trabajo de parto, ya que cuando concurrió al hospital estaba casi a punto de tener a su hija.

Cuando nació se prendió muy bien a la teta y se fueron de alta del hospital alimentándola solo con leche materna. En el control de los dos meses, el pediatra constato que su bebé no había aumentado lo suficiente, por lo que le dijo que le complementara la alimentación con mamadera. En ese momento Camila se sintió un poco frustrada porque ella quería darle solo leche materna porque según le habían informado los médicos era más sano, práctico y no tenía que estar gastando en leche y era una forma de ahorrar, pero a la vez cuenta que con el tiempo fue acostumbrándose a que su bebe se alimentara con leche materna y mamadera. En la familia venían observando que no aumentaba mucho de peso y le decían que le compren “la cajita” y le dé leche con mamadera, que no pasaba nada, pero ella y su pareja decidieron esperar a que el pediatra se la indicara. También refirió que no sabe si su familia tenía conocimiento de que ella quería alimentar a su hija solo con leche materna, y que en varias ocasiones le recomendaban diferentes alimentos que aumentaban la producción de leche según sus experiencias, como era la avena, el mate, que tome leche, ñaco, etc.

Camila cuenta que le gusta atenderse con el pediatra porque le explica bien, le saca las dudas y en el momento que tuvo que darle mamadera se sintió muy contenida porque le dijo que no era culpa de ella, que no le salga leche, que la nena no engordara y eso me dio un alivio, tranquilidad. Camila cree que el stress que muchas veces las mujeres viven tiene mucho que ver con la producción de leche materna.

Agustina

Es una mujer de 36 años que vive con su pareja y 3 hijas, en el barrio Unión de Río Colorado. Ella trabaja dos veces por semana como empleada doméstica. Tiene obra social.

Me cuenta que tiene tres hijas y que sus partos fueron muy lindos, “es lo más lindo de una mujer, el parto de los hijos” y que las tres hijas nacieron en la cama, “no conozco la sala de partos”. Su hija más pequeña nació en el mes de septiembre en el hospital de Río Colorado a las 39 semanas de gestación por parto vaginal y pesó 4305 gramos.

Los controles de embarazo se los realizó en el CAPS del barrio con el obstetra, ella refiere sentirse muy cómoda porque le da mucha atención, en los controles “te va dando información”, pero nunca concurrió a un curso preparto porque ya al ser la tercera hija tenía más experiencia. En el primer embarazo le dieron toda la información, “ya cuando decís que es el tercer embarazo es más relajado para los médicos, me parece”, fueron sus palabras.

“La alimentación de mis dos primeras hijas siempre fue con teta, la más pequeña cuando nació le di teta la primera semana, pero no aumentaba de peso por eso el pediatra me indico que le dé leche de fórmula”. Ella refirió sentir como un shock, le costó aceptar que no pueda alimentarse solo con teta, pero me cuenta que después se fue acostumbrando y la siguió alimentando con teta y mamadera. En ese momento manifiesta no haberse sentido contenida por el pediatra. A partir del mes de vida comenzó a atenderla con un pediatra en el privado. También relata que cuando amamanto a sus hijas tuvo mucho dolor y grietas de pezón que pudo solucionarlo con una crema que le indico el pediatra, y con la segunda además presento en varias oportunidades mastitis que ella lo atribuía a que tenía frenillo corto por lo que no podía prenderse bien a la teta.

Me contó que la teta fue la alimentación de la familia, que su marido y familiares siempre la están apoyando y acompañando.

Diana

Es una mujer de 27 años que vive en el barrio de Buena Parada junto a su pareja, madre y hermano. Ella trabaja en su propio comercio que está junto a su casa. Tiene obra social.

Tuvo a su primera hija en el mes de septiembre en el Hospital de Río Colorado, por cesárea debido a que se encontraba en posición podálica, con 38 semanas de gestación y tuvo un peso de 3780 gramos al nacer.

Los controles de embarazo los realizó en el CAPS del barrio hasta el quinto mes y después con la ginecóloga porque iba a cesárea. Le habían dicho que era probable que le tarde en “bajar” la leche por la cesárea, pero que si ella insistía iba a poder amamantar. Ella siempre tuvo la idea de amamantar. El obstetra a los cinco meses le hablo sobre la lactancia y los

ejercicios que tenía que hacerse para formar el pezón y también le dijo que busque información en internet, ella buscaba en las páginas de pañales. Algo que resaltó es que no le salía durante el embarazo leche de los pezones y eso le daba miedo, pero que el obstetra le había dicho que “en las películas, eso que te agarras y te salta la leche es mentira” que a ella le iba a salir como le tuviera que salir, que todas las mujeres son distintas.

Cuando su hija nació la colocó al pecho, pero refiere que no le salía leche, así que la bebé lloraba muchísimo y no le permitían darle biberón. Me contó que la pediatra le decía que le dé teta y ella les explicaba que no es que no quiera darle, sino que no le salía leche. Siguió insistiendo hasta que le dio biberón porque como relata la mujer, “la beba estaba sufriendo, “pobrecita”. Ella igualmente siguió poniéndola en la teta e insistiendo, aunque los pezones se le lastimaron y le dolía muchísimo, pero siguió insistiendo porque le decía la pediatra que es la mejor alimentación. Con el paso de los meses, más preciso al tercer mes le pudo dar la teta y a partir de ese momento solo se alimentó con leche materna hasta el sexto mes, “todos contentos” exclamó.

Diana refiere que en la familia todos amamantaron a sus hijos con biberón, es más, su prima insistió, pero no pudo y también como ella trabaja la acostumbró al biberón.

Ella me contó que la atención del personal de salud fue “buenísima”, que “te ayudan un montón”.

Elsa

Es una mujer de 15 años que vive con su mamá y hermanos en el barrio Unión de la localidad de Río Colorado. Ella estudia el secundario con modalidad presencial. No tiene obra social.

Su primera hija nació en el mes de septiembre en el hospital de Río Colorado, por cesárea a las 38 semanas de gestación, con un peso de 2510 gramos.

Los controles de embarazo se los realizó con el obstetra en el CAPS de su barrio, a ella le habían dicho que podía elegir parto o cesárea, pero ella no lo programó, entonces cuando rompió bolsa fue al hospital y ahí decidió la cesárea por miedo que le pase algo a la beba o a ella. Refiere que le hablaron muy poco sobre la lactancia en los controles de embarazo y que nunca le ofrecieron el curso pre-parto, pero ella se apoyó mucho en su mamá y en unos libritos que ella tenía de cuando había nacido su hermanita. También me contó que buscaba en internet, en cualquier página.

Elsa durante el embarazo había decidido alimentar a su bebe con teta, aunque también refirió que sabía que a veces les costaba agarrar o tenían problemas para agarrar. Cuando nació su hija la colocó a la teta, pero no tomaba mucho, ella notaba como que se cansaba

rápido porque era muy chiquita. “Tomaba teta, se dormía y entonces se le bajaba el azúcar y más dormía”. Estuvo tres días internada hasta que la bebe comenzó a alimentarse bien con la teta y el pediatra le dijo que debía complementar con leche de fórmula.

Cuando va a la escuela ella siente que la bebe la extraña porque refiere que la espera para dormirse. También me contó que darle la teta le “da como paz”, intercambian miradas, le da tranquilidad.

Me refirió que en su familia a los bebes los alimentaron con teta y biberón.

El papa de la nena no está muy presente, ya que no la visita con frecuencia y ella siente que no le tiene confianza debido a que le habla y pregunta todo a su mamá. En varias oportunidades sufrió maltrato verbal ante el pedido de su colaboración para el cuidado de la niña.

Sandra

Es una mujer de 38 años que vive junto a sus 5 hijos en el barrio Centro de Río Colorado. Ella trabaja en el ámbito público por lo que cuenta con obra social.

Tuvo a su hija en el mes de septiembre por parto vaginal en el hospital de Río Colorado a las 38 semanas de gestación con un peso de 2755 gramos.

Los controles del embarazo no los realizó todos debido a que estaba en época de pandemia. El parto fue en la cama y se lo hizo la obstetra. Ella tenía decidido darle teta como a sus cuatro hijos porque sabía que era lo mejor.

Cuando colocó a la beba por primera vez a la teta le costó mucho prenderse porque no tenía el pezón formado, entonces chupaba y se le zafaba. Ella sentía como que no se estaba alimentando, pero los controles de glucosa le daban bien. Me contó que fue una situación chocante, nunca le había pasado con sus otros hijos, se ponía muy nerviosa y transpiraba porque no quería verse como inútil o primeriza porque ella no era primeriza. Al no tener el pezón formado y ser muy chiquita la bebe, la mujer la veía como “una hormiguita luchando contra un elefante” La beba lloraba mucho y ella se ponía nerviosa, entonces los pediatras la “autorizaron” a darle leche maternizada, lo que le llamo mucho la atención, ya que en el hospital donde había tenido a sus otros hijos no le permitían darle biberón y acá se sorprendió al no impedírselo. Ella me relató que quería insistir con la lactancia, pero pasadito el mes se le retiró la leche.

El papá estaba presente, pero no vive con ellas porque Sandra decidió no convivir, ya que él es muy inestable y no quiere responsabilidades. Su apoyo y contención son sus hijos ya que con su mamá no tiene relación.

Sandra me contó que esta niña vino a “sanar” algo en la familia que no tendría que haber pasado. Ella sufrió violencia de género por parte del padre de sus otros cuatro hijos.

Marcela

Es una mujer de 30 años que tuvo a su segunda hija por cesárea en el Hospital de Río Colorado.

Ella vive junto a sus padres e hijo en el barrio Unión, y durante el fin de semana también convive su pareja que trabaja en el campo.

Refiere que los controles del embarazo fueron esporádicos, ya que vivía en el campo en ese momento y muchas veces no encontraba turno con los obstetras. También me contó que los síntomas del embarazo los tuvo la pareja antes de ella enterarse que estaba embarazada.

Refirió no haber recibido información sobre la lactancia materna, pero que ella ya sabía por su otro hijo.

Marcela relató que cuando salió de sala de partos la colocó al pecho y se prendió muy bien y no tuvo ningún problema. A los cuatro días después de haberse ido del hospital se le lastimaron los pezones y le dolía muchísimo, pero decidió colocarse una pezonera hasta que se le curaron. Ella, después que nació la nena se fue a vivir al campo que quedaba a 40 km de Río Colorado. Venía los fines de semana y los días lunes le realizaba el control mensual con el pediatra, cuando podía encontrar un turno. La beba se alimentó con teta hasta el tercer mes, ella comenzó a observar que lloraba mucho, no dormía bien en la noche, tomaba un poco de teta y la dejaba, por lo que decidió darle mamadera y a partir de ese momento notó un gran cambio debido a que no estaba molesta, dormía bien. Ella sabía qué leche debía darle, ya que tenía la experiencia de su otro hijo.

Categorías del estudio

La teta como proyecto

Cuando las mujeres deciden amamantar lo hacen basándose en los procesos de socialización que se van dando a lo largo de la vida. Para poder comprender la base de las decisiones tomamos a Bourdieu (1997) quien nos aporta el concepto de habitus:

“Los Habitus están compuestos por disposiciones internas, esto es, inclinaciones a percibir, sentir, hacer y pensar de un cierto modo, interiorizadas e incorporadas de manera no consiente por cada individuo, por estar inserto en determinadas condiciones objetivas de existencia y como consecuencia de una particular trayectoria social.” (pág. 90)

A partir de la trayectoria social vivenciada, cada mujer decidirá si amamanta o no a su bebe/a y tendrá sus argumentaciones. Debemos asumir que la lactancia materna ha sido considerada un hecho natural y necesario para la alimentación de los bebés/as, aunque de acuerdo a cada época y contexto sociocultural ha tenido diferentes significados para las sociedades (Rodríguez García, 2015, pág. 410). Asimismo, Cristina Palomar Vereza (2005) quien analiza la maternidad desde la cultura y la historia, dirá: “las madres tienen una historia y, por lo tanto, la maternidad ya no puede verse como un hecho natural, atemporal y universal, sino como una parte de la cultura en evolución continua” (pág. 40).

Hay estudios que concluyen en que la decisión de amamantar tiene una influencia multifactorial entre los que se destacan determinantes individuales, familiares y sociales. (Vázquez Munive y otros, 2012, S/P)

Entre los diversos relatos se puede observar cómo las mujeres enmarcan a la lactancia materna como una cuestión de todas y cada una:

Camila: “creo que toda mamá quiere darle teta”. “Quería que se alimentara con mi leche y que engordara con mi leche”.

Diana: “siempre tuve la idea de amamantar”. “A los siete u ocho meses ya empecé, no voy a poder porque a la mayoría le sale leche antes y a mí nunca nada”.

Rafaela: “mi idea siempre fue que ella pueda alimentarse con leche materna”

Juana: “yo pensaba alimentarlo solo con teta”

Elsa: “yo quería alimentarla solo con teta, sabía que algunas veces por ahí no agarraban y tenían problemas para tomar y eso, pero yo la teta”

Retomando el testimonio de Camila, “creo que toda mamá quiere darle la teta”, su contenido parece estar relacionado con las representaciones sociales e ideales sobre la lactancia materna presente en el imaginario de las mujeres; imaginarios que han ido reconstruyéndose a través de las distintas épocas, pudiendo generar sentimientos de “buena madre”, o culpa y frustración en aquellas madres que no logran amamantar pero al mismo tiempo contemplemos las posibilidades de decisiones deliberadas en relación a la lactancia. Masó Guijarro (2013 b) sostiene que la lactancia:

[...] implica una realidad biocultural donde las pulsiones y los deseos se vinculan intrínsecamente a las racionalidades, políticas y narrativas culturales vigentes en cada época (de cuño patriarcal la mayor de las veces, por supuesto, en contextos occidentales). Permite, así también, repensar muchos lugares comunes del feminismo”. (pág. 520)

Las mujeres atraviesan diferentes situaciones cuando deciden amamantar y muchos relatos pueden suponer falta de confianza en su cuerpo y su capacidad de amamantar, Diana, nos dice: “A los siete u ocho meses ya empecé, no voy a poder porque a la mayoría le sale leche antes y a mí nunca nada”, esta situación puede interpretarse como un argumento en “su defensa” ante la imposibilidad de poder amamantar.

Coincido con Solé y Parella (2004, pág. 77), en que en los discursos de las madres se ha observado la presencia de sentimientos encontrados o ambivalentes hacia la maternidad y la lactancia materna.

En las mujeres entrevistadas se puede observar cómo influyen las experiencias previas en términos de lactancia en la decisión de amamantar, ya que las mujeres multíparas que han amamantado a sus hijos expresan que pensaron durante su embarazo alimentar al/la bebé/a, “Como a los otros hijos/as”:

Agustina: “yo quería alimentarla con teta como a mis dos otras hijas”

Marcela: “Quería darle teta como al otro nene”

Sandra: “siempre los alimenté en forma natural a los cuatro anteriores”

Como sostiene Pérez Bravo y otros (2017) siguiendo a Alcalá (2015), “cada mujer aborda la maternidad desde unos supuestos propios, diferentes, exclusivos, al mismo tiempo que cada una de las maternidades son diferentes” (pág. 143).

Una de las mujeres entrevistadas definió la lactancia materna como “Lo mejor”:

Gladys: “pensábamos darle la teta” “nosotros queríamos lo mejor y que no tuviéramos complicaciones, y salió todo bien, no hubo complicaciones en el embarazo y en la alimentación”

A partir de todos los relatos podemos pensar que todas las mujeres habían decidido amamantar a sus hijos, muchas de acuerdo a sus experiencias previas, “quería darle teta como al otro nene”, “siempre los alimenté en forma natural a los cuatro anteriores” y otras basándose en las experiencias de otras mujeres e información “yo me crié con mi hermana, ella tiene dos nenes, más instinto, cosas de ver”. Experiencias que fueron incorporando a través de los procesos de socialización, lo que las llevó a decidirse por la lactancia materna. Es difícil establecer el momento en que las mujeres de este estudio tomaron la decisión de amamantar, si fue antes o durante el embarazo, pero sí sabemos que fue previo al inicio de la lactancia materna, proceso deliberado mediante, que me hace pensar que no se trató de un automatismo “compulsivo”. En el avance de este documento lo iremos viendo.

El estudio que llevaron a cabo Vásquez Munive y otros (2012) sostienen que “las motivaciones de las madres para amamantar a sus hijos son brindarles salud y buena

nutrición, manifestarle al hijo su amor y continuar la tradición familiar” (pág., 118). Las mujeres de esta investigación refirieron que querían “lo mejor” para sus hijos/as y también podemos ver a partir de todos sus relatos, como están atravesados por sus experiencias y vivencias que recrean.

