



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS

EL DISCURSO SOBRE LA PRÁCTICA SOCIAL
DE LA LACTANCIA MATERNA EN UN GRUPO
FOCAL DE MUJERES EN PUEBLA (2018-2019).
DISEÑO DE UNA CAMPAÑA EN PRO DE LA
LACTANCIA MATERNA CON PERSPECTIVA
SOCIO-CULTURAL.

TESINA

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN ANTROPOLOGÍA DE LA
ALIMENTACIÓN

PRESENTA

ELIZABETH HERNÁNDEZ ALONSO

COMITÉ TUTORIAL

DIRECTORA DRA. ISaura CECILIA GARCÍA LÓPEZ

DR. JOSÉ MANUEL MÉNDEZ TAPIA

DRA. ESMERALDA SOLEDAD COVARRUBIAS LÓPEZ



AGOSTO 2019

En memoria de José A. Hernández Ortega †, gracias por tus enseñanzas... siempre estás presente.

DEDICATORIAS

A mi poder superior tal como lo concibo...

A Jesús, que siempre eres apoyo incondicional, tu confianza y fe han traído estos logros. A mis hijos Jesús y Eliza, alicientes y guerreros.

A las mujeres, madres, esposas, hijas, hermanas, tías... a todas ellas que son fuerza y poder inexplicable.

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo de investigación no hubiese sido posible sin la dedicación, esmero y responsabilidad de todos los profesores de la especialidad, gracias por el conocimiento impartido.

Particularmente agradezco a la Dra. Isaura Cecilia García López por el compromiso, paciencia y apoyo para la realización de mi investigación. También al Dr. José Manuel Méndez Tapia, por los valiosos textos recomendados para el mismo, así mismo a la Dra. Esmeralda Soledad Covarrubias López por sus aportes críticos al mismo.

Agradezco también al Dr. Reyes Hernández Rosas responsable de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Niña; por la oportunidad y apertura para establecer dicho proyecto, al personal médico, de vinculación y educación continua del Hospital General de la Zona Norte de Puebla, particularmente a la Licenciada en Trabajo Social Alba Rocío Hernández Gómez, quien fungió como tutora y asesora en torno a la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Niña al promover la lactancia materna, sin el apoyo brindado no hubiese obtenido la información y confianza necesaria para dicha investigación.

De igual modo al Licenciado en enfermería Rodrigo Romero Castro por su confianza y amabilidad para estar presente en el área de admisión y permitirme dar pláticas de lactancia a las mujeres que serían dadas de alta. De forma general a todo el personal del hospital con quien tuve contacto, durante el trabajo de investigación su colaboración fue imprescindible para comprender y contextualizar la lactancia en la sanidad.

Pero sobre todo a las mujeres atendidas en el hospital que compartieron sus experiencias, cosmovisiones, valores, creencias, miedos y demás concepciones culturales que me permitieron tener un acercamiento real, significativo y sincero sobre la forma en que viven y experimentan la lactancia, sinceramente Gracias.

ÍNDICE

<u>PREÁMBULO.</u>	<u>7</u>
<u>INTRODUCCIÓN.</u>	<u>9</u>
<u>CAPÍTULO 1. APROXIMACIÓN AL PANORAMA DE LA LACTANCIA MATERNA. MÉXICO, AMÉRICA LATINA Y ESPAÑA.</u>	<u>16</u>
1.1 LA LACTANCIA EN MÉXICO.	16
1.1.1 LA LACTANCIA DESDE EL ENFOQUE MÉDICO Y NUTRICIONAL.	19
1.1.2 LA LACTANCIA DESDE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS.	21
1.2 LA LACTANCIA EN AMÉRICA LATINA.	26
1.3 LA LACTANCIA EN ESPAÑA.	27
<u>CAPÍTULO 2. PRÁCTICAS Y PERSPECTIVAS BIO-PSICO-SOCIOLOGICAS SOBRE LA LACTANCIA MATERNA.</u>	<u>32</u>
2.1. ¿QUÉ ES LA MATERNIDAD?	32
2.2 ¿QUÉ ES LA LACTANCIA?	35
2.3. COMPLEJIDADES DE LA LACTANCIA MATERNA.	37
2.3.1 LA SEXUALIDAD.	37
2.3.1 CREENCIAS, MITOS Y TABÚES.	40
2.3.2. LA AUTOPERCEPCIÓN.	44
2.3.3 EL PODER.	46
2.4. DIMENSIONES DE LA LM.	50
<u>CAPÍTULO 3. DISCURSO Y PODER: DILEMAS SOBRE LA LACTANCIA. ..</u>	<u>61</u>

3.1 MÉTODOS Y TÉCNICAS.....	61
3.2 ANÁLISIS DEL DISCURSO.	65
3.3 LAS MUJERES, USUARIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE LA ZONA NORTE.	66
3.3.1 CONTEXTO DE INVESTIGACIÓN.....	66
3.4 ETNOGRAFÍA DEL HOSPITAL GENERAL DE LA ZONA NORTE.	77
3.4.1 LA PLÁTICA SOBRE LACTANCIA MATERNA EN SALA DE ADMISIÓN.....	91
3.4.2 ETNOGRAFÍA DE LAS MUJERES USUARIAS DEL HGZN.	95
<u>CAPÍTULO 4. “ANÁLISIS DE LOS DATOS”.....</u>	<u>99</u>
4.1. ANÁLISIS DESDE LA PERSPECTIVA LEGAL E INSTITUCIONAL.	100
4.2 PERSPECTIVA ANTROPOLÓGICA.	108
4.2.1 REMEDIOS PARA CURAR GRIETAS EN PEZONES.	108
4.2.2 COMIDA PARA TENER MÁS LECHE.	110
4.2.3 PERCEPCIÓN DE SÍ MISMAS AL DAR PECHO EN PÚBLICO.	111
<u>CONCLUSIONES.....</u>	<u>114</u>
<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	<u>116</u>
<u>SITIOS WEB</u>	<u>121</u>
<u>GLOSARIO DE TÉRMINOS</u>	<u>122</u>
<u>ANEXOS</u>	<u>123</u>

Índice de gráficos

Ilustración 1. “Semana Mundial de LM 2018”, 20. Sept. 18. EHA.	67
Ilustración 2. “Mural sobre lactancia” 20. Sept. 18. EHA	69
Ilustración 3. “Apoyo a Lactancia Materna” 17. Oct. 18. EHA.....	72
Ilustración 4. Letrero de bienvenida en grupo de apoyo, 17. Oct. 18. EHA	72
Ilustración 5. “Técnicas y posturas para la lactancia” 9.Mar. 19. EHA .	72
Ilustración 6. “Exterior del HGZN” 14. Feb.19 EHA (izq.)	80
Ilustración 7. “Entrada principal HGZN” Feb. Mar. 19 EHA. (der.)	80
Ilustración 8. Entrada y Recepción HGZN” 20. Mar. 19. EHA	81
Ilustración 9. Cartel Beneficios de la Lactancia Materna” 20. Mar. 19. EHA	81
Ilustración 10. “Cartel Donación de Leche Materna”. 09. dic. 18, EHA	82
Ilustración 11. “ <i>Cartel IHAN</i> ” 09. Dic. 18. EHA	84
Ilustración 12. “Extracción de Leche Materna” 05. Dic. 18. EHA	87
Ilustración 13. “Oración para la lactancia” Ubicada en el área de admisión. 04. dic. 18 EHA.	92
Ilustración 14. "Obsequios" 12. Abril 19 EHA.....	95

PREÁMBULO.