Pude ver en los relatos de algunas mujeres, cómo las representaciones sociales y la idealización de la lactancia materna influyen a la hora de decidir cómo alimentar a sus hijos/as, pero no podría decir que lo determina, así como también podría decir que muchas de las decisiones de seguir amamantando a pesar de interrumpir la exclusividad de la lactancia estuvieron relacionadas con convicción más que con idealización. Así mismo, la Psicóloga Luciana Ré (2016) sostiene que la promoción de la lactancia materna no puede ser una idealización que pase por encima las individualidades, al mismo tiempo, reconoce que:

“Dar la teta es un derecho y un logro que empodera. También una elección, y a veces hasta un lujo: hay que ser capaz, no abandonar en el intento, tener apoyo e información. Ahora bien: tampoco la sacralización. Hoy por hoy veo entre mujeres educadas una especie de revuelta naturalista que ha convertido a la lactancia en mandato, un mandato al que podemos meter en el mismo combo de la crianza con apego, el colecho y el porteo. Me parece que con este discurso de que somos mamíferos hay una oleada que me huele a biologicista y que termina siendo tendenciosa y reduccionista. Claro que es valioso defender la lactancia, pero sin atrincherarse”. (En Ocvrik, 2016, S/P)

El Sistema de salud en el proyecto de amamantar. El sistema de salud Nacional y Provincial (Río Negro) cuenta con políticas de salud a nivel Internacional y de alcance Nacional (Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, la lactancia materna en el decenio 1990, La Iniciativa Hospital amigo de la madre y el niño) que han sido desarrolladas con el fin de favorecer la lactancia materna de los niños/as hasta el sexto mes de vida en forma exclusiva. Basándose en ellos cada sistema de salud en su singularidad establece estrategias de atención y acompañamiento de las mujeres para que con la información adecuada pueda tomar sus propias decisiones sobre la alimentación de sus hijos/as. Este es un tema ya desarrollado en el marco teórico, al teorizar sobre la dimensión general de la determinación Social de la Salud y la vida que plantea Jaime Breilh. Basándome ahora en los relatos de las entrevistadas y teniendo en cuenta el proceso de atención de la mujer embarazada, podría decir que el papel de las prácticas implementadas por el personal de salud en el acompañamiento de la toma de decisiones. Como decía en la introducción, las estrategias que lleva a cabo el Hospital de Río Colorado y sus Centros de

Atención Primaria pueden ser propiciadoras de prácticas adecuadas o impulsores de mandatos invasivos.

Todas las mujeres entrevistadas refieren haber realizado los controles de embarazo en el centro de salud de su barrio, manifiestan haberse sentido muy bien durante la consulta y tres de las mujeres destacan la atención del obstetra refiriendo sentirse cómodas, acompañada y contenidas. Debo mencionar que dos de las mujeres resaltan con asombro la atención obstétrica con relación al género.

Agustina: “me encanta como atiende el obstetra y siento que te da mucha atención. La Obstetra también, pero a mí en lo personal me gusta el obstetra”.

Rafaela: “los controles me los hice con el obstetra. Me sentí re cómoda, re bien, mira, yo tenía mucho miedo. Y esto de ir con un hombre, viste, siempre fui al ginecólogo con una mujer y no, me sentí re cómoda, muy acompañada, en las consultas preguntaba todas las dudas, él me contestaba, estaba muy atento. Me aconsejaba, me sentí muy cómoda”

Gladys: “los controles me los hice con la obstetra y los últimos con el obstetra (Andrés). Estoy muy contenta con el obstetra y me llama la atención que sea tan atento y explique tanto, ya que es hombre”

De las mujeres entrevistadas, cinco refirieron haber recibido información sobre lactancia materna desde el personal de salud, puntualizaron en el/la obstetra y que fue recibida durante la consulta. Los relatos de las mujeres visibilizan divergencias acerca del lugar de la información sobre lactancia en los controles obstétricos y qué gran parte de la lactancia materna eficaz estaba relacionada con el incentivo y estímulo que lleve adelante la mujer.

Diana: “al quinto mes me hablo de la lactancia, que me haga los ejercicios con agua caliente, tocarme. Me dijo que no me asuste si no me salía, que incentivando a la nena cuando amamante me iba a salir”.

Gladys: “El obstetra fue el que más lucho por la teta, pero bue ...(risa)”

Rafaela: “más que todo, esto de poder estimular el pezón. No hubo forma, nunca se me formo el pezón, no me salía leche. Me decía, el obstetra, que en las películas eso de que te agarras y te salta leche es mentira. Te va a salir como te salga a vos, son todas distintas”

Elsa: “en los controles de embarazo me hablaron poco y nada de la lactancia”.

Una de ellas expreso que si tenían más hijos las consultas eran más relajadas:

Agustina: “ya cuando decís que es el tercer embarazo es más relajado para los médicos, me parece”.

Dos mujeres refirieron no recibir o no recordar haber recibido información del personal de salud. Debo mencionar que en este punto las mujeres también focalizan en la consulta obstétrica. Ellas hacen referencia a sus experiencias personales previas como su mayor conocimiento sobre la lactancia materna.

Marcela: “no me guiaron, no me ofrecieron ningún taller con ella, con el nene sí. No hice ningún curso, digamos más instinto y cosas de ver”

Juana: “no recuerdo que me hayan explicado sobre la lactancia materna, pero yo, cuando él nació era un poco más consciente y me iba informando más”

En la entrevista con Marcela, ella menciona que no recibió información y refiere que sus conocimientos en cuanto a la alimentación de su hija “es más instinto y cosas de ver”. Al analizar sus dichos tenemos que tener en cuenta que ella cuenta con experiencia previa, ya que es su segundo hijo/a y además porque también en la entrevista relata: “Yo me crié con mi hermana y ella tiene dos nenes y prácticamente se criaron conmigo”.

Una de las mujeres refirió no recordar haber recibido información sobre lactancia materna en las consultas obstétricas, pero a su vez asume que ella no preguntaba nada.

Camila: “Posparto digamos, yo caí de que no le preguntaba nada, solamente como iba el embarazo”

Cinco de las mujeres entrevistadas refirieron tener conocimiento sobre el curso parto que se brindaba a las embarazadas, pero solo una concurrió. Debo destacar que una sola mujer refirió recibir la información de parte de la ginecóloga, las otras entrevistadas se enteraron por las noticias o carteles que se encuentran en los distintos centros de salud u hospital. A partir de los relatos de las mujeres puedo interpretar que el personal de salud no hace hincapié en la promoción e instauración de la lactancia materna, ya sea durante el embarazo y en el posparto inmediato. Asimismo, puedo inferir que no se logró establecer en la consulta una relación de confianza y contención donde se haga hincapié en la importancia de que las mujeres puedan evacuar todas sus dudas. Si bien, las mujeres referían “mucho atención” por parte del obstetra/a en el consultorio, a su vez también manifestaron que no recibieron información sobre lactancia materna durante las consultas. No puedo dejar de señalar que el/la obstetra no es el único personal de salud que establece relación con las mujeres embarazadas ya que cuando la mujer concurre al centro de salud es recibida por la enfermera y agente sanitario, que son las/os que establecen el primer contacto creando una relación de confianza debido a que son las/os referentes del barrio. A partir de lo que manifiestan las mujeres podemos inferir que ninguno/a brindó información sobre lactancia materna exclusiva.

María Pozzio (2010) sostiene que las políticas en salud son todo lo que los estatales hacen, es decir, los programas que implementan como su labor asistencial. El personal de salud ejerce una micropolítica en su relación con el paciente, cuyas prácticas deben estar inspiradas en las políticas de salud (pág. 32). Recordemos que en líneas anteriores las mujeres referían “muchacha atención” por parte del/la obstetra en el consultorio, y, teniendo en cuenta la micropolítica que atravesase a la consulta, se puede ver reflejada la decisión que tomen las mujeres en busca o no de espacios de información y acompañamiento brindados en este caso por el Hospital de Río Colorado, y también en la manera en que comience y se establezca la lactancia materna.

Retomando el entramado teórico, donde me ubico conceptualmente en la corriente determinación social de la salud; en ella Breilh (2013), se refiere a la dimensión general enmarcada en el capitalismo, las políticas públicas y que aprovecho para atravesar el análisis de la lactancia. La alimentación con leche materna se basa no solo en salud, sino que también tiene intereses económicos y sociales. Los estudios de Rodríguez García (2015) y Vallone (2009) muestran como el capitalismo ha implementado distintas políticas, estrategias y tácticas con el fin de introducir y publicitar las leches de fórmulas.

No podemos dejar de reconocer la influencia de las políticas públicas, en cuanto al fomento de la lactancia materna, y los grupos activistas, difundiendo los beneficios tanto para la mujer y el niño/a, ya que están presentes en el proceso de la toma de decisiones con la información adecuada fundamentada en investigaciones científicas.

Para poder evaluar el impacto de las decisiones políticas que toma el Hospital de Río Colorado, creando un espacio para las mujeres embarazadas y la micropolítica que lleva adelante el personal de salud, pudimos establecer que, de las nueve mujeres entrevistadas, una sola concurre al taller parto y refiere que fue poco antes de tener el parto de su beba:

Camila: “alcance a ir a dos. Me sirvió un montonazo porque me explicaron del trabajo de parto”

Una de las mujeres entrevistadas refirió que el obstetra le dijo que busque información en las redes sociales.

Diana: “el obstetra me decía que busque información sobre lactancia, así que buscamos en internet. En las páginas de pañales te dan todo”

Podemos pensar que en la no concurrencia hay una mezcla de confianza en “lo instintivo” por un lado, y de desencuentros con la propuesta institucional por otro, ya que no consideraron oportuno concurrir a los talleres parto ofrecidos por el Hospital de Río

Colorado. Las razones que manifestaron fueron, “no quería, porque era la tercera”, “se me complicaban los horarios con el trabajo”, “cuando salió en el hospital, yo ya estaba por tener y empezaban desde cero”, “yo viajaba mucho, se me complicaba ir y venir”.

Las otras mujeres de la familia

Alimentación de sus hijos/as. Algunas de las mujeres entrevistadas refieren tener apoyo familiar y relatan cómo fue la alimentación de bebés/as de sus familias. Considero importante incorporar el análisis acerca de cómo las madres, abuelas y hermanas han alimentado a sus hijos transgeneracionalmente porque puede influir en la toma de decisiones de las mujeres al momento de determinar si alimentar a sus hijos con leche materna o interrumpir dicha práctica una vez comenzada. Esto no necesariamente en términos de repetición de historias, sino que se relaciona con cómo las experiencias familiares previas atraviesan con sus discursos y sus prácticas, las decisiones.

Diana: “en mi familia todos dieron biberón. Tengo mis primas y ninguno pudo amamantar. Mi prima Cintia, que tuvo también hace poquito, tiene 5 meses la bebe y no pudo tampoco.”

Agustina: “la teta fue la alimentación de la familia. Mi familia siempre está, mi mamá, mis hermanos también”

Gladys: “yo y mi hermana nos alimentamos a teta y los mellizos a mamadera. Ellos cuando nacieron mi abuela le metió la mamadera por el tema de que eran dos para que no se enloqueciera mamá. Mi suegra les dio mamadera a todos desde que nacieron.”

Rafaela: “mi familia me aconsejó mucho sobre el embarazo y la alimentación” “mi mamá no pudo darle la teta a ninguno de nosotros, creo que al más grande sí, unos poquitos meses” “mi suegra les dio teta a todos”

Camila: “Mi mamá tuvo ocho hijos y siempre la teta, y dos de mis hermanas que tienen hijos, ellas no le dieron la teta, tampoco, no sé si porque no insistieron o porque no quisieron darle.”

En sus relatos las mujeres describen distintas formas de alimentación de los niños/as de sus familias y cómo muchas veces las mujeres referentes que apoyan y acompañan durante el proceso de alimentación toman decisiones fundamentadas en sus creencias o vivencias. También podemos observar que tienen información sobre las formas de alimentación, pero no podríamos hacer vinculaciones lineales entre los saberes y el resultado en términos de lactancia. Recordemos que las mujeres de esta investigación habían decidido amamantar a sus hijos y se puede advertir una universalización de la idea de amamantar, pero a su vez nos encontramos que en algunos casos sus madres, hermanas, abuelas y tías no amamantaron a sus hijos/as, por lo que no se cumpliría con la cuestión determinista de que,

si la madre no amamantó, la hija tampoco lo hará o al menos no se lo planteará. Esto quizá tenga que ver con que el ideal, es transmitido más allá de la materialidad. Al mismo tiempo, no se podría acentuar lo contrario, es decir, que si las mujeres de la familia amamantaron también sus hijas lo harán con exclusividad.

Sin embargo, el estudio llevado a cabo por Hoddinott y otros (1999) sostiene que las mujeres que habían visto regularmente a un familiar o amigo amamantar con éxito y describieron esta experiencia positivamente tenían más confianza y compromiso con la lactancia materna. También tenían más probabilidades de tener éxito. Si la lactancia materna se había visto con poca frecuencia y otras personas presentes habían hecho comentarios negativos, su reacción fue menos positiva (S/P). Las experiencias y vivencias que hayan tenido las mujeres marcarán un lugar al momento de decidir la alimentación de sus hijos/as, aunque no determinantes porque como ya lo hemos mencionado anteriormente en este estudio, todas las mujeres decidieron amamantar a sus hijos/as. En el relato de Diana se puede evidenciar esto también, ya que ella me manifestó que en toda la familia les dieron biberón a sus hijos/as y en particular habla de su prima Cintia que había tenido familia hacía cinco meses y no pudo amamantarlo a la vez que dice “ella tenía que estar fuera de la casa porque trabaja y lo acostumbro al biberón”. Ella misma también reconoce en su relato que trabaja en su negocio junto a su casa, pero con la ayuda de su mamá se hace los espacios para amamantar. Se ve en la entrevista que ella fundamenta las decisiones de la prima, pero a su vez busca estrategias para poder amamantar más allá de las experiencias de su prima.

Al tener en cuenta que las mujeres reciben información de madres y abuelas basada en sus creencias, no podemos dejar de considerar que la alimentación de los niños/as ha ido cambiando a lo largo de los años de acuerdo con los contextos sociohistóricos, culturales y situacionales de cada época.

Más arriba mencionaba el concepto “creencias”, Pierre Bourdieu (2007) sostiene que “La creencia, pues, es constitutiva de la pertenencia a un campo” (pág. 109). “La creencia en actos, inculcada por los aprendizajes primarios, [...] tratan al cuerpo como una ayudamemoria, como un autómatas que lleva su espíritu sin que él piense en ello” (pág. 111). Atendiendo a esta conceptualización, podemos decir que la lactancia materna ha sido una preocupación de todos los grupos sociales a través de los años, las abuelas transmitían sus vivencias y las que habían heredado de sus familiares con la finalidad de garantizar la alimentación de las/os niños/as. Ahora bien, las mujeres de este estudio han dado muestra de una incorporación no mecánica de las creencias y experiencias familiares en términos de lactancia, de manera que las mismas han operado en el marco de cotidianidades e institucionalidades, generando nuevas configuraciones decisionales.

A partir de sus relatos considero que las mujeres de este estudio tienen en cuenta las experiencias de las mujeres de la familia y sus consejos al momento de tomar decisiones en cuanto a la lactancia materna, pero también, así lo hacen basándose en sus concepciones y los acuerdos que establecen con su pareja. Estimo que varias de las mujeres toman decisiones más allá del deber ser, no teniendo en cuenta las alternativas y aquellas situaciones que les da más bienestar a la tríada, mujer-hijo/a-pareja. Así mismo, Claudia Mora (2021) sostiene que las mujeres toman “decisiones no tanto por el deber ser, sino que ponderando las alternativas y qué es lo que te hace más feliz como mujer” (S/P). Podríamos pensar que en esa ponderación de alternativas están presentes los aires de un feminismo promotor de la lactancia materna como derecho y como voces, tal cual lo plantea Massó Guijarro (2013, pág. 175,176). Entonces cuando la situación de la mujer cristaliza en la imposibilidad de amamantar quizá el sufrimiento que muchas veces relatan, y que se vuelca más adelante, no siempre provenga del mandato moralizador sino del deseo reivindicador no cumplido.

Considero que las mujeres de esta década han sido empoderadas para poder tomar sus decisiones de acuerdo a sus vivencias, pero también a toda la información que obtienen, en cambio, sus madres y abuelas vivieron en épocas, donde se vislumbra una mezcla entre la perpetuación del mandato moralizador higienista y el impulso de las leches de fórmula, ambos ángulos del capitalismo. Algunas de las abuelas o madres vivenciaron los sonidos del modelo higienista que sigue resonando, donde según Gabriela Nouzeilles (2000) “La familia es el lugar en el que coincidieron el poder político, la vigilancia higienista y el saber eugenésico. La medicina debía intervenir y opinar sobre la salud de los cónyuges, los niños/as, las mujeres”. (pág. 41) El trabajo doméstico y el cuidado de los hijos estaban a cargo de las mujeres. Lo doméstico era sinónimo de privado. Aun así, la lucha de las mujeres no ha sido en vano, considero que las mujeres tienen más autonomía en la toma de decisiones y como sostiene Dora Barrancos (2014) “[...] las mujeres no tendríamos derechos humanos si no fuera por la valía y la lucha de las propias mujeres”

Consejos de familia. La familia es un gran soporte para las mujeres, de este estudio, que decidieron amamantar y que por diversas situaciones tuvieron que incorporar leche de fórmula. Las mujeres de la familia basándose en sus experiencias, creencias, aconsejan la alimentación con leche materna más allá de que hayan amamantado o no a sus hijos/as. Como ya lo hemos referido anteriormente se vivencian variados sentimientos en las mujeres que deben interrumpir la LME por eso muchas veces deben dar explicaciones o poner límites a los consejos para que no les provoque más frustración, o en otros casos dejarles en claro que ellas ya tomaron una decisión. Las mujeres reconocen las buenas intenciones de la familia, pero ponen límites para no agobiarse.

Camila: “me decían cosas que podía comer para tener leche, cuando vieron que la gorda no engordaba, me decían por ejemplo que tome leche obviamente, ehh que coma, que tome leche con avena, leche con avena, también el ñaco no sé si lo conoces, ese también mi mamá dice que ella cuando, bueno en su tiempo cuando tuvo hijos tomaba eso con agua, así nomás, y eso te ayudaba a producir leche, y nada yo empecé a tomar más leche, ehh, no era de tomar leche, pero igual yo vi que por más de que tomara o comiera lo que me decían, seguía igual. Igual le tuve que incluir la leche de fórmula asiqué, no se modificó”.

Rafaela: “Eh... si, todo..., me aconsejaron mucho el tema, ahí cuando nació de insistir con la teta, insistí, insistí, insistí, ya llego un momento que dije bueno, basta porque es mi decisión, yo le quiero dar la teta, no es que se la estoy negando, pero no, no me sale, o sea entiendo su interés de querer aconsejarme y todo, pero, no..., había que alimentarla y yo le ponía toda la onda, pero no, si o si todo lo que pude darle con el sacaleches, me salía muy poquito igual, se lo daba”.

Gladys: “Dentro de todo lo llevamos bien, no se metieron tanto, digamos, pero siempre aconsejándonos como ir haciendo las cosas”.

Marcela: “Si, si charlamos sobre la alimentación, siempre hay alguien que te da un consejo, no mira, tienes que hacer esto... porque yo con los míos, siempre hay alguien en la familia que viene y te dice”.

Juana: “Que no era bueno darle mucha mamadera, que lo iba a empachar, o cosas así que tenía que tomar la teta y eso te hace sentir peor. La situación que él tenía que solo tomaba mamadera. Me han recomendado unas semillitas de sésamo para que tome y le diera a él. Al mes y medio me dijeron, pero nosotros nos opusimos hasta que él tenga los seis meses no darle nada de nada”.

Recordemos que incorporo dentro del Marco Teórico el concepto de Determinación Social de la Salud y la vida acuñado por Jaime Breilh y que en el interior este autor propone una segunda dimensión que se refiere a las condiciones del orden de las instituciones de la salud, la subjetividad y de la cultura. Desde esta línea, incorporo la vinculación entre las condiciones del orden cultural y lactancia para dar cuenta que la lactancia materna es un fenómeno que va más allá de la mujer que alimenta a su bebe, si no que esa mujer se construye en el marco de las distintas sociedades y culturas. Rodríguez García (2015) sostiene “[...] que la lactancia materna ha sido considerada un hecho natural y necesario para la alimentación de los bebés/as, aunque de acuerdo a cada época y contexto sociocultural han tenido diferentes significados para las sociedades”. (pág. 410) Las mujeres y sus familias tienen concepciones y significaciones transfamiliares, que van pasando de

mujer a mujer entre generaciones, frente a la lactancia. Ahora bien, sostener esto no se contradice con pensar qué es lo que las mujeres hacen con esas concepciones.

Pero como sustenta Sánchez Molinaro (2014) el “peligro” reside en su alta capacidad de “penetración” en un momento de gran permeabilidad e inseguridad como es el postparto” (pág.1). Estas concepciones son entendidas como saberes que se transmiten a través de las generaciones para tratar los “padeceres” que les surgen a las mujeres durante el amamantamiento.

En este sentido, Menéndez (2003) sostiene que “los conjuntos sociales manejan saberes preventivos no solo para las enfermedades denominadas tradicionales, sino también para aquellas que se reconocen como amenazantes” (pág. 125).

Podemos observar que para las familias los problemas en la alimentación de los bebés/as se reconocen como una amenaza a la integridad y bienestar, por lo que expresan variadas recomendaciones, “que insistan”, otros que “le den la cajita de leche”, otros que “incorporen semillas”, etc. Todos buscaban ayudar a las mujeres desde sus conocimientos y experiencias previas. Las mujeres abordadas recogen la información que le brindan sus madres, abuelas, tías, hermanas, pero la decisión la toman junto a sus parejas y algunas de ellas con la aprobación del personal de salud.

Así mismo, Sánchez Molinero (2014) sostiene que “el miedo a no fabricar leche suficiente y que esa leche no fuera “buena”, ha sido una constante de las madres que han amamantado a sus hijos desde tiempo inmemorial”. Por todas estas razones es que se han generado ancestralmente rituales, consejos y prohibiciones necesarias para controlar o regular la nutrición infantil. (pág. 1)

Cortes Rúa y otros (2019) en su estudio afirman que “el entorno, sobre todo la familia más cercana, ejerce una gran influencia sobre la madre. Con frecuencia realizan sugerencias y comentarios negativos basados en mitos o falsas creencias que perjudican la LM” (pág. 211).

Tríada (mujer- pareja- hijo/a) en la lactancia materna

Apoyo, acompañamiento y aceptación fueron las palabras que usaron la mayoría de las mujeres para describir las actitudes de sus parejas ante la interrupción de la lactancia materna y la figura paterna.

Gladys: “Y no, pobre, él me apoya en todo, (risa) no hubo problema, siempre acompañándome y lo mejor para el nene”.

Juana: “A lo primero no le gustaba que tomara mamadera, pero cuando vio que él lloraba, lloraba y la teta no lo satisfacía, compramos la mamadera y a lo primero no le gustaba,

quería que tomara teta, teta. Pero al tiempo se dio cuenta que el solo quería tomar mamadera”.

Rafaela: “cuando tomamos la decisión fue la del pediatra que estaba en el hospital, mi decisión y la de mi pareja”.

Agustina: “Mi marido me ayuda un montón, estuvo en los tres partos, me apoya y acompaña”.

Camila: “El bueno, él sabía que yo quería darle teta solamente, pero bueno, tuvimos que aceptar, no él, lo acepto más que yo”.

Diana: “mi marido me apoya mucho”.

En la tercera dimensión de la determinación social de la salud incorporamos a la familia y dentro de este núcleo nos centramos en los convivientes. Los relatos dejan en evidencia como las parejas de algunas de las mujeres están presentes en el cuidado de los bebés/as y también son partes en la toma de decisiones en cuanto a la alimentación y el bienestar del niño/a.

Como sostienen algunos estudios (Abraham et al, 2014; Waldheim de Arizu, 2010) la pareja tiene mucha influencia al momento de decidir amamantar o de continuar una vez comenzada con la práctica. A su vez, la Sociedad Argentina de Pediatría sostiene que cuanto más acompañada y contenida esté la mujer en la crianza y alimentación del/la bebé, más exitosa va a ser la lactancia materna (Subcomisión de lactancia materna, 2015, S/P). Dicha afirmación se ve reflejada en los resultados obtenidos en el estudio que llevó a cabo Pérez Bravo (2015) en el cual las mujeres mencionan a las parejas como principales apoyos sociales de las madres en la lactancia.

Dos de las mujeres entrevistadas relataron no convivir con el padre de sus hijas. Y entre las palabras que destaco de su relato son “cree que no sé” y “no quiere responsabilidades”. También debo decir que, si bien estas mujeres no refieren estar contenidas y acompañadas por sus parejas, ellas dos refirieron contar con contención y acompañamiento por parte del núcleo familiar.

Sandra: “El papa estuvo de acuerdo en darle leche de fórmula porque él veía que la beba insistía, pero no podía. Yo vivo con mis hijos, mi pareja no. Decidí estar sola. Quise apostar a una nueva pareja, pero él es muy inestable, no quería responsabilidades”.

Una voz en otro tono fue la de Elsa:

“El papa de la bebé cree que no sé, que soy tonta porque le dice todo a mi mamá. Me da miedo cuando se la lleva porque no tiene cuidados”.

Las mujeres buscan una red de apoyo en las parejas, familias, amigos, donde sentirse contenidas para poder sobrellevar todos los cambios que ocasiona la maternidad en su vida.

Podemos ver en los relatos de Sandra y Diana que los padres de sus hijas/os no ejercen compromiso y apoyo hacia ellas, ya que refieren que “no quieren responsabilidades” y “cree que no sé”, así mismo Sámano y otros (2018) en su estudio evidencian que algunas de las barreras de no practicar LME son ser madre soltera y no tener el apoyo de la pareja.

A partir de los relatos se visibilizan algunas características de la sociedad patriarcal que considera que las mujeres son buenas madres si amamantan a sus hijos. Así mismo, Victoria Pérez (2020) sostiene que:

“El amamantamiento está dentro de ciertas condiciones que se dan en la sociedad patriarcal. Hay factores que influyen ampliamente, como el mandato de que la mujer debe dar la teta, y si no la da, no es buena madre. También se exige que debe darlo todo y sacrificarse hasta el final, aunque sufra y no la pase bien”. (S/P)

En los comienzos de la lactancia

Las mujeres entrevistadas relatan que el primer momento en que colocaron a sus hijos/as a la teta no tuvieron ningún problema para alimentarlos:

Agustina: “Cuando nació tomó una semana teta sola”

Marcela: “cuando salí de la sala de partos bien, porque ella estaba bien, se prendió a la teta, no tuvo ningún problema. Yo me sentía bien porque ella estaba bien, no tuve ningún problema para amamantarla.

Juana: “cuando nació tomo teta”

A la vez, otras mujeres ya desde el comienzo del amamantamiento tuvieron dificultades que debieron enfrentar relacionadas con la leche y los cuerpos, entre ellas el pezón no formado, cansancio de la beba al succionar, se le bajaba el azúcar, dificultad para la prendida al pecho, dolor, grietas, falta de bajada de leche.

Elsa: “la primera vez que me la dieron para que la alimente no tomaba mucho la teta, como que se cansaba rápido y se dormía. Al tomar teta y se dormía, se le bajaba el azúcar, y más dormía, más dormía y así estaba”.

Gladys: “me ayudó una chica a ponerlo al pecho que nunca supe quién era, nunca la pude reconocer porque estaba toda tapada por el tema del covid-19, no sé quién fue, pero estuvieron como dos horas y pico las chicas en la pieza conmigo”

Camila “al principio agarró re bien la teta, la bebe cuando nació, un parto re lindo, re bien.”
“cuando le empecé a dar la teta me dolía muchísimo, me dolía”

Diana: “como fui a cesárea, me dijeron que me iba a tardar en bajar la leche, nada más que no pensaban que me iba a tardar tanto, fueron 3 meses” Y ahí estaba nerviosa, viste que ahí en el hospital no te dejan, no te permiten dar el biberón. Y ella lloraba, lloraba, lloraba y no me salía leche y como que te obligan a darle la teta”.

Sandra: “por ser la última me sorprendió, no pudo agarrar, fue la única que no me agarró el pecho porque yo no tenía el pezón formado y ella tenía la boca muy chiquita, parecía una hormiguita luchando contra un elefante”. Incluso era mi desesperación porque cuando ella agarraba el pezón, succionaba, salía, pero se le zafaba y yo estaba viendo que no se alimentaba bien.” “Las enfermeras se ponían a ayudarme con la beba, pero yo me ponía nerviosa y la beba lloraba. Yo parezco una mamá primeriza, con la experiencia que tengo”

Rafaela: “nació la nena y en el hospital se intentó mucho, las enfermeras me ayudaron mucho a ver si podía alimentarla y no hubo forma.” “Pensamos que estando en casa más tranquila quizás podía tomar la teta, y si tomaba, pero muy poquito, muy poquito, entonces sí o sí tenía que estar la leche de fórmula”.

También una de las mujeres presento dolor y grietas en su primera semana de amamantamiento, pero pudo superarlo usando pezoneras. Acá podemos evidenciar como las mujeres a partir de conocimientos previos buscan medidas de autocuidado para solucionar su problema.

Marcela: “La primera semana se me lastimaron los pezones y la sufrí un montón, pero fue la primera semana. Después de salir del hospital al 3 o 4 días se me empezó a lastimar y bueno usaba pezoneras, no me podía tocar”.

Diana: “se ve que cuando empezó a querer salir leche se me lastimaron, se ve que se tenía que formar el pezón. ¡Lloraba, pero le daba igual, pobrecita! Sufrí un montón, pero viste que te dicen, me decía la pediatra que la mejor alimentación es la teta. Así que teta, teta hasta que empezó a salir”.

Aquí podemos ver que las mujeres intentaron colocar a sus bebés al pecho como lo habían proyectado durante el embarazo, pero se puede evidenciar que, aunque estén decididas a amamantar, muchas veces hay complicaciones, por lo que es necesario una preparación adecuada durante el embarazo para poder resolverlas. También debemos mencionar que muchas veces el logro de un amamantamiento con exclusividad va a estar relacionado con las condiciones particulares e institucionales alrededor del parto de la mujer. La OMS y Unicef (2018) recomiendan el contacto piel a piel entre madre y niño/a durante la primera

hora de vida con el fin de prevenir la hipotermia, favorecer el vínculo madre/hijo y promover el inicio de la lactancia materna y su instauración a largo plazo.

También podemos afirmar que todos los/las bebés relacionadas/os con este estudio, comenzaron a alimentarse con teta y algunos/as ya desde los comienzos debieron complementarlos con leche de fórmula y sin diferenciar entre horas y días, diversas fueron las causas por las cuales los/as pediatras y/o el personal de salud la indicaron.

A partir de los relatos de las mujeres podemos evidenciar cómo ellas hacen frente a sus sufrimientos ya sea por dolor, gritas, etc., pero ante situaciones de llanto, falta de alimentación, técnicas invasivas usadas por el personal de salud para control de sus hijos/as, ellas buscan alternativas para el bienestar de sus bebés/as.

Diversos estudios señalan entre las principales razones para dejar de amamantar la sensación materna de producción insuficiente de leche, indicación médica, dolor físico, inseguridad sobre la alimentación (Oribe y otros, 2015; González y otros, 2017; Pino y otros, 2013; Flores y otros, 2017; Cortes Rúa y otros, 2019).

El personal de salud en los comienzos de la lactancia. Los relatos de las mujeres entrevistadas con respecto a sus sentires frente al accionar del personal de salud y el comienzo de la lactancia materna, podemos decir, que fueron contradictorios. Por un lado, refirieron sentirse contenidas, apoyadas y calificaron como amorosas a las enfermeras:

Gladys: “la atención fue re buena, espectacular”.

Juana: “Acá me atendieron súper bien”.

Rafaela: “Fueron un amor, la verdad que no me puedo quejar porque todo el tiempo que estuve fueron amorosas, ¡bueno mamá lo vamos a intentar!”.

Elsa: “En el hospital me sentí re bien, re cómoda. Buena onda”.

Diana: “La ginecóloga, divina, buenísima. La primera enfermera que me atendió buenísima, te ayuda un montón”.

Sandra: La atención todo bien.

Pero a su vez también relataron que se sintieron obligadas, nerviosas, insistencia por parte del personal de salud con relación a la lactancia:

Rafaela: “en el hospital siempre me decían, vamos a intentar, intentar, pero no se podía porque yo ya estaba sufriendo mucho, se probó con un sacaleches eléctrico, con jeringa haciendo sopapa, estimulándolo, ya estaba toda lastimada, me dolía mucho porque tenía todo lastimado”.

Diana: “Y ella lloraba, lloraba, lloraba y no me salía leche y como que te obligan a darle la teta”.

Sandra: “Las enfermeras se ponían a ayudarme con la beba, pero yo me ponía nerviosa y la beba lloraba”.

No olvidemos que todas las mujeres entrevistadas comenzaron a amamantar, algunas de ellas presentaron dificultades durante la internación que llevaron a que el personal de salud decidiera incorporar o suplementar con leche de fórmula.