La lactancia materna, actualmente, ha recobrado importancia por los discursos políticos y de salud, sin embargo, hace años se desconocían sus beneficios; tanto para la madre como para el bebé, e incluso se consideraba que la mejor leche para los bebés era algún sucedáneo (fórmula) o en su defecto otro líquido que pudiera proveerle de las necesidades alimenticias.

El avance de la ciencia y sobre todo en el área de la medicina ha demostrado que la lactancia materna es el mejor alimento para el bebé, así también se tienen campañas que promueven la alimentación exclusiva de leche materna por seis meses y que se extienda por dos años o más.

El discurso desde la sanidad difícilmente incluye las posturas, perspectivas, ideologías y creencias de las mujeres que viven el proceso de la maternidad (embarazo, parto, puerperio y lactancia).

Cuando comencé la especialidad en Antropología de la Alimentación en la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, mis intereses fundamentalmente eran personales, pues me encontraba amamantando a mi primer hijo y estaba segura de que era la mejor alimentación para el bebé en los primeros seis meses de vida.

Sin embargo, cuando indagué sobre el tema de la lactancia durante el primer semestre de la especialidad, encontré que era abordado mayormente desde la medicina y la salud, dejando de lado la parte social la cual incide de forma fundamental en la misma. Al estar viviendo el proceso fue muy claro para mí que debía abordarse desde aristas sociales para que se asegurara en mayor medida una lactancia materna exitosa.

Entendí, que el aporte científico con este trabajo no sólo abriría posibilidades de estudio para otros, sino que las mujeres serían escuchadas desde su postura ante la maternidad y comprendidas a través de la mirada antropológica.

INTRODUCCIÓN.

Actualmente la maternidad es un tema que se transforma con las necesidades profesionales y personales de las mujeres. Hace 50 años era casi impensable atender a los hijos e insertarse al mundo laboral, quizás hace 30 ya se pensaba en el apoyo de los familiares para seguir trabajando y criar a los hijos; ahora, un número mayor de mujeres se incorporan al ámbito laboral y se apoyan para la crianza de sus hijos en alternativas de alimentación como las fórmulas lácteas, de cuidado como las guarderías, -donde algunas mujeres llevan a sus bebés con escasos 45 días de nacidos-; o recurren a sus familiares para el cuidado de los mismos, pues el mundo capitalista demanda más tiempo para el trabajo y esto evidentemente reduce el tiempo con su familia y se miran nuevas alternativas para la maternidad.

Por otra parte, las mujeres se empoderan en muchos ámbitos, empero aún se enfrentan a retos si desean convertirse en madres. La edad adecuada, cumplir con estudios profesionales, insertarse o reinsertarse al ámbito laboral, etc., situaciones que obligan o que inciden en la decisión sobre amamantar o dar fórmula sus bebés.

La elección del amamantamiento o de la lactancia artificial depende en gran parte de circunstancias ligadas a factores culturales, sociales, raciales, familiares, geográficos, religiosos, económicos, políticos, de educación sanitaria, etc., (Sánchez E.,1989) en (González Sanz, 1992, p. 28).

En muchos casos, las mujeres han salido del núcleo familiar por motivos de trabajo o educación y viven en otros lugares, lo que obliga a pensar en alternativas como retrasar la maternidad o guarderías para el cuidado de sus hijos, incluso en no tener bebés para continuar con logros profesionales o por simple decisión (Ponce-Sánchez, Julieta y Del Tronco Paganelli, 2016).

Las nuevas sociedades están más vinculadas a aspectos tecnológicos y de vanguardia que han permeado vínculos familiares y afectivos, lo que indudablemente ha quebrantado el desarrollo psicológico, emotivo y social en los individuos, considerándolos menos apegados a sus seres queridos y buscando

muchas veces en el trabajo u otras actividades, esas necesidades afectivas que no fueron subsanadas en su edad temprana.

Todo esto ha propiciado que la alimentación en los bebés se modifique, pues para continuar con los ritmos de vida (laborales y personales), es más fácil (o eso se menciona) dar fórmula a los bebés, así puede alimentarlos otra persona que no sea la madre si ésta debe trabajar, o bien al dejarlos en guardería, así la problemática de proveer leche materna es eliminada (UNICEF, 2015) (UNICEF, 2017).

Aunado a ello, los organismos gubernamentales no están cumpliendo formalmente con las políticas pro lactancia, pues hay ignorancia por parte del personal que atiende a las mujeres embarazadas, los médicos ginecólogos inciden en alimentar a los bebés con fórmulas sucedáneas de la leche, se promueven más cesáreas y eso aleja a la madre del hijo después del nacimiento, otras veces la moda dicta que el biberón es mejor para el crecimiento del bebé, y en porcentaje mínimo sólo aquellas mujeres que anatómicamente tienen algún problema para amamantar o presentan enfermedad deben optar por un sustituto de la leche materna (González, 2017, p. 80)

En México los engranajes para el funcionamiento del sector salud son movidos principalmente por el interés político y no, la promoción y preservación de la salud, con base en estudios sociales que demuestren qué necesitan. Por ello, es necesaria la formulación de una estrategia inicial de promoción de lactancia, una parcial legislación, un programa de promoción y protección en sus etapas de implementación por parte del Seguro Popular (Velázquez Luna, 2012)¹, pero carecemos de otros engranajes como: El financiamiento y

¹ Durante el trabajo de campo, las mujeres entrevistadas refirieron ser parte del programa de Sanidad establecido en México, denominado Seguro Popular. Este programa social, tiene como antecedente principal el denominado programa Solidaridad (ya extinto) creado en el sexenio del priista Carlos Salinas de Gortari en la década de los 90's, posteriormente el presidente Ernesto Zedillo Ponce de León, lo reformó y creó el programa Progres, cuya finalidad era también erradicar pobreza y mejorar condiciones para personas vulnerables, pero ésta vez con incentivos monetarios directos a las madres para la administración del recurso. Durante el sexenio panista de Felipe Calderón Hinojosa, cambió dicho programa y se creó Oportunidades el cual fue reforzado por Vicente Fox Quesada, militante del mismo partido. En el año 2012, Enrique Peña Nieto, presidente nacional por el PRI, continúa con el esquema de ayuda a personas en estado vulnerable, pero cambia el nombre a Prospera y finalmente, con la llegada

asignación de recursos para el programa nacional, un programa de entrenamiento en lactancia del personal de salud, apoyo a la investigación evaluación de las iniciativas [evaluación que por ahora es prácticamente nula]; una promoción y apoyo a la lactancia en medios masivos de comunicación [ausentes actualmente] y, lo neurálgico se carece de una coordinación central intersectorial que aglutine y coordine las actividades en su conjunto (González-Cossío et al., 2003, p. 178).