Las mujeres entrevistadas refieren haber sido bien atendidas y tienen adjetivos positivos hacia el personal de salud, aunque también refieren insistencia y obligación. Estimo que, aunque las mujeres reconocen una buena atención durante su hospitalización, no tienen bien en claro el papel fundamental del personal de salud para establecer la lactancia materna en los primeros momentos y sostener a las mujeres en las posibles complicaciones que puedan surgir durante la internación y/o a lo largo de los seis meses. Recordemos a su vez que las mujeres relataron que durante su embarazo no recibieron mucha información sobre la lactancia materna y que solo una de ellas decidió participar de los talleres preparto. Puedo percibir que las mujeres recibieron escasa información sobre la alimentación de sus hijos/as y todos los temas relacionados con la maternidad.

Rangel y Flores (2018) sostienen que la mayoría de las mujeres narran experiencias de exigencias y juzgamiento, más que de consejería por parte del personal de salud. (pág. 308)

Momento de incorporación de la leche de fórmula

Entre los relatos de las mujeres entrevistadas se evidenciaron diferentes condiciones que influyeron en la interrupción de la lactancia materna exclusiva. Desde el punto de vista de las políticas de salud y el accionar del personal de salud se puede observar que la incorporación de la leche maternizada fue por indicación médica, por decisión de las propias mujeres o por “autorización” del personal de salud ante el planteo de dificultades por parte ellas.

Olza et. Al. (2017) sostiene que “Las feministas también señalan cómo el poder médico perpetúa la opresión de las mujeres. En las maternidades los clínicos son los expertos y, por ejemplo, en la atención al parto y la lactancia, aún se apoyan en la tecnología más que en la escucha a las experiencias de las madres (pág. 219).

Por “indicación médica”. Las mujeres relataron diferentes razones por la que incorporaron leche de fórmula a la alimentación de sus hijos, algunas refirieron que fue por indicación médica.

Elsa: “la primera vez que me la dieron para que la alimente no tomaba mucho la teta, como que se cansaba rápido y se dormía. Al tomar teta y se dormía, se le bajaba el azúcar, y más dormía, más dormía y así estaba. Hasta que fuimos a comprar una leche y le dieron con jeringa y la tomo bien. Ahí me dijeron (la enfermera y el pediatra) que iba a tener que tomar leche y teta también. Estuve tres días en el hospital porque a ella se le bajaba el azúcar”.

Agustina: “cuando nació tomo una semana teta sola y me hacían los controles de ella por el peso y le costaba aumentar, me recetaron leche de fórmula y toma las dos cosas”.

Camila: “[...] a los dos meses nos dijeron que teníamos que darle fórmula porque no había aumentado de peso, en un mes había aumentado 200 g por ahí, y era muy poco y ya se le notaba que estaba flaquita asique nos dijeron que le diéramos, que le demos leche, asique le dimos la leche, asique estaba con teta y mamadera, desde enero hasta ahora”.

En los relatos de las mujeres se puede evidenciar que la falta de aumento de peso y las hipoglucemias ocasionadas por la alimentación solamente con leche materna fueron las causas por las cuales las mujeres refieren que el médico les indicó leche de fórmula. Hay estudios que evidencian la indicación médica entre las causas más frecuentes de interrupción de la lactancia materna (Pino y otros, 2013; Flores y otros 2017).

Dávila Arteaga (2010) en su investigación sostiene que “los pediatras, en su mayoría (80%), consideran que complementar con fórmula ayuda a la madre a “disminuir la ansiedad de no tener leche” y que “ya luego tendrá suficiente leche”, sin tomar en cuenta que este proceso de incorporar suplementos es precisamente la principal dimensión para que la lactancia materna fracase.

Por Decisión. Las mujeres ante dificultades que se presentan en la alimentación con lactancia materna exclusiva deciden solas o junto a los/las médicos/as incorporar la leche artificial para poder alimentar a sus hijos.

Marcela: “A ella a los 3 meses le di directamente leche. Yo ya sabía por el otro nene que era la Bebe 1 que es de 0 a 6 meses, asique empecé con esa y otras marcas también. Le empecé a dar mamadera y ella se alimentaba bien, dormía bien, no estaba molesta. Después en la noche dormía bien, tomaba la mamadera y aguantaba hasta el otro día a la mañana. Yo notaba que se sentía llenita, en cambio, cuando le daba la teta ella no, tres o cuatro veces a la noche se despertaba a pedirme la teta era como que se quedaba con hambre y en el día lo mismo”.

Diana: “No es que no le quiera dar, es que no me salía. Estuve tiempo y tiempo, y le di el biberón igual porque ella sufría, ¡Pobrecita! Los pediatras me decían que le dé teta y yo le comentaba que no es que no le quiera dar, es que no me sale”.

Rafaela: “no hubo forma, así que tomamos la decisión de que sea leche de fórmula, bueno, porque había que alimentar a la beba. Cuando tomamos la decisión fue la del pediatra que estaba en el hospital, mi decisión y la de mi pareja porque o sea veíamos que constantemente tenían que venir a controlarle el tema del azúcar y no había forma de que pueda alimentarse asique me preguntaron si podíamos comprarle una leche para darle y si obviamente. Insistí un montón, lo que pasa es que yo ya estaba toda lastimada”.

Juana: “cuando recién nació la agarró bien, pero después como que comenzó a dejarla, dejarla, dejarla, entonces tomamos la decisión de darle mamadera. A lo primero era los dos juntos, intercalado, era primero teta y después mamadera, pero a lo último empezó a tomar solo mamadera y como que la teta la rechazaba”.

En los relatos se puede observar que dos mujeres tomaron la decisión de incorporar leche de fórmula a la alimentación de sus hijos porque ya tenían experiencia y estaban notando que sus bebés/as no se alimentaban bien, lloraban mucho, etc. y en estos dos casos luego de un periodo solo se alimentaron con leche maternizada. Las otras dos mujeres tomaron la decisión, pero en compañía de los/las médicos/as dado que no podían alimentar bien a sus hijos por no tener el pezón formado y en el otro caso porque no le salía leche.

Una sola de las mujeres continuó insistiendo por un lapso de 3 meses y luego pudo amamantar con leche materna a su hija hasta el sexto mes, pero según lo relata, ella lo logro porque insistió muchísimo debido a que los/las médicos/as le decían que la teta era lo mejor.

Las mujeres que deciden amamantar realizan diversas prácticas basadas en sus condiciones sociales, religiosas, étnicas, políticas, económicas y científicas para solucionar sus dificultades o complicaciones con la lactancia materna, antes de concurrir a la consulta médica. Estas prácticas son negadas e ignoradas por la biomedicina, pese a ser utilizadas por los diferentes sectores de la población (Menéndez, 2003, S/P). Como podemos ver, las decisiones que toman las mujeres están fuertemente fundamentadas en sus experiencias y vivencias, y también por la información que reciben por el personal de salud, ya sea en las consultas o a través de los medios de comunicación.

Muchas veces las mujeres pueden sentirse juzgadas por el personal de salud al no poder seguir amamantando.

Como sostiene Menéndez (2003) toda persona cuando acude a la consulta ya viene con criterios previos que el médico no pregunta (pág. 191). El personal de salud debe tener en cuenta los criterios de autoatención y/o prevención que el paciente tiene para a partir de ellos incentivarlo a incorporar otros criterios que puedan tener mejor eficacia, sin desestimar los conocimientos previos.

Para teorizar el concepto de autoatención, me baso en Eduardo Menéndez (2003) porque la define como la combinación de varias formas de atención que emplean las personas y grupos sociales, para poder solucionar su padecer, no solo acciones de tipo biomédico, sino todas las que se llevan adelante para prevenir, controlar, aliviar y tratar su problema de salud.

Son las prácticas que llevan adelante las mujeres y su grupo familiar para hacer frente al proceso de salud/enfermedad/atención. Desde una perspectiva procesual, por ejemplo, la crianza de los hijos supone desarrollar y aplicar saberes a toda una serie de aspectos de la realidad (amamantamiento, aseo, descanso, etc.) y varios de estos comportamientos refieren en forma general o específica a procesos de salud/enfermedad/atención, pero entramados a través de los mismos saberes. (Menéndez, 2009, pág. 53)

Salomón (2020) en su investigación concluye que

“[...] en las mujeres madres que optaron por sumar la leche de fórmula previo a lo indicado por los profesionales de la salud, se puede discernir un “sentido común” sobre su inclusión antes de los seis meses. Hacen referencia a recomendaciones de sus familiares (sobre todo de sus madres) y de la creencia de que era adecuado y esperable que suceda; asimismo, es coherente con sus propias actividades y deseos: la inclusión de la leche sustituta les permitía seguir realizando sus tareas por fuera del hogar, sin necesidad de llevar al bebé con ellas”. (pág. 147)

Por Autorización. Cuando las mujeres hacen referencia a que “las autorizaron” a que le den leche maternizada, se refieren a profesionales médicos/as que vieron las necesidades que manifestaban las mujeres y sus hijos, basándose en eso, las autorizaron a darle mamadera.

Sandra: “Me autorizaron ahí (en la internación), a que yo le pudiera dar la leche maternizada, es la primera vez que me pasaba eso. Yo le consulté al pediatra y me sorprendió que no me impidieran, vieron la necesidad que tenía yo de que la nena se alimentara y mi preocupación”.

Gladys: “Consulte con el pediatra porque el nene se quedaba con hambre, vivía llorando, le producía diarrea mi propia leche, entonces me aconsejaron que probara con fórmula”.

En uno de los casos la incorporación de leche maternizada se dio durante la internación y en el otro ya pasado unos días, la mujer observo malestares físicos en su hijo, por lo que le consulto al profesional médico sobre la incorporación de leche de fórmula y este “la autorizo”.

Debo mencionar que Sandra refiere sorprenderse porque no le impidieron dar leche de fórmula debido a que ella relató la experiencia vivida con sus hijos en otro hospital donde manifiesta que:

“Donde nacieron mis otros hijos te insisten muchísimo, no te permiten que le den leche maternizada, había que insistirle con el pecho”.

Las dos mujeres buscan la aprobación de el/la médico/a y esta situación la podemos relacionar con que Sandra es múltipara y su experiencia previa le daba inseguridad ante la aceptación de incorporar leche maternizada por parte del personal de salud y Gladys considero que busco el acuerdo con el pediatra tratando de tomar decisiones en beneficio de su hijo, ya que refirió que ella y su pareja querían “lo mejor”.

Muchas veces las mujeres buscan la autorización del personal de salud por temor al ser juzgadas por no poder seguir amamantando. Estos sentimientos en las mujeres en ocasiones pueden estar relacionados con la promoción desde Salud Pública sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva, la prohibición de biberones y leche de fórmula en los hospitales públicos, lo que lleva a que el personal de salud realice prácticas impulsadoras de mandatos invasivos, que van a formar parte de las experiencias de las mujeres durante el amamantamiento.

Para poder comprender los efectos de las prácticas del personal de salud me basaré en Franco, T. y Merhy, E. (2016) quien sostiene que, “El trabajo en salud está fuertemente marcado por la libertad, es libre porque es el propio sujeto-trabajador quien define el modo de organización de su proceso productivo, es decir, la producción del cuidado”. La libertad con la que cuenta el trabajador le permite decidir el tipo de cuidado que va a brindar, ya sea un cuidado-cuidador o en de forma prescriptiva, acorde también a su intencionalidad, su pensamiento ético y político para el cuidado en salud, las verdades que él crea para sí mismo.

Rangel Flores y otros (2018) en su investigación evidencian que las mujeres sienten “culpa de que sus hijos no recibieran alimento en las primeras horas de vida, ignorando que esta presión respondía en gran medida a la existencia de políticas institucionales para limitar el uso de sucedáneos (dentro de hospitales acreditados como amigos del niño). También hubo mujeres cuya narración refleja inconformidad, desconfianza y rechazo de las políticas institucionales pro-lactancia, posterior a haber vivido la desagradable experiencia de poner en riesgo a sus hijos, por "su incapacidad" para tener "producción suficiente" y por la percepción de una falta de valoración continua para identificar complicaciones por un aporte insuficiente en las y los recién nacidos. De la misma forma, en este estudio las mujeres narran situaciones donde la salud de sus hijos estaba en riesgo porque debían controlarle la

glucemia muy seguido (Elsa, Rafaela), también manifestaron sentir que sus hijos no se alimentaban y que desde el personal de salud se las presionaba para que insistan con la lactancia materna (Diana).

La investigación llevada a cabo por González y otros (2018) sostiene en sus resultados que la introducción de las fórmulas lácteas es influenciada por la familia, el personal de salud. Asimismo, la incorporación al trabajo o al estudio de parte de la madre, su percepción de tener una baja producción de leche, la sensación de hambre y el llanto del bebé son otras razones por las cuales se interrumpe la LME. Considero que las influencias para interrumpir la lactancia manifestadas por el autor se vinculan con las relatadas por las mujeres de este estudio. Tal es el caso de Marcela que le incorporo biberón porque lloraba mucho, Sandra y Rafaela refirieron que sus hijos/as no se prendían al pecho, es más, Sandra relata que su niña “parecía una hormiguita luchando contra un elefante”.

Considero que muchas veces la falta de empatía y escucha en el personal de salud hace que las mujeres realicen distintos procesos de autoatención antes de concurrir a la consulta médica por miedo a sentirse juzgadas por las decisiones tomadas. El personal de salud no acepta los cuidados que las mujeres realizan y cuando consultan al sistema de salud en ocasiones minimizan los relatos sin darle importancia y una respuesta tranquilizadora a la mujer. Al teorizar en el marco teórico incorporé el desarrollo de la corriente higienista en mi proyecto de investigación porque considero que en la actualidad algunos de sus “preceptos” biomédico/patriarcales en cierta medida se encuentran vigentes y se filtran en las prácticas de los equipos de salud.

En tal sentido, Gabriela Nouzeilles (2000) sostiene que durante los tiempos higienistas se crearon los manuales de higiene de la infancia donde se resaltaba la responsabilidad social y política de las mujeres en la crianza de los niños y las niñas. Los médicos higienistas recalcaban que les habían transmitido e indicado todo lo que deben hacer para criar conscientemente a sus hijos/as. Consideraban a la mujer como un eje fundamental para brindar los cuidados adecuados a los/as hijos/as, por lo que le transmitían toda la responsabilidad de la salud de sus hijos/as (pág. 43).

Lactancia y/o leche de fórmula

Cuatro de las mujeres entrevistadas me dijeron que luego de la interrupción de la lactancia exclusiva continuaban alimentando a sus hijos con leche materna y complementaban con biberón. Entre sus relatos manifestaron distintos sentimientos.

Elsa: “Darle la teta me da como paz, ahí la veo que me mira, como re tranquila. El pediatra me dice que no está mal que le dé la teta”.

Camila: “estaba con teta y mamadera, desde enero hasta ahora. Cuando arrancamos con la leche me dijo (el pediatra) que me quede tranquila porque era algo natural también, sumarle a la teta”.

Agustina: “La alimentación fue con teta y como le costaba aumentar le dieron leche. Ya me acostumbré”.

Diana: “Y después con incentivo pude, pero tardo muchísimo, tres meses. Pobrecita, ella quería estar pegada”.

Las otras cinco mujeres una vez que incorporaron leche maternizada dejaron de alimentar a sus hijos/as con leche materna. Diferentes razones relataron:

Marcela: “A ella le di directamente leche. Yo ya sabía por el otro nene que era la Bebe 1”.

Juana: “comenzó a dejarla, dejarla, dejarla, entonces tomamos la decisión de darle mamadera”.

Gladys: “El nene tomó una semana teta y como no se alimentaba directamente me lo pasaron a fórmula”.

Sandra: “Yo quería insistir con la lactancia, pero pasadito el mes se me cortó, se me había ido la leche”.

Rafaela: “Pensamos que estando en casa más tranquila quizás podía tomar la teta, y si tomaba, pero muy poquitito, muy poquitito, entonces sí o sí tenía que estar la leche de fórmula, y no después ella no quiso saber más nada porque se acostumbró a la mamadera asique está con leche de fórmula”.

De los cinco niños/as alimentados solo con leche maternizada, debemos tener en cuenta que dos de las mujeres tomaron la decisión sin previo consulta o indicación médica, y que ellas también tenían experiencias con sus otros hijos/as, como fue el caso de Marcela y Juana. Todas relatan que tuvieron dificultades en la cantidad de leche que producían y que sus bebés/as una vez que comenzaron a tomar leche de fórmula no quisieron más la leche materna.

Olza *et. al* (2017) se apoya en Labbok, quien señala “que muchos médicos no tienen suficientes conocimientos de lactancia. Pero en vez de reconocer esta carencia con franqueza ante sus pacientes, prefieren decirles que no pasa nada por dar el biberón”.

Camila relató que el pediatra le dijo “que me quede tranquila porque era algo natural también, sumarle a la teta”, como un mensaje de tranquilidad ante la necesidad de incorporar el biberón.

Cortes Rúa y otros (2019) en su investigación evidencian una dualidad de sentimientos entre la tranquilidad que supone la alimentación artificial y el saber que el niño está bien alimentado y la sensación de culpabilidad por no haber mantenido la LM.