Lactancia materna

31% de los bebés en México son alimentados con leche materna exclusiva durante sus primeros 6 meses de vida.

51% de los bebés han sido amamantados por primera vez dentro de la primera hora después de su nacimiento.

Desde el primer mes de vida, la mayoría de los niños y niñas reciben líquidos o alimentos distintos de la leche materna.

El periodo de mayor reducción en la lactancia materna exclusiva se da entre los 2 y 4 meses, ya que muchas mujeres se reintegran al trabajo

Tabla 1. Fuente: Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México. 2016. Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015 – Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2015, Informe Final. Ciudad de México: Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México. 2016. Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015 – Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2015, Informe Final. Ciudad de México, México: Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México. *Ibíd.*

La tabla anterior, da datos muy importantes sobre la situación social en México de la Lactancia Materna. Nos enfrentamos a dos situaciones interesantes, la primera es el hecho de que como las instituciones gubernamentales (centro de

de Andrés Manuel López Obrador (2018-2024), la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), encargada de dichos programas sociales ha cambiado su nombre a BIENESTAR, y aunque se continúa con el apoyo a mexicanos con estos programas ha habido cambios y reajustes y es incierto si seguirá con el nombre de Prospera.

salud y los centros de trabajo) no están cumpliendo con las necesidades de las mujeres para insertarse o reincorporarse al mundo laboral, muchas veces, las obliga a decidir por dar fórmula por el tiempo y esto disminuye su capacidad de agencia sobre qué hacer y decidir en pro de la crianza de sus hijos.(UNICEF, 2014). Por otro lado, los problemas de salud que están relacionados con la falta de amamantar, pues los estudios más recientes señalan que dar pecho reduce enfermedades para la madre como cáncer cérvico-uterino y de mama así como riesgos de padecer diabetes y obesidad en los bebés.(Cordero, Jiménez, Ferre, López, & Villar, 2010) (Loayza, 2008) (Navarro-ibarra, Caire-juvera, Ortega-vélez, Verónica, & María, 2015).

Si bien las teorías psicologistas como la de Bowlby sobre el apego y el desarrollo cognitivo del individuo, señalan que la falta de afectividad en la edad temprana repercute indudablemente en su evolución y por ello se apela a la práctica alimentaria de la Lactancia Materna (LM) como un elemento que incida de forma positiva lo anterior, no significa que las madres que no amamanten estén decidiendo limitar a su hijo de este desarrollo cognitivo y mucho menos que de forma deliberada quieran hacerlo (Tomás Vilaltella, 2008).

Como han señalado algunos teóricos (Dettwyler, 2004) (Stuart-Macadam, 1995), los seres humanos al ser mamíferos tienen un objetivo natural de reproducir y criar para preservar la especie. De este modo la práctica de la LM, innegablemente implica por el hecho de la práctica y postura la conexión cuerpo a cuerpo y piel a piel con hijo, que no se da propiamente con la alimentación de sucedáneos y este es un elemento que hace hincapié en otra de las ventajas inherentes que tiene la lactancia.

El suministro de sucedáneos de leche materna en gran medida resuelve el problema de alimentar al recién nacido, igualmente, las complicaciones que algunas mujeres pueden tener en dicha situación, el suministro puede o no ser llevado a cabo por la madre pues ya con el biberón es más fácil que alguien más alimente al recién nacido. Dicha situación, genera de forma indudable una separación con el bebé, pero la mujer tiene otros momentos en los que puede pasar el tiempo con su hijo y atender la situación afectiva.

Considero que tener un estudio de caso en Puebla, en donde conforme al INEGI está en el cuarto lugar de estados con mayor índice de natalidad, así como en los estados con mayores rezagos en términos de educación y a su vez de educación reproductiva, y por supuesto de prácticas y cuidados después del parto, -conforme a CONAPO-, contribuirá innegablemente en la generación de conocimiento que pueda ser encauzado para estudios posteriores.

Además, el Hospital General de la Zona Norte de Puebla, ha facilitado la práctica e investigación sobre LM, para saber y comprender cuáles son los motivos por los cuales las madres deciden amamantar o no a sus bebés, por lo que realizar este trabajo en el estado es de vital importancia pues tendremos un panorama sobre dicha situación y sustentaremos si en verdad los nuevos roles han influido en los hábitos de alimentación temprana.

Es así como la tesina presentada tiene como objetivo general: Analizar los discursos del grupo focal de mujeres pacientes del Hospital General de la Zona Norte de Puebla sobre la LM, con la finalidad de diseñar un taller para el fomento de la lactancia materna, con la finalidad de ser práctico y sencillo que resuelva dudas para las madres –principalmente- y facilite sus posibilidades de acercamiento hacia una lactancia óptima.

Y los objetivos específicos del taller son: 1) Conocer los discursos sobre la LM y la situación de la misma en México, 2) Describir el contexto socio-cultural de la LM desde el grupo focal y 3) Análisis del discurso de los actores sociales (mujeres pacientes del HGZN, Puebla).

Y dichos objetivos, tienen las siguientes hipótesis: Las mujeres entrevistadas deciden amamantar porque cumplen una o varias de las siguientes sentencias: cuentan con un conocimiento sobre la lactancia; pueden prescindir del trabajo pues tienen estabilidad económica o cuentan con familia o personas cercanas que cuiden a sus hijos mientras regresan al trabajo; la lactancia es el único medio de alimentación para su hijo; saben de los beneficios de la lactancia materna y tienen los elementos para llevarla a cabo de forma fácil (extractor de leche, bolsas o recipientes para almacenarla), su familia incide o aconseja para que amamanten.

Las mujeres entrevistadas deciden no amamantar porque cumplen una o varias de las siguientes sentencias: tienen pocos conocimientos sobre los beneficios de la lactancia; deben regresar a sus trabajos porque son un medio indispensable para la estabilidad financiera; presentan algún problema de salud o anatómico que les impide lactar; han decidido por gusto o moda no dar pecho.

Lo anterior íntimamente relacionado con alguno o algunos de los siguientes ambientes: político, económico, religioso, biológico, sanitario, nutricional, psicológico y social.

Las hipótesis no necesariamente serán verificadas parcial o totalmente, pero mostrarán cuál es la realidad que viven las mujeres pacientes del HGZN y las posturas de los actores sociales que confluyen en todo el entorno de la maternidad. Además estoy segura que dicho estudio influirá en la toma de decisiones de las mujeres y en ir formando un camino sobre los derechos que tienen para criar de manera libre, responsable y óptima a sus hijos, con el apoyo de familiares, instituciones e incluso del trabajo en el que se encuentran.

Antes de recapitular la investigación, hago el oportuno señalamiento de que en el trabajo se utiliza un lenguaje genérico y no se puntualiza el género en algunas aseveraciones; por ejemplo, nos referimos a la madre e hijo y por hijo entendemos niño o niña, así mismo cuando señalamos maternidad, no utilizamos el concepto para excluir o discriminar a los hombres y la paternidad, sino que es únicamente para englobar la situación psicológica, biológica y social que vive la mujer. Este trabajo en ningún momento cuestiona, descarta, excluye, discrimina, cuestiona o limita las acciones de hombres y mujeres en la vivencia de la maternidad y por supuesto de la lactancia, por el contrario, señala la importancia del contexto social y familiar para el logro de una lactancia materna óptima. La perspectiva de la tesina no es en torno al género sino a la alimentación como un constructo social, por ello el eje central es el antropológico.

Para continuar, brevemente recapitularé cual es el contenido de la investigación para que el lector tenga el panorama general de lo que encontrará en la misma. El trabajo está conformado por cuatro capítulos. El primer capítulo corresponde al marco general de la lactancia en el sector salud principalmente

de nuestro país, algunos países de América Latina y España, además de considerar los tratados internacionales que se han ratificado para la promoción de la misma; de igual forma se citan los pocos trabajos que se tienen sobre la lactancia pero desde la perspectiva social y antropológica. Se consideran trabajos realizados en España pues las investigaciones en Madrid y Barcelona están siendo punteros en el tema de la lactancia desde la perspectiva antropológica, todo esto con la finalidad de contextualizar al lector sobre cuál es la situación actual del tema.

El segundo capítulo, explica las denominadas prácticas biológicas, psicológicas y sociales sobre la lactancia materna, se describe qué es la lactancia y qué es la maternidad, y a la par cómo es que se perciben dichos procesos en la vida desde un enfoque social y cultural que dictan cómo debe hacerse y porqué.

El tercer capítulo, abarca la metodología que se usó para el análisis de los datos así como las técnicas y herramientas de investigación. También la descripción del Hospital General de la Zona Norte y la de las mujeres usuarias del mismo. Se da al lector una etnografía del lugar y de las mujeres para comprender cómo viven el proceso de dar a luz a sus bebés y cómo interactúan con el sector salud para el proceso de lactancia.

Finalmente, el capítulo cuarto, implica el análisis de los datos, en este caso, el análisis de las entrevistas realizadas a las mujeres en el HGZN, y la distinción de elementos sociales y culturales que todo el tiempo confluyen en la forma en que las mujeres sobrellevan y viven la práctica de la lactancia materna. Posterior a este recorrido teórico, metodológico y analítico, el lector encontrará breves conclusiones sobre el trabajo y una propuesta para elaborar talleres prácticos y sencillos que fomenten la práctica de la lactancia materna no sólo en el HGZN, sino en cualquier nivel del sector salud que por supuesto permita la promoción de la misma.

CAPÍTULO 1. Aproximación al panorama de la Lactancia Materna. México, América Latina y España.

En el presente capítulo el lector encontrará un breve bosquejo sobre el tema de la lactancia materna en México, América Latina y España. El primer paso es mostrarte al lector la perspectiva social desde la cual se ha abordado la lactancia y denotar que son escasos los trabajos con perspectiva o corte social y antropológico, por lo cual dicho estudio apuntala a estos nuevos trabajos.

En un segundo momento, se reseñan trabajos realizados en México desde los campos médico y nutricional, que es donde mayormente se ha desarrollado el tema de la lactancia, así como la importancia de las políticas públicas en dicho tema. Seguido a esto, el tercer momento se mencionan las investigaciones realizadas en América Latina, principalmente en Chile, Costa Rica y Cuba.

Finalmente, se aborda el tema de la lactancia en España, pues autoras como Ester Massó Guijarro, están incidiendo en los cambios sobre los trabajos de lactancia materna y con ello dar enfoques desde la antropología, la perspectiva social e incluso el género.

1.1 La lactancia en México.

El tema de lactancia materna no es nuevo, pero si es cierto que, hasta hace unos treinta años, los estudios han sido más rigurosos y específicos sobre los beneficios y nutrimentos de esta. Para México, a partir de la década de los '80 por las exigencias de organismos internacionales se retoma el tema y se crean lineamientos legales para la difusión y apoyo por parte de las instituciones de salud hacia las mujeres en dicha situación.

En México el tema de la Lactancia Materna tiene diversos estudios; desde la medicina, la nutrición o las políticas públicas por mencionar algunos, sin

embargo, desde la perspectiva antropológica son escasos los trabajos. Después de la revisión bibliográfica, se considera que dos son los estudios que tienen relación con la perspectiva antropológica, que en este proyecto se plantea para el estudio de la lactancia materna.

El primero de la Dra. Blanca Zuanilda Mendoza González, investigadora de la Facultad de Medicina de la UNAM, quien es de formación médico cirujana con maestría y doctorado en antropología social, por lo cual la mirada etnográfica en sus trabajos es indudable.

La investigadora elabora un trabajo etnográfico titulado: Saberes de Mujeres y Varones Triquis, respecto de la crianza de sus hijos: cambios y continuidades generacionales, con la finalidad de:

[...] describir los saberes que tienen mujeres y varones triquis acerca de la crianza de sus hijos, así como analizar determinadas relaciones que se desarrollan en términos de pareja, observar sus modificaciones y/o continuidades que se llevan a cabo en términos generacionales entre los miembros de este grupo étnico mexicano (Mendoza, 2006, p. 48).

A lo largo del artículo, se muestra cómo la reproducción sexual es muy importante en la cosmovisión triqui, pues para ellos un pueblo debe tener niños no sólo porque les dará felicidad sino porque perpetúa la existencia. De igual manera, se explica cómo son vistas las mujeres al interior de su comunidad cuando no pueden tener hijos, pues es el rol principal de las mismas y el motivo por el que se casan. La responsabilidad moral y ética, personal y familiar que tiene la mujer al núcleo familiar es muy importante y esto sin duda lleva la responsabilidad de la nutrición, crianza y cuidado de los hijos.