Sensaciones frente a la interrupción

La interrupción de la lactancia materna genera en las mujeres entrevistadas sentimientos diversos. Por un lado, manifiestan sentirse mal, frustradas, un shock porque ellas habían proyectado durante sus embarazos alimentar a sus hijos/as con leche materna. Por otro lado, sentían tranquilidad, un respiro y que estaban haciendo lo mejor para sus hijos, a su vez reconocían que la leche maternizada demanda mucho más trabajo a las mujeres y gastos económicos a la familia. Entre los sentimientos manifestados también reconocieron un vínculo entre el stress y la interrupción.

Frustración. Rafaela: “Re frustrada, mal. Si porque es..., uno, bueno, yo siempre decía que le voy a dar la teta, siempre, es algo, el vínculo con el hijo y bueno darme cuenta de que no se podía y mirar a la dé al lado de que si podía. Cuando se alimenta de leche materna tiene más defensa, tiende a no enfermarse tanto, y pobre la gordita la viene agarrando a todas. No me dio miedo la leche de fórmula porque no había forma de alimentarla, entonces era eso o eso, no nos quedaba otra. Hay mamás que dicen yo no le voy a dar el pecho, viste que hay gente que dice así, pero yo siempre dije que le iba a amamantar y no poder, un fracaso”.

Camila: “es un poquito frustrante para mí”.

Juana: “Mal porque es algo único darles teta a los chicos, a los bebés más que nada. Y sentir como un rechazo de él hacia mi cuerpo, como que no quiera tomar la teta”.

Sandra: “Con la experiencia que tengo, me fue medio chocante que la bebe no quiera tomar. No me gustaba que me vieran como inútil, no era inútil, yo quería que la beba agarrara, me veían como que yo era primeriza y no era primeriza. Es la primera vez que me pasa y me ponía nerviosa, fue una situación media...”

Agustina: “Es como un shock, cuesta aceptar, a mí siempre me gusto darle la teta. Es como un bajón decir que no puedes con la teta sola, es como una sensación rara. Pero bueno, después te acostumbras, yo ahora sé que le doy teta y no la llena, le doy leche y está bien”.

Aceptación. Camila: “tuve que aceptar darle leche y nada, y después con el tiempo me fui acostumbrando, bueno le seguí dando de las dos”.

Las mujeres toman decisiones frente a la forma de alimentar a sus hijos y ante la aparición de dificultades que no pueden superar optan por los cambios necesarios con el fin de poder nutrir adecuadamente a sus hijos/as. Podemos sostener que muchas veces las mujeres

tienen posturas firmes y ante dificultades deben pasar por un proceso de aceptación mediado por sentimientos negativos, como refirió Camila anteriormente.

Olza *et. al.* (2017) sostiene que “la alimentación de los bebés se ha convertido en un tema de debate social, que hace que las madres vivan con presión, culpa o vergüenza su decisión de alimentar a sus hijos con leche artificial, [...]” (pág. 218). Al mismo tiempo, siguiendo a Denisse & Moloney sostienen que “a nivel cognitivo dificulta el amamantamiento, al ser más probable que la madre no lo disfrute, que piense que su leche no es suficiente o que sienta dificultad para interactuar con el bebé” (pág. 220).

Así mismo, sostiene Massó Guijarro (2015) que:

[...] la culpa es un elemento central de debate público y del feminismo clásico que sostienen que la presión social para que las mujeres amamenten provoca que las que no lo logren tengan sentimientos de culpabilidad que coincide con el discurso patriarcal- opresor de “ser buena madre”. Para evitar estos sentimientos se opta por sugerir que lo haga quien quiera y se pone en igualdad de condiciones la lactancia materna y el biberón, y que públicamente no haya presión para amamantar lo que significa que no haya promoción, consejería, grupos de acompañamientos, congresos, etc. (pág.198)

Los defensores de la lactancia materna sostienen que prácticamente no hay obstáculos para abandonar el amamantamiento (Ocvirk, 2016, S/P). Al mismo tiempo Ocvirk (2016) siguiendo a la filósofa Carolina del Olmo sostiene que “las mujeres que no dan el pecho difícilmente puedan escapar de la sensación de culpa por no haber estado a la altura”.

Salomón (2020) en su estudio sostiene que la frustración asociada a la incapacidad de satisfacer la necesidad de alimento del bebé redundaba en la preocupación de que finalmente se finalice el proceso de producción de leche llevando a la interrupción involuntaria de la LM.

Rangel Flores y otros (2018) en su estudio afirman “el caso de mujeres que han suspendido la LM, pero que antes de tomar esta decisión refirieron haber manifestado este deseo al personal de salud y haber buscado el consejo profesional sobre cómo dejar de hacerlo, minimizando las consecuencias para la salud de sus hijos. La mayoría narra haber percibido una actitud hostil por parte del personal de salud”.

Así mismo Salomón (2020) concluye que las “mujeres madres, que se percibían incapaces de resolver por sí mismas las necesidades de sus hijos, buscaron ayuda en los profesionales de la salud con resultados insuficientes e ineficaces, sintiéndose en algunos casos frustradas por la situación, pero a su vez encontrando alivio y una solución a sus

problemáticas con la lactancia mixta. Finalmente, optaron por la leche de fórmula, dada la recomendación de miembros de sus redes de apoyo, lo cual concluyó en una vía suficiente para alimentar a sus bebés (pág. 47).

Explicaciones de las mujeres

Vínculo “stress” / interrupción. Rafaela: “la mamá tiene que estar bien mentalmente y físicamente, y uno rodeado de problemas, para mi afecta muchísimo. Lo que transite en el embarazo, yo siento que tuvo que ver, en que no haya podido amamantar. O sea, mi pensamiento, también veo a mi amiga que también tuvo varios problemas y le pasó lo mismo, entonces para mí tiene que ver”.

Camila: “Yo creo, que también el stress que una vive también tiene mucho que ver. Hay veces que yo notaba que andaba estresada, o tienes que hacer cosas y la gorda lloraba”.

A partir del relato de dos mujeres surge que las mujeres tienen que estar bien física y mentalmente para poder amamantar más allá de que hayan decidido este tipo de alimentación para sus hijos.

En el estudio que realizó Dávila Arteaga (2010) establece que algunas mujeres refirieron que la escasa producción de leche se asocia a diversas dimensiones, dentro de las cuales los psicológicos, resumidos en sentimientos desagradables como miedo, angustia o tristeza, ocupan un lugar muy importante (pág. 58).

De acuerdo a la variedad de sentimientos que relataron las mujeres abordadas en este estudio ante la incorporación de leche maternizada, podemos pensar que según las dificultades que deba abordar cada mujer van a ser los sentimientos que le provoquen. Todas las mujeres tenían conocimientos previos de la importancia de la lactancia materna hasta los seis meses de vida del bebé/a, pero en todos los casos se evidencia que las mujeres buscaron lo que ellas entendieron como la mejor opción para sus hijos/as, dado que varias de ellas optaron por seguir alimentándolos con leche materna en combinación con leche maternizada.

Como ya mencionamos anteriormente, el estudio de Cortes Rúa y otros (2019) evidencia una dualidad de sentimientos entre la tranquilidad y la sensación de culpabilidad.

Los pros y contras de la leche de fórmula. A su vez hay mujeres que manifiestan sentimientos ambivalentes frente a la leche maternizada. Por un lado, consideran una opción en beneficio de sus hijos/as porque no podían alimentarse solamente con leche materna, pero a su vez relatan que les demanda mucho trabajo porque requiere de mayor cantidad de recursos materiales (biberones, termos, agua caliente, etc.) y un gasto económico familiar extra.

Rafaela: “alimentarla con leche de formula te lleva a que tienes que cargar en la mochila que la leche, el agua mineral, que un termo con agua caliente, muchas cosas, como que es cansador, tienes que salir con una mochila llena de cosa”. “Yo tengo la suerte de que tengo obra social, eso es re importante porque la leche que toma la nena sale dos mil y pico de pesos y te dura cuatro días una lata, nosotros lo podemos porque tenemos obra social, pero la gente que no tiene...”

Camila: “yo le quería dar teta, es más práctico y no tienes que andar gastando en leche y también es una forma de ahorrar, digamos”.

Podemos escuchar que hay mujeres que sostienen que quieren lo mejor para sus hijos y sostienen que la leche de fórmula les solucionó los problemas de alimentación.

A su vez, una mujer experimenta sensaciones de cansancio ante la alimentación con leche de fórmula por todo el trabajo que le ocasiona para poder alimentar correctamente a su hija y seguir con su vida laboral y social. Con respecto a lo laboral, Gladys refirió que la alimentación con biberón le facilitó el trabajo, ya que al bebé lo cuida su mamá. Si bien Gladys lo ve como un beneficio, se abre la pregunta acerca si la leche de fórmula le facilitó la concurrencia al trabajo o si el mundo del trabajo tensionó para que incorpore la leche de fórmula.

Dos de las mujeres entrevistadas recalcaron el gasto que ocasiona la leche de fórmula a la economía familia, que no les permite ahorrar y otra recalca el beneficio de la obra social para poder enfrentar dicho gasto.

El estudio realizado por Vásquez Munive y otros (2012) sostiene entre los motivos que refirieron las mujeres para amamantar se encontraban; disminuir el gasto, porque es más fácil que preparar teteros, etc. Si bien las mujeres de este estudio no lo señalaron al momento de tomar la decisión de amamantar a sus hijos/as, si lo manifestaron como una desventaja de la alimentación con leche de fórmula.

Lo mejor, un respiro. Una de las mujeres entrevistadas relató que querían junto a su pareja lo mejor para su hijo y que haber podido incorporar la leche de fórmula fue un respiro, ya que el niño estaba mejor. A la vez también destaca el beneficio de la leche maternizada para poder trabajar debido a que no iba a depender de ella para alimentarse, aquí reaparece la cuestión laboral y un alivio, que en el caso de Gladys es un alivio personal ya que ella tiene un comercio familiar, trabaja en forma independiente. Debo mencionar que ella había pensado durante el embarazo alimentar a su hijo con leche materna y así lo hizo cuando nació, pero pasados unos días empezaron las dificultades.

Gladys: buscábamos lo mejor para él y que no llorara. Porque lloraba las 24 hs, no es que me sentí culpable ni nada, buscábamos siempre lo mejor para él. Por ahí me facilito más la mamadera por el tema del trabajo. Lo cuidaba mi mamá todo el día por el tema del trabajo y era más fácil la mamadera que dependiera de la teta. Y cuando me dijeron que probara con leche enseguida cambió y eso me dio un respiro porque no dormía de noche, se la pasaba llorando toda la noche.

También podemos pensar desde sus relatos que la leche maternizada, ya sea por indicación médica o por decisión de los/las madres/padres, fue una solución a los problemas que venían teniendo con la alimentación de sus hijos y que no encontraban una respuesta por parte de profesionales a dicho problema más que incorporar la leche maternizada.

Parecía una hormiguita luchando contra un elefante. Las mujeres pueden sentir e imaginar diferentes situaciones frente a las dificultades que se presentan durante el amamantamiento. Como mencione en líneas anteriores, Sandra relata “no tenía el pezón formado, nació con 2.700 g y su boquita no podía agarrar el pezón, parecía una hormiguita luchando contra un elefante”.

Es interesante esa idea de “lucha” que expresa Sandra y que más allá de lo concreto grafica desde el orden de lo simbólico cómo se ponen en tensión los derechos del/la niño/a y los de su madre. Reconozco al igual que Ester Massó Guijarro (2013) “el derecho del/la bebé a ser amamantado, pero fundamentalmente el derecho de las mujeres a hacerlo y su significancia como estrategia altamente deseable.” “Dar la teta, implica decisiones y realidades singulares donde se ha de extremar el cuidado y la delicadeza del respeto a cada experiencia individual.” (pág. 175; 201).

Los sentimientos o pensamientos vivenciados pueden hacer que algunas mujeres desistan de la idea de amantar, ya que lo ven como algo imposible, y en algunos casos presenten síntomas de culpa o frustración explicitados por no poder alimentar a sus hijos con LME.

Discusión

Si bien, a lo largo de la enunciación de los resultados he recurrido a la exposición de conclusiones de estudios trabajados en Estado del Arte con fines relacionales, en este apartado reúno todos esos análisis en función de brindar una mirada ordenada de esas incursiones.

En los resultados de mi estudio he visto coincidencias con el estudio de Vásquez Munive y otros (2012) en relación con la decisión de amamantar y la influencia de lo que ellos llaman, “multifactorial” acerca de “determinantes” individuales, familiares y sociales.

Por otro lado, las mujeres de mi estudio enmarcan a la lactancia materna como una cuestión de todas y cada una. Pude ver en los relatos de algunas mujeres, cómo las representaciones sociales y la idealización de la lactancia materna influyen a la hora de decidir cómo alimentar a sus hijos/as, pero no podría decir que lo determina, así como también podría decir que, muchas de las decisiones de seguir amamantando a pesar de interrumpir la exclusividad de la lactancia estuvieron relacionadas con convicción más que con idealización. En esta línea, en relación con las experiencias y representaciones de las mujeres, el estudio de Arciénagas Barón y otros (2014) sostiene que, sus experiencias tienen relación con quienes la rodean y la idea preconcebida que perciban frente a la lactancia. A la vez que, Pérez Bravo y otra (2015) plantea que la lactancia materna es un proceso biopsicosocial y debe desmitificarse socialmente.

En el discurso de las mujeres múltiparas entrevistadas se puede observar cómo influyen las experiencias previas en términos de la decisión de amamantar, ya que las mujeres que han amamantado a sus hijos expresan que, pensaron durante su embarazo alimentar al/la bebé/a, "Como a los otros hijos/as". En relación a lo expresado anteriormente, Pérez Bravo y otra (2015) en su investigación remarcan, como el discurso de algunas mujeres múltiparas, señalan su experiencia previa con la maternidad como un factor facilitador y tranquilizador en la segunda maternidad; además sostienen, siguiendo a Alcalá (2015) que, "cada mujer aborda la maternidad desde unos supuestos propios, diferentes, exclusivos, al mismo tiempo que cada una de las maternidades son diferentes" (pág. 143).

Vinculado a las motivaciones, el estudio que llevaron a cabo Vásquez Munive y otros (2012) sostienen que, "las motivaciones de las madres para amamantar a sus hijos son brindarles salud y buena nutrición, manifestarle al hijo su amor y continuar la tradición familiar" (pág. 118). En los resultados de mi investigación he visto coincidencias debido a que las mujeres refirieron que querían "lo mejor" para sus hijos/as y también podemos ver a partir de todos sus relatos, como están atravesados por sus experiencias y vivencias que recrean.

En relación con el sistema de salud y el proyecto de amamantar, todas las mujeres entrevistadas refieren haber realizado los controles de embarazo en el centro de salud de su barrio, manifiestan haberse sentido muy bien durante la consulta y tres de las mujeres destacan la atención del obstetra en relación al género, refiriendo sentirse cómodas, acompañada y contenidas. Aun así, sus relatos visibilizan divergencias acerca del lugar de la información sobre lactancia en los controles obstétricos y qué, gran parte de la lactancia materna eficaz estaba relacionada con el incentivo y estímulo que lleve adelante la mujer. A partir de los relatos de las mujeres podemos pensar que el personal de salud no hace hincapié en la promoción e instauración de la lactancia materna, ya sea durante el

embarazo y en el posparto inmediato. En esa misma línea, la investigación de Rangel Flores y otros (2018) sostiene que independientemente del tipo de atención sanitaria, las mujeres reciben poca capacitación en la etapa prenatal. Asimismo, Salomón, M. (2020) en su investigación concluye que las mujeres se basan en mitos por la falta de información oportuna y adaptada a sus necesidades. Además, Yibby Forero y otros (2013) expone entre las causas identificadas para lograr la lactancia materna: la ausencia de acompañamiento acertado y oportuno. Siguiendo con las prácticas que lleva adelante el personal de salud, Dávila Arteaga (2012) manifiesta que la mayoría de las mujeres se reunieron con sus hijos luego del nacimiento, pasada la hora de vida, lo que interfiere en el desarrollo adecuado de la lactancia materna, sostiene una falta de información, promoción de la lactancia materna, ausencia de políticas institucionales y carencia de espacios públicos para dar de lactar. En relación al tiempo en que se reunieron la mujer junto a su hijo/a, todas las mujeres de esta investigación relataron internación conjunta inmediatamente luego del nacimiento.