Las mujeres triquis amamantan a sus hijos porque así lo ha dictado la tradición y porque han concebido que, dentro de su rol como madres, lactar es una obligación y responsabilidad innata. Incluso pueden ser mal vistas si no pueden o no quieren amamantar.

Este trabajo, es importante para nuestro estudio, pues encontramos los discursos de las mujeres sobre la lactancia materna, la significación de la

práctica dentro de su núcleo familiar y social y el impacto a nivel económico, social, étnico y personal que tiene, esto nos lleva a saber cuáles son los saberes y creencias triquis sobre la lactancia.

En segundo lugar está el trabajo de Susan Vandale Toney (1997), quien es subdirectora de investigación epidemiológica de la Secretaría de Salud de México y quien ha elaborado trabajos de promoción sobre la lactancia materna, en conjunto con el Dr. Horacio Reyes Vázquez, quien es catedrático titular de la materia de lactancia materna en la UNAM, así como con otro grupo de investigadores (la mayoría desde el sector médico) realizan trabajo de campo en 222 comunidades rurales de México en 18 estados, para saber si las mujeres amamantan y por cuánto tiempo lo hacen, además del proceso de destete (Vandale Toney, Rivera-Pasquel, De la Luz Kageyama-Escobar, Tirado-Gómez, & López-Cervantes, 1997).

Éste último trabajo, tiene un corte médico, ya que la información fue recopilada por residentes de la Facultad de Medicina de la UNAM, y realizado con el apoyo del Instituto Nacional de Salud, sin embargo, ambos trabajos tocan de manera transversal los elementos culturales y sociales que influyen en la práctica de la lactancia materna.

Para propósitos de análisis, las comunidades estudiadas se agruparon creando tres grandes zonas geográficas en función del estado de la República al que correspondiera una comunidad en particular: el primer grupo de 62 comunidades corresponde a la zona norte e incluye a los estados de Baja California, Baja California Sur, Coahuila, Sonora y Colima; el segundo grupo de 96 comunidades se denomina zona centro, incluyendo a Guanajuato, Hidalgo, Morelos, Querétaro, Tlaxcala y San Luis Potosí; finalmente, el tercer grupo de 64 comunidades se denominó zona sur e incluye a Campeche, Oaxaca, Tabasco y Yucatán (Vandale, Susan; Rivera, Marta Elena; Kageyama, María de la Luz; Tirado, Laura Leticia; López, 1998, p. 414).

Dicho trabajo, no sólo tuvo como objetivo saber las razones por las que las mujeres dejan de lactar, sino también la decisión por dar alimentos sucedáneos de leche materna, así como el destete y ablactación. Si bien, las

entrevistas eran semi estructuradas y como señalé el perfil no es un estudio antropológico, se rescata; la acción social de realizar campo (visitar las comunidades), realizar las entrevistas y tener posibilidad de expandir respuestas o estar abiertos a lo que mencionaran y categorizar las razones y motivos por las cuáles en cada lugar las mujeres deciden una u otra situación.

En las conclusiones del trabajo se pone énfasis en que los estados del norte tienen influencia de los Estados Unidos lo que cambió la tradición alimentaria de amamantar y han optado por la fórmula, mientras que en el sur y centro se busca continuar con las prácticas de lactancia, porque no hay tanta influencia de estados del norte (Estados Unidos y Canadá) aunque indudablemente el nivel socioeconómico, escolaridad, redes familiares, conocimiento del tema y orientación por parte del sector salud, influyen en las decisiones de las mujeres independientemente del estado en el que viven, es decir sean del norte o del sur.

1.1.1 La lactancia desde el enfoque médico y nutricional.

Existen dos grandes rubros desde donde se ha enfocado la LM en nuestro país: la medicina y la nutrición. Ambos han sido campos pioneros en la materia, pero lógicamente los enfoques van hacia la salud-nutrición y no hacia la mirada antropológica. Desde estos campos se han descrito principalmente: los beneficios de la LM, el bajo índice de enfermedades para la madre e hijo, la técnica de alojamiento conjunto y de colecho para mejorar la misma y la situación general de la LM en México.

Dando un panorama general sobre la situación de la LM en México están Julieta Ponce y José del Tronco (Ponce-Sánchez, Breve Análisis de la lactancia materna en México, 2016), quienes señalan que el país tiene una baja alarmante en la práctica de la lactancia materna a pesar de las exigencias de organismos internacionales y que esto trae y traerá daños colaterales en la salud especialmente del recién nacido.

De igual modo están los trabajos de Teresita González de Cosío y Sonia Hernández, quienes compilan con otros investigadores temas sobre la problemática social que se vive en el país ante la LM. Principalmente la disminución alarmante de la práctica de amamantar, así como los riesgos que tiene para la salud del bebé la introducción de fórmula y los retos a los que se enfrenta la sociedad para crear un marco social amigable y responsable con dicha práctica (González de Cosío Martínez, Teresita y Hernández Cordero, 2016).

Esta situación (abandono y prácticas) ha sido estudiada también por González de Cosío, Rivera-Dommarco entre otros, los cuáles refieren que en México la LM va a la baja en los últimos años pese a las recomendaciones que hacen la OMS y UNICEF (González de Cosío T, Escobar-Zaragoza L, González-Castell LD, 2013). En México, la falta de información sobre la LM, el poco o nulo acompañamiento por parte de las instituciones de salud a la madre en dicho proceso y la apertura desmedida a las fórmulas lácteas, permite que la práctica de amamantar se relegue e incluso se desacredite por completo.

Lo anterior va de la mano con las prácticas de alimentación infantil, que implican básicamente al factor económico para decidir si se amamanta o no, el factor social-personal (donde se encuentran las creencias y saberes sobre la alimentación a los recién nacidos) y el factor afectivo-personal donde entran los cuidados y atenciones que recibe la madre durante el proceso de amamantar.

En cuanto a lo que corresponde a factores que influyen en el abandono encontramos trabajos de Raisa Durán Menéndez, Déborah Villegas, Seida Sobrado y Manuel Almanza (Durán Menéndez, 1999), (Mendoza, 2006) (C. Quezada-Salazar, 2008).

Para coadyuvar a la continuación del amamantamiento se considera que el alojamiento conjunto o binomio madre-hijo es indispensable durante su estancia en el hospital y en el puerperio para garantizar y optimizar la misma, sobre estos temas, encontramos los trabajos de: (Delgado Becerra, Arroyo Cabrales, Díaz García, & Quezada Salazar, 2006) y Quezada-Salazar, Delgado-Becerra, Arroyo-Cabrales, & Díaz-García, 2008.

Como se indicó, el factor económico juega un papel fundamental para el tema de la lactancia, sobre éste se advierte que los gastos son mayores al suministrar fórmulas lácteas, además de que a largo plazo para el sector salud representará un punto nuclear de enfermedades que también requerirán servicios de salud y por supuesto detrimento en las finanzas (González de Cosío, 2013).