Como expresé en “Resultados”, en los relatos de las mujeres entrevistadas con respecto a sus sentires frente al accionar del personal de salud y el comienzo de la lactancia materna, podemos decir, que fueron contradictorios. Por un lado, refirieron sentirse contenidas, apoyadas y calificaron como amorosas a las enfermeras, pero a su vez también relataron que se sintieron obligadas, nerviosas, insistencia por parte del personal de salud con relación a la lactancia. Coincidentemente, Rangel y Flores (2018) en su investigación sostienen que la mayoría de las mujeres narran experiencias de exigencias y juzgamiento, más que de consejería por parte del personal de salud.

Los resultados de mi investigación muestran diferencias con la investigación llevada a cabo por Pat Hoddinott, en el año 1999, en relación con que, las mujeres que habían visto regularmente a un familiar o amigo amamantar con éxito y describieron esta experiencia positivamente tenían más confianza y compromiso con la lactancia materna. También tenían más probabilidades de tener éxito. Si la lactancia materna se había visto con poca frecuencia y otras personas presentes habían hecho comentarios negativos, su reacción fue menos positiva (S/P). Mientras que, las mujeres de mi investigación habían decidido amamantar a sus hijos y se puede advertir una universalización de la idea de amamantar, pero a su vez nos encontramos que en algunos casos sus madres, hermanas, abuelas y tías no amamantaron a sus hijos/as, por lo que no se cumpliría con la cuestión determinista de que, si la madre no amamantó, la hija tampoco lo hará o al menos no se lo planteará. Con relación a lo expuesto debemos decir que las mujeres de la familia basándose en sus experiencias, creencias, aconsejan la alimentación con leche materna más allá de que hayan amamantado o no a sus hijos/as.

En relación a las actitudes de las parejas ante la interrupción de la lactancia materna, ellas manifestaron, apoyo, acompañamiento y aceptación. Los relatos dejan en evidencia como las parejas de algunas de las mujeres están presentes en el cuidado de los bebés/as y también son partes en la toma de decisiones en cuanto a la alimentación y el bienestar del niño/a. Dicha afirmación coincide con los resultados obtenidos en el estudio que llevo a cabo Pérez Bravo (2015) en el cual las mujeres mencionan a las parejas como principales apoyos sociales de las madres, en la lactancia. Por otro lado, se observó que dos mujeres no refieren estar contenidas y acompañadas por sus parejas, ellas refirieron contar con contención y acompañamiento por parte del núcleo familiar, esta postura coincide con los resultados de la investigación que llevaron a cabo, Vásquez Munive Mirith y otros (2012) donde sostienen que las mujeres destacan la importancia que juega la pareja y la familia en la toma de la decisión de amamantar, en este sentido Sámano y otros en su investigación realizada en el año 2018, manifiesta que algunas de las barreras de no practicar LME son ser madre soltera y no tener apoyo de la pareja. Asimismo, Arciénagas Barón y otros en su estudio, realizado en el año 2014, expresan que las mujeres consideran importante contar con una figura paterna que les ofrezca seguridad y protección. De igual manera evidencia, que las mujeres en sus relatos repiten lo preestablecido por la sociedad y tradiciones familiares, “el padre provee y la madre es reproductora y cuidadora”, estos dichos no concuerdan con las mujeres de mi investigación, pero no desconocemos que la sociedad patriarcal considera que las mujeres son buenas madres si amamantan a sus hijos y junto a la corriente higienista ubicaban a la mujer en el hogar realizando las tareas domésticas y el cuidado de los niños/as.

También podemos afirmar que todos los/las bebés relacionadas/os con este estudio, comenzaron a alimentarse con teta y algunos/as ya desde los comienzos debieron complementarlos con leche de fórmula, ya que debieron enfrentar complicaciones relacionadas con la leche y los cuerpos, entre ellas el pezón no formado, cansancio de la beba al succionar, se le bajaba el azúcar, dificultad en la prendida al pecho, dolor, grietas, falta de bajada de leche: sin diferenciar entre horas y días, diversas fueron las causas por las cuales los/as pediatras y/o el personal de salud la indicaron. Los resultados de mi investigación coinciden con diversos estudios, en relación a las razones para dejar de amamantar, la sensación materna de producción insuficiente de leche, indicación médica, dolor físico, inseguridad sobre la alimentación. (Oribe y otros, 2015; González y otros, 2017; Pino y otros, 2013; Flores y otros, 2017; Cortes Rúa y otros, 2019). En tal sentido, en los relatos de las mujeres de mi investigación, se puede evidenciar que, la falta de peso y las hipoglucemias ocasionadas por la alimentación, solamente con leche materna, fueron las condiciones que influyeron en la interrupción de la LME. Desde el punto de vista de las

políticas de salud y el accionar del personal de salud se puede observar que la incorporación de la leche maternizada fue por indicación médica, por decisión de las propias mujeres o por “autorización” del personal de salud ante el planteo de dificultades por parte ellas. Coincidentemente hay estudios que evidencian que la indicación médica entre las causas más frecuentes de interrupción de la lactancia materna (Pino y otros, 2013; Flores y otros 2017). Asimismo, Dávila Arteaga (2010) en su investigación sostiene que “los pediatras, en su mayoría (80%), consideran que complementar con fórmula ayuda a la madre a “disminuir la ansiedad de no tener leche” y que “ya luego tendrá suficiente leche”, sin tomar en cuenta que este proceso de incorporar suplementos es precisamente la principal dimensión para que la lactancia materna fracase.

En relación a las prácticas que llevan adelante las mujeres para hacer frente a las dificultades con la lactancia materna, podemos afirmar que las entrevistadas realizan diversas acciones basadas en sus condiciones sociales, religiosas, étnicas, políticas, económicas y científicas para solucionar las complicaciones, antes de concurrir a la consulta médica. Como podemos ver, las decisiones que toman las mujeres están fuertemente fundamentadas en sus experiencias, vivencias, y también por la información que reciben por el personal de salud, ya sea en las consultas o a través de los medios de comunicación. Coincidentemente con lo expuesto anteriormente en su investigación Salomón (2020) concluye que: “[...] en las mujeres madres que optaron por sumar la leche de fórmula previo a lo indicado por los profesionales de la salud, se puede discernir un “sentido común” sobre su inclusión antes de los seis meses. Hacen referencia a recomendaciones de sus familiares (sobre todo de sus madres) y de la creencia de que era adecuado y esperable que suceda.

En los resultados de mi esta investigación he visto coincidencias con el estudio de Rangel Flores y otros (2018) en relación con los sentimientos que manifiestan las mujeres al decidir incorporar leche de fórmula a la alimentación de sus hijos y en relación al accionar del personal de salud ante esta decisión. Ellas manifiestan frustración, pero a la vez sorpresa ante la autorización del médico a incorporar biberón, ya que en sus experiencias no les habían permitido y les insistían para que continúen amamantando lo que provocaba mayor angustia. Los sentimientos de sorpresa pueden estar relacionados, con la promoción desde Salud Pública sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva, la prohibición de biberones y leche de fórmula en los hospitales públicos, lo que lleva a que, en general, el personal de salud realice prácticas impulsadoras de mandatos invasivos, que van a formar parte de las experiencias de las mujeres durante el amamantamiento. Es por esto que, Rangel Flores y otros (2018) en su investigación evidencian que las mujeres sienten “culpa de que sus hijos no recibieran alimento en las primeras horas de vida, ignorando que esta

presión respondía en gran medida a la existencia de políticas institucionales para limitar el uso de sucedáneos (dentro de hospitales acreditados como amigos del niño). Las entrevistadas narraron situaciones de inconformidad, desconfianza y rechazo de las políticas institucionales pro-lactancia, posterior a haber vivido la desagradable experiencia de sentir que ponían en riesgo a sus hijos, por "su incapacidad" para tener "producción suficiente" y por la percepción de una falta de valoración continua para identificar complicaciones por un aporte insuficiente en las y los recién nacidos". De la misma forma, en este estudio las mujeres narran situaciones donde la salud de sus hijos/as estaba en riesgo porque debían controlarle la glucemia muy seguido, también manifestaron sentir que sus hijos no se alimentaban y que desde el personal de salud se las presionaba para que insistan con la lactancia materna.

En relación a todo lo expuesto, la investigación llevada a cabo por González y otros (2018) sostiene en sus resultados que, la introducción de las fórmulas lácteas es influenciada por la familia y el personal de salud. Asimismo, la incorporación al trabajo o al estudio de parte de la madre, su percepción de tener una baja producción de leche, la sensación de hambre y el llanto del bebé son otras razones por las cuales se interrumpe la LME. Considero que las influencias para interrumpir la lactancia manifestadas por el autor se vinculan con las relatadas por las mujeres de este estudio. En sus relatos pude observar que para las familias los problemas en la alimentación de los bebés/as se reconocen como una amenaza a la integridad y bienestar, por lo que expresan variadas recomendaciones, "que insistan", otros que "le den la cajita de leche", otros que "incorporen semillas", etc. Las mujeres abordadas recogen la información que le brindan sus madres, abuelas, tías, hermanas, pero la decisión la toman junto a sus parejas y algunas de ellas con la aprobación del personal de salud.

Todas las mujeres relatan que tuvieron dificultades en la cantidad de leche que producían y cuatro de ellas refirieron que sus bebés/as una vez que comenzaron a tomar leche de fórmula no quisieron más la leche materna. Por un lado, manifiestan sentirse mal, frustradas, un shock porque ellas habían proyectado durante sus embarazos alimentar a sus hijos/as con leche materna. Por otro lado, sentían tranquilidad, un respiro y que estaban haciendo lo mejor para sus hijos, a su vez reconocían que la leche maternizada demanda mucho más trabajo a las mujeres y gastos económicos a la familia. Las mujeres toman decisiones frente a la forma de alimentar a sus hijos y ante la aparición de dificultades que no pueden superar optan por los cambios necesarios con el fin de poder nutrir adecuadamente a sus hijos/as. En relación a todo lo expuesto encontré coincidencias con el estudio realizado por Cortes Rúa y otros (2019), ellos evidencian una dualidad de

sentimientos entre la tranquilidad que supone la alimentación artificial y el saber que el niño está bien alimentado y la sensación de culpabilidad por no haber mantenido la LM.

Agregado a lo anterior, Rangel Flores y otros (2018) en su estudio afirman “el caso de mujeres que han suspendido la LM, pero que antes de tomar esta decisión refirieron haber manifestado este deseo al personal de salud y haber buscado el consejo profesional sobre cómo dejar de hacerlo, minimizando las consecuencias para la salud de sus hijos. La mayoría narra haber percibido una actitud hostil por parte del personal de salud”. Asimismo, el estudio realizado por Salomón (2020) quien concluye que, las “mujeres madres, que se percibían incapaces de resolver por sí mismas las necesidades de sus hijos, buscaron ayuda en los profesionales de la salud con resultados insuficientes e ineficaces, sintiéndose en algunos casos frustradas por la situación, pero a su vez encontrando alivio y una solución a sus problemáticas con la lactancia mixta.

En los resultados de mi investigación encuentro coincidencias con el estudio realizado por Dávila Arteaga (2010) en relación a que, la escasa producción de leche se asocia a diversas dimensiones, dentro de las cuales los psicológicos, resumidos en sentimientos desagradables como miedo, angustia o tristeza, ocupan un lugar muy importante. (pág. 58) De acuerdo a la variedad de sentimientos que relataron las mujeres abordadas en este estudio ante la incorporación de leche maternizada, podemos pensar que según las dificultades que deba abordar cada mujer van a ser los sentimientos que le provoque

En los relatos de las mujeres encontré coincidencias con el estudio llevado a cabo por Vásquez Munive y otros (2012) quienes sostienen que, entre los motivos que refirieron las mujeres para amamantar se encontraban; disminuir el gasto, porque es más fácil que preparar teteros, etc. Si bien las mujeres de este estudio no lo señalaron en relación al momento de tomar la decisión de amamantar a sus hijos/as, sí lo manifestaron como una desventaja de la alimentación con leche de fórmula.

En síntesis, a pesar de la tendencia a encontrar resultados similares a otros estudios presentados en el estado del arte, los resultados del estudio de Hoddinot y otros (1999) que plantea que, las experiencias que hayan vivenciado las mujeres con respecto a otras mujeres va influir positiva o negativamente en su decisión de amamantar, no se repiten en mi investigación, es más, puedo contradecir esa afirmación, ya que, muchas mujeres decidieron amamantar a sus hijos/as, más allá de cómo las mujeres de la familia habían decidido alimentar a sus bebés/as. De esta manera, creo que, el mencionado resultado en líneas anteriores, junto a que ésta es la primera investigación que se sitúa en la ciudad de Río Colorado y a que se trata de un acercamiento inicial y en profundidad al tema lactancia/interrupción, desde una metodología cualitativa, se vuelven las mayores riquezas

o fortalezas de este estudio. El análisis cualitativo me permitió conocer las decisiones que las mujeres toman en los distintos momentos de la maternidad en relación a la lactancia materna en beneficio de sus hijos/as y la relación con los sentimientos que van atravesando a partir de sus experiencias, uno de los relatos más llamativos fue “parecía una hormiguita luchando contra un elefante”.

CONCLUSIÓN

La metodología planificada en la investigación me permitió a través de las entrevistas en profundidad conocer los relatos de nueve mujeres en primera persona, en relación con todo el proceso de interrupción parcial o total de la LME, a partir del momento en que ellas decidieron alimentar a sus hijos/as con leche materna.

Es indispensable incorporar a las mujeres en el proceso de construcción de conocimiento y en la planificación de las acciones de los programas de salud, ya que nos permite mirar con distintos lentes la lactancia materna y de esta manera contribuir a las políticas de salud en relación con dicha práctica. A través de esta investigación podemos comenzar a conocer lo que tienen las mujeres de Río Colorado para decir respecto a la LME, ya que hasta el momento no contábamos con estudios cualitativos, solo disponíamos con datos cuantitativos en el hospital de Río Colorado. De esta forma se pudo responder a la pregunta de investigación y se logró alcanzar los objetivos propuestos: comprender las situaciones de cotidianidad de las mujeres.

Aun así, lo que planteo como respuestas, por momentos se vuelven reaperturas y fundamentalmente me sucede al haber tenido la intención de correrme de los lugares comunes en los que la práctica de amamantar, o no, es toda transmisión o es toda decisión. Además, he intentado incorporar al estudio de la escena de la lactancia materna no solo los discursos del contexto con historia moralizadora sino también aquellos que la reubican en una lucha contra capitalista. De manera que soy consciente de que estas incursiones, a veces desordenadas por inéditas para mí, necesitan de una maduración que invita a nuevas investigaciones.

Las hipótesis fueron planteadas a partir de mi experiencia como profesional y madre, dado que no contaba con los relatos de las mujeres. Luego de recorrer este estudio veo la brecha entre mi imaginario inicial y el imaginario de las mujeres entrevistadas. Pareciera, a partir de los relatos, que la cuestión es más sencilla que el contenido de la hipótesis planteada en este estudio. Quiero decir, quizá he recurrido a recursos demasiados intelectualizantes mientras que el relato de las mujeres muestra una agilidad más transparente. Cuando escribía las dimensiones de la hipótesis al principio de mi estudio, pensé que la resolución - entre lo explícito y lo tácito- de los datos en resultados iba a ser mucho más compleja, y, en

el recorrido de las entrevistas, las mujeres me acompañaron en una escucha que luego permitió desentrañar con claridad las condiciones que había propuesto en la problematización y que respondí en la hipótesis.

En lo que concierne a la decisión de alimentar a sus hijos/as con leche materna y la vinculación con las familias, recordemos que todas las mujeres habían decidido amamantar a sus hijos y se puede advertir una universalización de la idea de amamantar, pero a su vez nos encontramos que en algunos casos sus madres, hermanas, abuelas y tías no amamantaron a sus hijos/as, por lo que no se cumpliría con la cuestión determinista de que si la madre no amamantó, la hija tampoco lo hará o al menos no se lo planteará. Esto quizá tenga que ver con que el ideal, es transmitido más allá de la materialidad. Al mismo tiempo, no se podría acentuar lo contrario, es decir, que si las mujeres de la familia amamantaron también sus hijas lo harán con exclusividad. Sin embargo, las mujeres abordadas recogen la información que le brindan sus madres, abuelas, tías, hermanas, pero la decisión la toman junto a sus parejas y algunas de ellas con la aprobación del personal de salud.

Se puede ver a partir de sus relatos que la mayoría de la información que reciben desde el personal de salud, es en la consulta de control obstétrico, solo una de ellas concurre al taller de parto. El hospital de Río Colorado tiene como estrategia los talleres parto, pero se puede evidenciar a través de los relatos que no hay una adecuada difusión por parte del personal de salud, además debo decir que no relataron un acompañamiento posterior durante el puerperio, por parte del personal de salud.

Sostengo, al igual que Ranger Flores y otros (2018) “que es necesario impulsar procesos de capacitación y sensibilización dirigidos a fortalecer las habilidades de acompañamiento para la Lactancia Materna en el personal de salud, con el fin de ejercer la función de consejería de manera asertiva”. Todos y cada una de las personas que integran el equipo de salud pueden hacer la diferencia en cuanto al logro de la LME.