El hecho de que la práctica de la LM esté bajando, implica otros problemas sanitarios, pues estudios señalan que la dieta de los bebés y niños tiende a alimentos obesogénicos, además de que a temprana edad se les dan alimentos altos en carbohidratos y azúcares, consumiendo por supuesto menos frutas, verduras, cereales y alimentos de origen vegetal que inciden en la dieta del mismo. (Flores-Huerta, Klünder-Klünder, & Muñoz-Hernández, 2012), (Samuel, Flores Huerta; Gioria, Martínez Andrade; Gerigina Toussaint; Amapola, Adell Gras; Alfonso, 2006).

En este tema, también se incluye el trabajo del Dr. Samuel Gómez Huerta quien explica la alimentación complementaria a partir de los seis meses de edad y los riesgos que se presentan en la salud del infante cuando éste comienza a ser alimentado con otro tipo de alimentos que no sean la leche materna o los sucedáneos de esta. Se presentan las situaciones de salud y de nutrición que tienen los niños que no son alimentados de forma adecuada y razones generales por las cuáles las madres –principalmente- inician la alimentación de sus hijos y bajo qué lineamientos.

1.1.2 La lactancia desde las políticas públicas.

Esto sin duda, va ligado con las políticas públicas, pues alimentación y salud son dos rubros que constantemente tienen modificaciones para mejorar la calidad de vida de los mexicanos y para el caso va relacionado con el Sector Salud.

Si bien desde los años '80, el estado mexicano proporciona información y capacitación del personal para después apoyar a las madres primerizas en

cuánto a LM, las estadísticas señalaron que no se cumplía con las metas exigidas, por lo que se tomaron acuerdos como la denominada IHAN: Iniciativa Hospital Amiga del Niño y la Niña, para cumplir con las expectativas.

Como advertí, uno de los sectores de estudio más interesantes es el de la Salud Pública, pues no sólo refiere las políticas internas que cada país crea para la mejora de la misma, sino la correlación que deben tener con el marco legal internacional ratificado y que marca los tópicos y tendencias actuales sobre dicho ámbito.

Conforme al marco legal establecido y aceptado en México debe recordarse que la Constitución consagra dos artículos que juegan en este tema, el artículo 1º que señala la igualdad y derechos de los cuales gozan todos los mexicanos y todos aquellos individuos que pisen el suelo mexicano y el artículo 4º en donde se encuentra el derecho a la salud y a la alimentación (dos elementos claves y fundamentales en el estudio).

Así mismo los tratados internacionales ratificados adquieren carácter de obligatoriedad y de jerarquía al mismo nivel que la Carta Magna y los básicos para comprender la legislación en torno a la Lactancia Materna (LM) y la alimentación son: Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 11 (sobre la alimentación); Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 24 (reducir la mortalidad infantil y prevenir la malnutrición); Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belem Do Para”, artículo 4 (derecho a la libre toma de decisiones); así como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, artículo 11 y 12 (sobre embarazo y lactancia). Esto en cuanto a Ley Suprema y Tratados Internacionales.

De igual forma el establecimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna publicado por la OMS y UNICEF en 1981, que tiene como objetivo regular la comercialización de sucedáneos de leche materna, para que con ello se contribuya a mejorar la nutrición de los bebés y proteger su entorno y salud. Este código comienza a finales de los años ‘90 a regir en hospitales del IMSS e ISSSTE, con la finalidad,

pues a principios de la década se suministraban sucedáneos de leche materna sin mayor problema a todas las mujeres después del parto para que la dieran a sus bebés.

Este código va relacionado con la *Declaración de Innocenti*² celebrada el 1° de agosto de 1990 en Florencia, Italia, sobre la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna, que tiene como objetivo:

Una meta global para una óptima salud y nutrición materna e infantil debe permitirse a todas las mujeres practicar lactancia materna exclusiva y todos los niños deben ser alimentados exclusivamente con leche materna desde su nacimiento hasta las 4-6 meses de edad. De ahí en adelante los niños deben continuar siendo alimentados al pecho recibiendo además alimentación complementaria adecuada y apropiada hasta cuando menos los dos años de edad. Este ideal de alimentación infantil será alcanzado creando un ambiente apropiado de conciencia y apoyo para que las mujeres puedan lactar de esta forma. Obtener esta meta requiere, en muchos países, el reforzamiento de una "cultura de la lactancia materna" y su vigorosa defensa contra las incursiones de la "cultura del biberón". Esto requiere compromisos y abogar por la movilización social, utilizando al máximo el prestigio y autoridad de líderes sociales reconocidos en todas las facetas de vida (OMS y UNICEF, 1990, p. 1).

Por lo anterior, México adecúa los lineamientos jurídicos ya establecidos para mejorar, coadyuvar y con ello lograr los estándares internacionales. Es así como de forma escalonada bajan los preceptos internacionales a la legislación federal y estatal. De este modo se encuentra la Ley General de Salud en su apartado VI, Capítulos 67, 68, 69, 70 y 71 sobre los Servicios de Planificación Familiar; la Ley Estatal de Salud para el estado de Puebla en el artículo 4° sobre la atención materno infantil, la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y de la Persona Recién Nacida, que sustituye la de 1993; la Norma Oficial Mexicana PROY-

² Ver en: http://www.aeped.es/sites/default/files/1-declaracion_innocenti_1990.pdf

NOM-050-SSA2-2018, para el Fomento, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna y la Estrategia Nacional de Lactancia Materna 2014-2018.

La Estrategia Nacional, es el instrumento de la política pública mexicana en materia de lactancia materna, que nos permitirá alinearnos y coordinadamente avanzar, para que sea una intervención efectiva que contribuya al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, relacionados con la reducción de la mortalidad infantil, cero hambre y cero malnutrición infantil; además de coadyuvar en la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles como el sobrepeso, la obesidad, la diabetes y enfermedades cardiovasculares, que representan un problema grave de salud pública en nuestro país y para las cuales, la lactancia materna hasta los dos años o más, representa una alternativa de prevención con evidencia científica, al favorecer la programación epigenética de las niñas y los niños lactantes alimentados con leche humana.(García C. Ricardo en Narro Robles, 2014, p. 8).

Lo anterior corresponde al marco jurídico internacional, nacional y estatal para la protección de los derechos de la mujer y del recién nacido, así como la protección al derecho de alimentación, lo que implica evidentemente la lactancia materna.

En México –como se ha señalado- se ha dado mucho peso e importancia al embarazo y la alimentación para el binomio madre-hijo -por los beneficios que ambos obtienen de la lactancia-; creando un marco jurídico robusto, que atañe principalmente al Sector Salud, pero que también incide en el sector laboral e incluso educativo.