Según los propios testimonios de las mujeres, se puede apreciar que el hecho de trabajar de forma dependiente o independiente no cuestiona, pero sí condiciona la decisión de alimentar a sus hijos/as con leche materna. Nudo que requiere de profundización.

Las mujeres buscan alternativas o estrategias para poder satisfacer las necesidades de sus hijos/as ante dificultades con la lactancia materna, entre ellas se destacan los diversos modelos relacionados con la autoatención y la biomedicina. El análisis de los relatos de las mujeres me permitió establecer que algunas toman decisiones basándose en su experiencia, otras por autorización o indicación médica. Las mujeres, que sus edades estaban a los extremos del rango, relataron que no tuvieron obstáculos por el personal de

salud para incorporar la leche de fórmula, a partir de esta narración se puede pensar que las actitudes de los profesionales pueden estar atravesadas por prejuicios propios.

Algunas de las mujeres refirieron padeceres físicos en cuanto a grietas mamarias, dolor, etc. pero en ninguno de los casos influyo en la interrupción de la lactancia materna. Ellas refieren que la hipogalactosemia, falta de aumento de peso, hipoglucemias, contribuyeron a la incorporación de leches de fórmulas. Así mismo, pediatras como Carlos González (2006) afirman que, la hipogalactia o escasez de leche, es una “rara enfermedad que afecta a un porcentaje muy bajo de mujeres” (pág.146). No obstante, la creencia de “no tener suficiente leche” o de que esta “no alimente” es uno de los principales motivos por los que se recurre a la leche de fórmula como complemento o como único alimento de los bebés/as. Como se podía ver en los relatos de las mujeres es durante los controles pediátricos donde en forma conjunta con el médico deciden incorporar leche de fórmula o directamente es indicada por el profesional al observar que los niños/as no aumentaron de peso de acuerdo a los percentiles estandarizados.

Con respecto a los sentimientos que narraron las mujeres en cuanto a la incorporación en forma total o parcial de la leche de fórmula en la alimentación de sus hijos/as, se pudieron evidenciar sentimientos ambivalentes, ya que pensaban que sus hijos/as se podían enfermar más, pero a la vez sabían o creían que era la única forma de alimentar a sus hijos.

Por otro lado, ven como obstáculos, para la economía familiar, la adquisición de la leche de fórmula y también todo el trabajo que ocasiona su correcta preparación. Resaltan la importancia de la cobertura de la obra social para poder obtener la leche, a la vez que destacan que hay muchas que no la cubren.

La investigación se presentó y desarrollo desde el marco de la corriente del pensamiento *Determinación Social de la Salud y la vida* (Breilh) para poder dar respuesta a la pregunta de investigación y al apartado hipotético desde las condiciones concretas y simbólicas planteadas. A partir del relato de las mujeres podemos observar cómo atraviesan las condiciones generales, particulares e individuales descritas en el marco teórico en la lactancia materna exclusiva. Afirmo esta conclusión, aparte de los resultados de mi investigación, apoyándome en Myrian Labbok (2008) quien analiza la responsabilidad que tienen los médicos, los profesionales sanitarios y toda la sociedad en su conjunto, en que las mujeres no logren amamantar a sus hijos/as. Asimismo, manifiesta que:

"[...] es responsabilidad de la familia, de los lugares de trabajo, de los servicios de salud, y de la sociedad en su conjunto asegurarse de que cada madre tenga todo el apoyo y facilidades que necesite para poder amamantar. Los culpables de que

las madres no logren amamantar son la sociedad, los sanitarios y los legisladores”.
(pág. 81)

Reconozco al igual que Ester Massó Guijarro (2013) el derecho del/la bebé a ser amamantado, pero fundamentalmente el derecho de las mujeres a hacerlo y su significancia como estrategia altamente deseable. (pág. 175)

Para poder contribuir al cambio debemos tener en cuenta la determinación social del entorno que investigamos a nivel macro, meso y micro. A partir de toda la información expresada por las mujeres y los aportes del pensamiento estratégico podremos planificar programas bidireccionales y multidimensionales, ya que abarcan cuestiones sociales, ambientales, culturales y colectivas con el objetivo de modificar todas o algunas de las dimensiones constitutivas de la determinación social de la salud.

Es necesario poder seguir realizando estudios y adhiero Pérez Bravo (2017) quien sostiene que hay que continuar investigando “desde una perspectiva de género en las que, a través de la propia voz de las mujeres, podamos entender sus propias vivencias y necesidades”.
(pág. 154).

Considero que hay que seguir investigando y sobre todo charlando con las mujeres, familias para poder mejorar las condiciones de atención de los servicios de salud. Debemos corrernos de la postura marcada por la corriente higienista donde se le indicaba a la mujer lo que debía realizar y a cambio, planificar junto a ellas cuidados integrales, respetuosos y de calidad. Propongo la creación de espacios de planificación estratégica, que este integrado por el personal de salud y además, por las mujeres de esta investigación, si así lo desean, y por las mujeres que están transitando su embarazo o estén en el proceso de elección de la práctica de la lactancia materna o de interrupción de dicha práctica. Y, al mismo tiempo, es necesario tomar decisiones institucionales que apoyen y acompañen a las mujeres que sí deciden amamantar para que logren acercarse a la alimentación de sus hijos/as con leche materna. Propongo la creación de espacios, grupos interdisciplinarios de acompañamiento para las mujeres embarazadas o puérperas y sus familias que decidan alimentar a sus hijos con leche materna.

APENDICE 1

Hacia el guion de las entrevistas

UNIDADES DE ANALISIS	DIMENSIONES (con proyección a subdimensiones)	DEFINICION DE LAS DIMENSIONES	GUION DE LA ENTREVISTA
En el marco del tramo de la vida de las mujeres comprendido entre el embarazo y los seis meses de vida del hijo/a:			Se invitará a las mujeres a compartir con la tesista:
1-Escenario del embarazo en proyección a la lactancia	Cuestiones del imaginario, e ideaciones transmitidas y construidas en el marco de la circulación por distintos discursos de la vida (los de las mujeres cercanas y los mensajes de las instituciones del sector salud).	Hace referencia al "Conjunto de significaciones por las cuales un colectivo se instituye como tal [...] al mismo tiempo que construye modos de sus relaciones [...]" (Fernández, 2007, 39). Esas significaciones sociales aluden a producciones de sentido, en este caso referidas a las mujeres	Pensamientos, sentires, fantasías, recuerdos frente al acto de amamantar que aparecían durante el embarazo. Conocimientos previos sobre la lactancia. Transmisiones orales de las mujeres cercanas sobre la práctica del amamantamiento: mitos y creencias familiares y populares, experiencias de las mujeres de la familia (se repite en las dimensiones de las

		involucradas en este estudio en términos de lactancia.	próximas unidades de análisis) Contenido de mensajes institucionales en relación con la lactancia ofrecidos durante las consultas de embarazo. Conocimiento y registro sobre posiciones sociales en relación a la lactancia desde blogs de lactancia y de activistas en lactancia materna (Se repite en las dimensiones de las próximas unidades de análisis).
2-Escenario del nacimiento/comienzo de la lactancia	La experiencia personal acerca de la lactancia (per se, y, vinculada a situaciones laborales, organización familiar/grupal/personal, discursos circulantes, respuestas) institucionales del sector salud y dimensiones físico/corporales.	Se trata de las vivencias, sentires, decisiones y prácticas de las mujeres -en este caso- en relación a las circunstancias propias y cotidianas de lactancia/no lactancia, las respuestas institucionales del sector salud acerca de la práctica durante los episodios de atención y el acompañamiento/n	Repercusiones “en acto” de: sus condiciones físicas, las condiciones del/la niño/a, las complicaciones de la lactancia, como obstrucción del conducto, mastitis, grietas del pezón.
3-Escenario del proceso de la lactancia			Registros sobre el vínculo nutrición materna y lactancia.
4-escenario del momento de la interrupción total o parcial			Ideas sobre la leche de fórmula. Contenidos de los Mensajes y de las prácticas familiares en

		<p>o acompañamiento familiar o de grupos cercanos.</p>	<p>relación a sus procesos de lactancia.</p> <p>Mirada sobre la Posición simbólica de la pareja, si estuviera presente en la vida de la mujer.</p> <p>Comentarios sobre discursos y prácticas del sistema de salud referido a: accesibilidad, contención y acompañamiento durante la maternidad, espacios de consejería e información, estrategias brindadas sobre trabajo, salud y derechos.</p> <p>Características de episodios de autoatención (si hubiera habido).</p> <p>Experiencias sobre normas laborales con respecto a la lactancia: descansos para poder amamantar, apoyo y capacitación por niveles jerárquicos, espacios de extracción de leche, licencia por maternidad y paternidad, sentimientos y concepciones de las</p>
--	--	--	--

			mujeres hacia el trabajo (en caso de que la mujer trabaje).
--	--	--	---

ANEXO 1

Hospitales amigos de la madre y el niño

Esta estrategia propuesta por OMS-UNICEF se puso en marcha en nuestro país desde 1992, y ya cuenta con 65 maternidades acreditadas. Esta iniciativa persigue que, durante el proceso del embarazo, el parto y el cuidado del recién nacido se proteja y promueva adecuadamente la lactancia materna.

La misma cuenta con 10 pasos que, basados en el conocimiento científico y empírico, se sabe que contribuyen positivamente a este fin. Estos diez pasos son:

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia materna que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud para que pueda poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
4. Colocar al bebé en contacto piel a piel de su madre inmediatamente después del nacimiento.

Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la primera hora de vida.

5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño, y como mantener la lactancia aún en caso de separación de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida a no ser que estén médicamente indicados.
7. Practicar el alojamiento conjunto de las madres y los niños durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia materna a libre demanda.
9. No dar a los niños alimentados al pecho, biberones, tetinas ni chupetes.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y referir a las madres a esos grupos.

Con este decálogo de acciones se podría decir que la institución maximiza las oportunidades de que los bebés allí nacidos inicien la lactancia y sean dados de alta con lactancia materna exclusiva, lo cual protegerá la salud del niño a corto y largo plazo. Este objetivo se logra minimizando las interferencias innecesarias en el establecimiento del vínculo madre-hijo. Para que una institución sea acreditada como "Amiga de la madre y el niño" debe someterse a una evaluación externa realizada por el Programa Materno Infantil provincial o por el Ministerio de Salud de la Nación según el caso. Durante esa evaluación,

expertos en lactancia visitan la institución y entrevistan al personal y a las madres atendidas para verificar el cumplimiento de los pasos mencionados. A la institución que aprueba dicha evaluación, se le otorga una placa de reconocimiento.

ANEXO 2

Consentimiento Informado

Acepto participar voluntariamente en esta investigación que corresponde a la Universidad Nacional del Sur. El objetivo de este estudio es las condiciones socioculturales y físicas que influyen en la interrupción de la lactancia materna exclusiva

Dejo constancia que he sido informado/a sobre los objetivos de la misma. Me han indicado que tendré en una entrevista. Esto tomará aproximadamente una hora de mi tiempo.

Lo que conversemos durante estas sesiones será grabado. Me aseguraron que la información que yo provea en el curso de esta investigación es confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio.

He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. También me informaron que si en algún momento de la entrevista me siento incómoda, tengo el derecho de hacérselo saber al investigador.

De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Evelin Schiebelbein, teléfono 2931-411022.

Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre del Participante:

Firma del Participante Fecha.....

Anexo 3



Ministerio de Salud
Provincia de Río Negro

VIEDMA, 14 MAY 2020

VISTO el Expediente N° 83396-S-2020 del Registro del Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro y;

CONSIDERANDO:

Que por el expediente del Visto, se tramita el pedido de autorización para llevar adelante el protocolo de investigación presentado por la Licenciada Evelin Schiebelbein, en carácter de investigadora principal a realizarse en el Hospital Área Programa Río Colorado "Dr. José Cibanal", sito en Calle España N° 551 de la Localidad de Río Colorado;

Que la Ley R N° 4.947 regula las actividades de investigación biomédica en los seres humanos;

Que conforme la norma mencionada en el párrafo precedente, para llevar a cabo acciones de investigación en el campo regulado por la misma en el territorio provincial, se requerirá la autorización previa del Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro;

Que a los fines de conceder la autorización, se debe merituar la justificación ética del proyecto, la valoración científica de la investigación, la necesidad o no del consentimiento expreso y por escrito del sujeto pasivo de la investigación, como - cuando así lo fuera - la acreditación de que lo ha efectuado con total conocimiento de causa y capacidad legal para el acto, la existencia de la evaluación de riesgos y beneficios para las personas y la comunidad que integran y la confidencialidad y el respeto a la privacidad y a la vida humana;

Que la presente autorización, no obsta al cumplimiento de la normativa y aprobación que otros organismos deban realizar en el marco de sus propias competencias;

Que los investigadores se comprometen a respetar las normativas internacionales y nacionales vigentes, particularmente la Resolución 1480/11 del Ministerio de Salud de la Nación así como las leyes provinciales pertinentes;

Que la Licenciada Evelin Schiebelbein, ha presentado la documentación necesaria para llevar adelante el protocolo de investigación identificado como "*Interrupción de la lactancia: ¿Qué tienen las mujeres que decir?*", a realizarse en el el Hospital Área Programa Río Colorado "Dr. José Cibanal", sito en Calle España N° 551 de la Localidad de Río Colorado;

Que el presente proyecto tiene como objetivo ser un estudio descriptivo simple, cualitativo, y se incluirán en el mismo, mujeres que hayan tenido un parto natural o por cesárea y que hayan comenzado a amamantar e interrumpieron la lactancia materna de manera total o parcial antes de los 6 (seis) meses de sus hijos/as;

Que analizada la documentación presentada a la Comisión de Ética y Evaluación de Proyectos Investigativos en Salud Humana - CEEPISH -



Ministerio de Salud
Provincia de Río Negro

se ha verificado el cumplimiento de los recaudos por ley exigidos, lo que se asentó en Acta adjunta a fojas 77/78, recomendándose su aprobación;

Que por los motivos expuestos en los considerandos precedentes corresponde conceder la autorización requerida para la aplicación del protocolo de investigación;

Que ha tomado debida intervención la Subsecretaría de Asuntos Legales de este Ministerio, según su competencia, a fojas 80 reverso;

Que la presente se encuadra en los preceptos de la Ley R N° 4.947 y se dicta en función de las facultades previstas por el Artículo 20° de la Ley N° 5398 y Decreto 87/19;

Por ello:

LA SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD
RESUELVE:

ARTICULO 1°.- Autorizar el Protocolo de Investigación identificado como "*Interrupción de la lactancia: ¿Qué tienen las mujeres que decir?*", a realizarse en el Hospital Área Programa Río Colorado "Dr. José Cibanal", sito en Calle España N° 551 de la Localidad de Río Colorado, y a la Licenciada Evelin Schiebelbein, en carácter de investigadora principal.

ARTÍCULO 2°.- Notificar a la Licenciada Evelin Schiebelbein, que deberá comunicar la finalización del protocolo autorizado, mediante la presentación de un informe con los resultados.