Pese a ello, los informes de la OMS y UNICEF marcaron números rojos sobre la práctica de la LM en México, por lo que ambas dictan los 10 Pasos para una Lactancia Materna Exitosa, con la finalidad de disminuir dicho índice.

En el año 1991 ambas organizaciones diseñaron el proyecto Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y Lactancia, que posteriormente se convierte en el proyecto Iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Niña (IHAN), que busca a través de los 10 pasos para la LME aumentar el amamantamiento en los

dos años de vida del bebé, acompañado del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, para regular el suministro de cualquier otro alimento que no sea la leche materna.



Las Diez Claves de la Lactancia Materna

© La Liga de la Leche Internacional 2005

- 1 Amamanta pronto, cuanto antes, mejor.
- 2 Ofrece el pecho a menudo día y noche.
- 3 Asegúrate de que el bebé succiona eficazmente y en la postura correcta.
- 4 Permite que el bebé mame del primer pecho todo lo que desee, hasta que lo suelte.
- 5 Cuanto más mama el bebé, más leche produce la madre.
- 6 Evita los biberones "de ayuda" y de suero glucosado.
- 7 Evita el chupete.
Al menos durante las primeras semanas, hasta que la lactancia esté bien establecida.
- 8 Recuerda que un bebé también mama por razones diferentes al hambre.
- 9 Cuídate.
Necesitas encontrar momentos de descanso y centrar tu atención más en el bebé que en otras tareas. Solicita ayuda de los tuyos.
- 10 Busca apoyo.
Tu grupo local de La Liga de la Leche tiene la información y el apoyo que toda madre lactante necesita.



Ilustración Alba Lactancia Materna, Mascota Merlin

Tabla 2. "Diez claves de la Lactancia Materna", obtenido Revista Baby Center en Español.
<https://espanol.babycenter.com/thread/267127/diez-claves-de-la-lactancia-materna>.

1.2 La lactancia en América Latina.

En cuanto a América Latina también encontramos información sobre los beneficios de la LM y los retos que se presentan para continuar con dicha actividad. Los trabajos vistos son de Costa Rica, Cuba y Chile.

Para continuar con esta descripción sobre la LM en los textos ubicados también se abordan los temas médicos y nutricionales. Evidentemente desde la parte nutricional el grueso de los trabajos de investigación apela al valor altísimo e insuperable que tiene la leche materna por encima de cualquier sucedáneo de leche o fórmula, así como los beneficios en términos de salud que ésta tiene, por ejemplo, prevención de diabetes mellitus, problemas cardiovasculares y obesidad para los niños.

Lo que respecta a beneficios sobre la lactancia materna, textos de América Latina como los de Paulina Brahm y Verónica Valdés, reflejan que es el alimento óptimo para el recién nacido, pues no sólo permite el crecimiento adecuado, sino que previene de enfermedades respiratorias y gastrointestinales. Razones por las cuáles muchos bebés mueren antes del primer año de vida.

Tabla 1. Porcentaje de disminución de riesgo de presentar patologías, según tipo de LM (Adaptado de Pediatrics 2012) ⁵		
Patología	Porcentaje de disminución de riesgo	Tipo de Lactancia Materna
Gastroenteritis	64	Cualquiera
Infecciones respiratorias altas	63	LME > 6 meses
Infecciones respiratorias bajas	72	LME ≥ 4 meses
	77	LME ≥ 6 meses
Bronquiolitis por VRS	74	> 4 meses
Otitis media aguda	23	Cualquiera
	50	LME ≥ 3 o 6 meses
Otitis media aguda recurrente	77	LME ≥ 6 meses
Dermatitis atópica	27	> 3 meses sin historia familiar
	42	> 3 meses con historia familiar
Asma	26	≥ 3 meses, sin historia familiar de atopia
	40	≥ 3 meses, con historia familiar de atopia
Obesidad	24	Cualquiera
DM tipo 1	30	> 3 meses
DM tipo 2	40	Cualquiera
Leucemia	15-20	> 6 meses
Enterocolitis necrotizante	77	Leche humana exclusiva durante hospitalización en UCI
Enfermedad celíaca	52	> 2 meses, con exposición al gluten durante la LM
Enfermedad inflamatoria intestinal	31	Cualquiera

Tabla 3. “Disminución de patologías por consumo de leche materna”, obtenido de (Brahm & Valdés, 2017, p. 10)

Mientras tanto, trabajos como los de Germán Errázuriz y Yalda Lucero señalan el aporte inmunológico de la LM para prevenir alergias, principalmente a la leche de vaca (Errázuriz et al., 2016) (Bascuñán Gamboa, Karla A. y Araya Quezada, 2014).

También está el trabajo de Zulma Campos Montero que refiere generalidades de la LM y aportes nutricios al bebé al ser amamantados además de que con ello se evitan malformaciones y hábitos inadecuados para la alimentación que posteriormente repercutirán en la salud y crecimiento del infante (Campos Montero, 2009).

Respecto a los factores que influyen en el abandono de la práctica de la Lactancia materna está el texto de Raisa Durán. Un trabajo que se acerca al aspecto social y psicológico, puesto que señala cómo la situación familiar, sentimental y laboral de la madre influye indudablemente en la decisión de continuar con la lactancia (Durán, R.; Villegas, D.; Sobrado, D.; Almanza, 1999).

Por último, el trabajo de Katty Dixon, sobre la lactancia prolongada y el lenguaje, donde concluye que la práctica de la LM estimula y promueve en el bebé el desarrollo eficaz y rápido del lenguaje, así como su desarrollo psico-lingüístico (Dixon, 2017).

1.3 La lactancia en España.

Finalmente es en España, donde hallamos trabajos más enfocados en la perspectiva antropológica, se retoma la mirada de género sobre la LM y las situaciones familiares y sociales a las que se enfrentan con el reto de la maternidad.

Primero revisamos los trabajos sobre lactancia humana de la Dra. Ester Massó Guijarro, quien estudió la licenciatura en filosofía y antropología social en la Universidad de Granada y es doctora en antropología social por la misma. Entre sus intereses está el concepto de cuerpo y lactancia materna, enfocado desde la perspectiva feminista.

En el texto titulado: *Lactancia materna y revolución, o la teta como insumisión biocultural: calostro, cuerpo y cuidado*, señala que la lactancia materna no sólo es el hecho de amamantar sino una práctica amplia que va de la mano con acciones sociales y elementos de otros campos como la política y las discusiones sobre el género (Massó Guijarro, 2013a).