ARTICULO 3°.- Registrar, comunicar, cumplido, archivar.-

RESOLUCION N° 2506 "MS"

Dra. Mercedes IBERO
Secretaria de Políticas Públicas de Salud
Ministerio de Salud - Río Negro
A/C MINISTERIO DE SALUD
Res. Nro. 2464/20

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso, L. E. (1995). *La mirada cualitativa en Sociología*. Pág. 69-88. Fundamentos.
- Ares Segura, S. (Junio 2016) La importancia de la nutrición materna durante la lactancia, ¿necesitan las madres lactantes suplementos nutricionales?. [En línea] Asociación Española de Pediatría, junio de 2016. [Citado el: 3 de octubre de 2019.] *Anales de Pediatría*. <https://www.analesdepediatría.org/es-la-importancia-nutricion-materna-durante-articulo-S1695403315003057> DOI: 10.1016/j.anpedi.2015.07.024
- Arciniegas Barón, M., & Henao Molina, C. Y. (2014). Representaciones sociales en lactancia materna de un grupo de 14 mujeres en edad reproductiva de la comunidad educativa de la Universidad de La Salle sede Chapinero. Retrieved from https://ciencia.lasalle.edu.co/trabajo_social/167
- Barrancos Dora, 2014. Los caminos del feminismo en la Argentina: historia y derivas. <https://www.apdh-argentina.org.ar/sites/default/files/u62/feminismos%20dora%20barrancos.pdf>
- Berger P., Luckmann T. 1986. *La construcción social de la realidad*. Amorrortu.
- Berteaux, D. 2005. *Los Relatos de Vida*. Pág. 36-73-75-80. Armand Colin.
- Berteaux, D. 1999. *El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades*. Pág. 10. Centro Nacional de Investigación (CNRS).
- Bourdieu, P. 1990. *Sociología y Cultura*. Pág. 97. Grijalbo.
- Bourdieu, P. 1999. "Comprender". *En: La miseria del mundo*. Pág. 528-529. Fondo de Cultura Económica.
- Bourdieu, P. 2007. *El sentido práctico*. Siglo XXI editores. Pág. 109-111.
- Breilh, J. 2013a. *Determinación Social de la Salud. Hacia una salud eficiente*. [Entrevista] s.l. Punto de Partida. https://www.youtube.com/watch?v=wBT_NpB-vev
- Breilh, j. 2013b. *La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)*. Facultad Nacional de Salud Pública.
- Breilh, J. 2010. Las tres "S" de la determinación de la vida. 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. CEBES
- Butler, J. 2002. *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del sexo*. Pág. 25-26. Ed. PAGE. Buenos Aires

- Calvo Quirós, C. 2008-2009. Factores socioeconomicos, culturales y asociados al sistema de salud que influyen en el amamantamiento. *Revista Enfermería Actual Costa Rica*. ISSN-e 1409-4568. Nº 15. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2745766>
- Camacho de la O, A. L. 2010. *"Reflexiones preliminares en torno al empoderamiento"*. [En línea] 13 de enero de 2010. [Citado el: 15 de agosto de 2019.] <http://www.alforja.or.cr/centros/cep/documentos/poderyempoderamiento.pdf> . Colocar año
- Camargo Figuera, Fabio Alberto, Latorre Latorre, José Fidel y Porras Carreño, Johana Andrea. 2011. *Factores asociados al abandono de La lactancia materna exclusiva*. Rev. Hacia la Promoción de la Salud [Revista en la Internet]
- Castoriadis, C. 1975. *La institución imaginaria de la sociedad*. Tusquets Editores, Barcelona.
- Chavez, V. 2019. *El rol del padre, clave para una lactancia materna prolongada*. Infobae. <https://www.infobae.com/salud/2019/08/01/el-rol-del-padre-clave-para-una-lactancia-materna-prolongada/>
- Clarín, 2020. *Ni masculino ni femenino, se anotan cada vez más bebés con nombres sin género*. [Citado el 18 de diciembre de 2020]. https://www.clarin.com/sociedad/masculino-femenino-anotan-vez-bebes-nombres-genero_0_UNz2VpL5t.html
- Coletto, P. F. El lactivismo: una nueva forma de entender el feminismo. *El foro de Ceuta*. [entrevista] [Citado el: 25 de octubre de 2019.]. <https://elforodeceuta.es/lactivismo-nueva-forma-entender-feminismo/>.
- Congreso Legislativo de la Nación Argentina, 2020. *Ley 27610: Interrupción voluntaria del embarazo*.
- Cortes-Rúa, Laura y Diaz-Grávalosa, Gabriel J. 2019. *Interrupción Temprana de la lactancia. Un estudio cualitativo*.
- Davila Arteaga Isabel. 2010. *Lactancia materna: barreras para practicarla: Estudio cualitativo de prácticas de lactancia materna*.
- Díaz, Esther (editora y coautora). 1998. *La ciencia y el imaginario social*. Ed. Biblos, Buenos Aires, Argentina.
- Esquivel V., Faur I., Jelin E. 2012. *Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el estado y el mercado*. Ides. Pág. 37-69.
- Federici, S. 2015. Es un engaño que el trabajo asalariado sea la clave para liberar a las mujeres. *Eldiario.es*. [entrevista] [Citado el: 30 de agosto de 2019.]

https://www.eldiario.es/economia/engano-trabajo-asalariado-liberar-mujeres_0_262823964.html

- Fernández, A. M. 2007. *Las lógicas colectivas. Imaginación, cuerpos y multiplicidades*. Biblos.
- Ferrarotti, F. 1988. *Biografía y ciencias sociales*. Flacso.
- Ferrarotti, F. 1990. *Interacción. La historia y lo cotidiano*. Pág.181. Centro Editor de América Latina.
- Flores Evangelina Edith, Ponthot Paula. 2017. *Lactancia materna y alimentación complementaria, situación en una población del área metropolitana de Buenos Aires*. (Diaeta vol.35 no.158 Ciudad Autónoma de Buenos Aires)
- Franco, T., Merhy, E. 2016. *Trabajo, Producción del Cuidado y Subjetividad en Salud: textos seleccionados*. Editorial: Lugar Editorial. ISBN: 978-950-892-528-2
- Gomes R. 2003. El análisis de datos en la investigación cualitativa. En Minayo, M C S. Pág. 55-61-62 *Investigación social: teoría, método y creatividad*. Lugar Editorial.
- Gobierno de Mendoza. Breilh, J. 2015. *Jornada de pensamiento crítico y construcción de ciudadanía a partir de políticas públicas y el derecho a la salud*. <http://www.salud.mendoza.gov.ar/breilh/>
- Gramsci, A. 1971. *El Materialismo Histórico y la Filosofía de Benedetto Croce*. Nueva Vision.
- Hernando, A. 2002. *Arqueología de la identidad*. AKAL.
- IHAN. 2015. El código internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna. [Citado el: 25 de septiembre de 2019.]. IHAN. <https://www.ihan.es/que-es-ihan/el-codigo-internacional/>.
- Lamas, M. 1995. *La perspectiva de género*. Pág. 4. En https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad4/complementaria/perspectiva_genero_lamas.pdf
- Larguía M. A., González, M. A., Solana, C., Basualdo, M. N. 2011. *Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) con enfoque intercultural*. 2 edición. Pág. 34. Unicef. En <http://www.msar.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000238cnt-g08.mscf-enfoque-intercultural.pdf>
- LLLA. La leche league Internacional Argentina. [Citado el: 28 de octubre de 2019.] <http://www.ligadelaleche.org.ar/>.

- M. Belintxon-Martín, M. C. Zaragüeta, M. C. Adrián, O. López-Dicastillo. 2011. El comienzo de la lactancia: experiencias de madres primerizas
- Mallimacci F., otro. 2006. Historia de vida y método biográfico. En Irene Vasilachis de Gialdino. *Estrategias de la investigación cualitativa*. Pág. 177-180. Geedisa Editorial.
- Mangialavori, G. y Tenisi, M. 2017. *Ministerio de Salud de la Nación*.
 [En línea] [Citado el: 21 de octubre de 2018.]. Pág. 7-8.
<http://www.msal.gov.ar/images/stories/ryc/graficos/0000001134cnt-lactancia-materna-mamas-%20trabajan.pdf>
- Massó Guijarro, E. 2013 a. Lactancia materna y revolución, o la teta como insumición biocultural: calostro, cuerpo y cuidado. Pág. 172-175-176-189. [En línea] [Citado el: 25 de agosto de 2019.] *Dialnet*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4195869>.
- Masso Guijarro, E. 2013 b. Deseo Lactante: Sexualidad y política en el lactivismo contemporáneo. *Revista Antropologica Experimental. Universidad de Jaén*, 2013. Vol. 13. Pág. 519-520-522-525.
- Masso Guijarro, E. 2015. Conjeturas (¿y refutaciones?) sobre amamantamiento: Teta decolonial. *Dilemata* año 2007 nº18, pág. 185-223.
- Masso Guijarro, E. 2019. *Leche, lactancia, lactivismo: del fluido al movimiento*. <https://www.pikaramagazine.com/2019/06/leche-lactancia-lactivismo-del-fluido-al-movimiento/>
- Menendez, E. L. 2003. Modelos de atención de padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Pág. 41-42-83-123-125-191. *Redalyc*. <https://www.redalyc.org/pdf/630/63042995014.pdf>
- Menéndez, E. L. 2009. *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Lugar.
- Millamacci, S. 2005. *Los nuevos rostros de la marginalidad. La supervivencia de los desplazados*. Biblos.
- Ministerio de Salud de Río Negro, Dirección de Salud Materno Infante Juvenil. Encuesta Nacional de Lactancia Materna.
- Molina Conejo, I. 2008-2009. Factores que influyen en el éxito de la lactancia materna. *Revista de Enfermería Actual en Costa Rica*. *Dialnet*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2745769>

- Molinari, B. y Nari, M. 2004. *Políticas de maternidad y materialismo político. 1890-1940*. Pág. 2-3. <http://www.trabajosycomunicaciones.fahce.unlp.edu.ar/article/view/TYC2004n30-31a21>
- Mora, Claudia, 2021. "No quiero ser madre": investigadora U. Mayor analiza los factores que influyen en esta decisión. <https://www.diariomayor.cl/creando-universidad/academicos/no-quiero-ser-madre-investigadora-u-mayor-analiza-los-factores-que-influyen-en-esta-decision.html>
- Nouzeilles, G. 2000. *Ficciones somáticas, naturalismo y políticas médicas del cuerpo (Argentina 1880-1910)*. Pág. 41-43 Viterbo Editora.
- Ocvirk, V. 2018. Lactancia, Salud Pública y Capitalismo. *Página 12*. <https://www.pagina12.com.ar/134578-lactancia-salud-publica-y-capitalismo>
- Ocvirk, V. Teteada y lactancia materna Sin Mandatos. *Anfibia*. <http://www.revistaanfibia.com/cronica/sin-mandatos/>. ISSN 2344-9365.
- Olza, I, Ruiz, D. Villarrea, S. 2017. La culpa de las madres. Promover la lactancia materna sin presionar a las mujeres. s.l. Ilemata. Vol. 25. Pág. 218-219. Revista Internacional de Etica Aplicada. *Dilemata*. <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000143>
- Oribe, M., Lertxundi, A., Basterrechea, M., Begiristain, H., Santa Marina, L., Villar, M., & Ibarluzea, J. 2015. *Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa*.
- OPS/ OMS, O. 2015. La lactancia materna en el siglo XXI. Pág. 4. *Paho org*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/LactanciaMaternaEnSigloXXI-April15.pdf>.
- Palomar Vereas, C. 2005. Maternidad: Historia y cultura. Revista de Estudios de Género. La ventana. Pág. 36-40. *Redalyc*. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88402204> . ISSN1405-9436
- Pat Hoddinott, Roisin Pill. 1999. Qualitative study of decisions about infant feeding among women in east end of London.
- Pérez Bravo, María Dolores. 2015. Maternidades y Lactancia. La lactancia materna desde la perspectiva de género.
- Pérez, Victoria. 2020. Lactancia: cuando se pone en juego el derecho a decidir de las mujeres. <https://www.unidiversidad.com.ar/lactancia-cuando-se-pone-en-juego-el-derecho-a-decidir-de-las-mujeres>

- Pino V, José Luis; López E, Miguel Ángel; Medel I, Andrea Pilar y Ortega S, Alejandra . 2013. Factores que inciden en la duración de la lactancia materna exclusiva en una comunidad rural de Chile.
- Porporato, M. 2014. Historia de la Lactancia. [En línea] [Citado el: 3 de mayo de 2019.] *Plataformacie*. <https://www.plataformacie.com.ar/web/enlaces-de-inter%C3%A9s/art%C3%ADculos-cient%C3%ADficos/153-historia-de-la-lactancia.html>.
- Pozzio, M. R. 2011. *Madres, mujeres y amantes*. Usos y sentidos de género en la gestión cotidiana de las políticas de salud. Pág. 36-48-76-172. Antropofagia.
- Pozzio, M. R. 2013. Empoderamiento: del punto de vista de los estudios de género al punto de vista del actor. s.l. *Universidad Nacional de La Plata*. Pág.3-4 <https://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/question/article/view/969>
- Priya, T. Alimentación en la lactancia. [En línea] [Citado el: 30 de septiembre de 2019.] *Medela*. <https://www.medela.es/lactancia/viaje-de-las-madres/alimentacion-en-la-lactancia>.
- Ramiro González, M. D., Ortiz Marrón, H., Arana Cañedo-Argüelles, C. 2017. *Prevalencia de la lactancia materna y factores asociados con el inicio y la duración de la lactancia materna exclusiva en la Comunidad de Madrid entre los participantes en el estudio de ELOIN (Estudio longitudinal de obesidad infantil)*
- Rangel-Flores, Yesica Y., Martínez-Plascencia, Ulises y Rodríguez-Martínez, Estela. 2018. Percepciones y experiencias de usuarias sobre las limitaciones sanitarias para la promoción de lactancia materna.
- Rius, J.M., Ortuño, J., Rivas, C., Maravall, M., Calzado, M. A., López, A., Aguar, M. 2014. *Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una región del este de España*.
- Rodríguez García, R. 2015. Aproximación Antropológica a La Lactancia Materna. *Revista de Antropología Experimental*. págs. 410-411-415-416-419-420-421-424. <http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rae>
- Romero, C. 2018. Mujeres de naciones pobres practican más la lactancia materna que en los países ricos. [En línea] [Citado el: 1 de octubre de 2019.] *El ciudadano*. <https://www.elciudadano.com/alimentacion/mujeres-de-naciones-pobres-practican-mas-la-lactancia-materna-que-en-los-paises-ricos/05/13/>.
- Salomón, M. 2020. Las experiencias subjetivas de mujeres madres primerizas que por diversas razones no llegaron a brindar Lactancia Materna Exclusiva a sus bebés.

http://saludmaternoinfantil.es/wp-content/downloads/curso2014/charlas/MITOS_LM.pdf.

Sanchez Molinaro, A. 2014. *Salud Materno Infantil*. Pág. 1. [En línea] [Citado el: 20 de octubre de 2018.]

Sámano, Reyna, Chico-Barba, Gabriela, Armenteros-Martínez, Tabata, Escamilla-Fonseca, Nancy, Piélago-Álvarez, Carlos, Aguilar-Álvarez, Jorge, Méndez-Celayo, Silvia. 2018. Barreras y facilitadores para la práctica de lactancia materna exclusiva en un grupo de madres de la Ciudad de México.

Scribano, A. 2007. *El proceso de investigación cualitativa*. Pág.73. Prometeo

Soprano, G. 2006. *La vocacion Kantiana de la antropología social*. UNGS-Prometeo.

Souza Minayo, M. C. 2007. *Investigacion Social : Teoria, método y creatividad*. Pág. 18-46 Lugar Editorial.

Subcomision de lactancia materna. 2015. Lactancia materna: un regalo para toda la vida. *Sociedad Argentina de Pediatría*. <https://www.sap.org.ar/comunidad-novedad.php?codigo=45>.

Sucrí, A. 2019. El apoyo necesario para recuperar la lactancia materna exclusiva. *La Prensa*. <http://www.laprensa.com.ar/479264-El-apoyo-necesario-para-recuperar-la-lactancia-exclusiva.note.aspx>

Tovillas, P. 2010. *Bourdieu una introducción*. Pág. 70. Quadrata.

UNICEF. 1997. Los Lactantes por encima de los negocios. El Progreso de las Naciones. Pág. 2. http://www.ibfan-alc.org/nuestro_trabajo/archivo/codigo/LMNEGOCI.pdf

Vallone, F. 2009. *Pequeños grandes clientes. La publicidad de sucedaneos de la leche materna en dos revistas pediátricas en Argentina entre 1977 y 2006*. Pág 7-88-90 s.l. : scielo.

Vasilachis, I. 2013. *Estrategias de la investigación cualitativa*. Gedisa.

Vásquez Munive, Mirith, Romero Cárdenas, Ángela y Rivas Castro, Aneth. 2012. *Motivaciones de la madre para amamantar: una experiencia a partir de la capacidad de escuchar*.

Waisman. 2017. *Sociedad Argentina de Pediatría*. [En línea] 2017. [Citado el: 30 de octubre de 2018.] https://www.sap.org.ar/docs/Congresos2017/CONARPE/Viernes%2029-9/dra_Waisman_instituciones_y_servicios.pdf.

- WHO, UNICEF, Ministerio de Salud de la Nación. 2007. *Consejería en Lactancia Materna: Curso de capacitación*. 2007. Pág. 36-37.
- WHO. 2010. *Lactancia Materna elemento clave para reducir la mortalidad infantil*. [En línea] [Citado el: 8 de diciembre de 2020.] *Organización Mundial de la Salud*. https://www.who.int/mediacentre/news/notes/2010/breastfeeding_20100730/es/
- WHO. 2018. *Lactancia materna exclusiva*. [En línea] [Citado el: 20 de octubre de 2018.] *Organización Mundial de la Salud*. https://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/es/.
- Ynoub, Roxana, *El proyecto y la metodología de la investigación*. 1a. ed. Buenos Aires: Cengage Learning Argentina, 2011. 168 p.
- Ynoub, Roxana, *Cuestión de método. Aportes para una metodología crítica*. 2015. ISBN: 978-987-1954-49-0
- Yibby Forero, Sandra Milena Rodríguez, María Alexandra Isaács, Jenny Alexandra Hernández. 2013. *La lactancia materna desde la perspectiva de madres adolescentes de Bogotá*.