Massó Guijarro también considera la lactancia como un proceso de empoderamiento y agencia el cual está constantemente bombardeado por las situaciones sociales y personales y que ello responde a un factor bio-político. (Guijarro, 2015). El trabajo es muestra etnográfica de un grupo de mujeres de Granada, en las que se rescata la práctica de la lactancia materna y su postura ante la misma. El objetivo principal de dicho artículo es mostrar una etnografía sobre un grupo local de apoyo a lactancia materna en Granada, España.

Se analizará como ejemplo significativo de un movimiento prolactancia (activismo) de creciente importancia en el Estado español, que está funcionando socialmente a la par de otro tipo de «mareas» ciudadanas surgidas especialmente tras el 15-M en mayo de 2011. Aunque el asociacionismo prolactancia es bien anterior a esta fecha, no se le ha otorgado popularmente la dimensión política y de transformación social que, como aquí se defenderá, amerita en realidad. Esta ausencia de reconocimiento se debe, a mi juicio, a que promueve una práctica secularmente considerada DEL y relegada al ámbito privado (Guijarro, 2015, p. 233).

En dicho trabajo la investigadora aborda la lactancia desde el aspecto político – que casi nunca se piensa y mucho menos se considera-, pues ya no observa la práctica desde el ámbito privado y doméstico, sino que es una combinación entre lo privado y lo público, cayendo a lo político en donde se transforma el cuerpo, las costumbres y hasta las ideologías.

Cuando interceptan estos ejes (fenómenos culturales en terrenos políticos), hablamos de terrenos bio-culturales, que es desde donde sitúa Guijarro Massó su propuesta y además, considera que las corporalidades lactantes –concepto que retomaré adelante-, es el binomio relacional que se establece entre dos personas: madre y criatura (Massó Guijarro, 2013b, p. 518).

Además de esto, la postura de la investigadora es observar cómo la ideología patriarcal ha venido a coartar la libertad de las mujeres en el derecho sobre sus cuerpos y en este caso sobre la decisión de amamantar.

De igual forma están los trabajos de Núria Calafell Sala, filóloga de profesión y doctora en literatura, está enfocada en las nuevas corporalidades y en este caso el de las mujeres que amamantan. También ha escrito sobre la violencia obstétrica y el parto humanizado.

Calafell busca un nuevo discurso sobre la lactancia materna a través de las corporalidades y el auto concepción y percepción del cuerpo y de la propia individualidad. Considera que la “mujer-madre-lactante” es un trinomio de conceptos y complejidades que no sólo evocan la tradición sino la iniciación a nuevas fronteras de identidades y acciones (Calafell Sala, 2017), (Calafell Sala, 2015), (Calafell Sala, 2016).

Ambas teóricas están abordando la lactancia desde una perspectiva antropológica –situación que es muy limitada en nuestro país- y además con un giro semiótico sobre el auto percepción y auto reconocimiento como mujer en el mundo global cuyas implicaciones exigen y demandan nuevos parámetros de acción y recreación.

Estas dos autoras son clave para el presente trabajo, pero no son menos importantes los textos de Rita Rodríguez García, quien se ha orientado más hacia las prácticas mercenarias de la lactancia haciendo un análisis histórico sobre las nodrizas en España (Rodríguez García, 2015) (Rodríguez García, 2017). También los de Irene García Perulero quien es una fuerte activista social desde el feminismo, la biología y en una propuesta de blog para contrarrestar la desinformación sobre la maternidad y la lactancia, así como para promover partos humanizados.³

³Página en internet:
<http://otrasvoceseneducacion.org/archivos/73745>

[https://irenegarciaperulero.com/sobre-mi/;](https://irenegarciaperulero.com/sobre-mi/)

Para cerrar el apartado, incluyo el enfoque de Beatriz Gimeno. En estos últimos años se han venido dilucidando paradigmas en pro de la lactancia, sin embargo, existen posturas que ponen en entredicho si la práctica es buena para las mujeres, en el sentido de empoderarlas o por el contrario les quita agencia o las limita para continuar con actividades, incluso si la lactancia es impuesta por el estado y la familia o realmente es una práctica decidida por las mujeres.

Esta posibilidad de considerar que el aparato gubernamental incide para que las mujeres decidan lactar, puede pensarse como un método de acción coercitivo para obligarlas, -al menos ésta es la postura de la investigadora Beatriz Gimeno Reinoso, quien levanta la voz para señalar que la lactancia materna es un factor de estigmatización para las mujeres en las que se define si son buenas o malas por la práctica de la lactancia.

Los trabajos de la investigadora no son objeto de estudio del trabajo que se presenta y tampoco estarán en los discursos posteriores de discusión, puesto que el enfoque del mismo no está orientado a discusiones sobre el género en torno a la lactancia, sino a la situación personal, familiar, laboral, social, económico y de salud que enfrentan las mujeres al momento de dar a luz y comenzar la maternidad y al mismo tiempo la lactancia.

Sin embargo, considero necesario que el lector sea sabedor de las posturas que se tornan en cuanto a la práctica de la lactancia materna, los distintos enfoques desde los que se aborda y comprender que no se buscan reglas o leyes, sino análisis de situaciones sociales que contextualizan la práctica de la lactancia materna y que pueden ayudar a comprender mejor la situación.

La investigadora, es actual diputada en Madrid por el partido Podemos y partidaria de acciones y políticas para los grupos LGBTI, asegura que la lactancia materna no siempre es lo mejor para los bebés ni para las madres.⁴

⁴ Para más información sobre sus textos y posturas, puede consultarse su página web: <https://beatrizgimeno.es/>

CAPÍTULO 2. Prácticas y perspectivas bio-psico-sociológicas sobre la Lactancia Materna.

El presente capítulo tiene como objetivo, revisar el concepto de lactancia y por supuesto de maternidad, para que se comprenda que, si bien el proceso de maternidad en la mujer tiene su origen en el aspecto biológico y anatómico, no siempre es una práctica comprendida con naturalidad; aún más la lactancia, no puede pensarse como un proceso que todas las mujeres saben hacer por el simple hecho de ser mujeres, sino que es una dinámica biológica, anatómica, social y cultural que cada una vive, experimenta, crea y recrea desde contextos específicos.

Así mismo, se observarán aristas como el poder, la autopercepción, la sexualidad, los mitos y tabúes en torno a la lactancia, que desde cada sociedad influyen en la práctica social de la lactancia materna. Finalmente, se analizan varios aspectos o dimensiones que tiene la lactancia, las cuales son: el político, económico, religioso, biológico, sanitario, nutricional, psicológico y social; así como la importancia de las políticas públicas en términos nacionales e internacionales que abonan al tema y que por supuesto promueven su promoción y apoyo.

2.1. ¿Qué es la maternidad?

En el proceso de maternidad se considera el embarazo, parto y puerperio, como los estadios de mayor cuidado e importancia para la mujer desde la perspectiva de salud. Lo anterior no significa que después del puerperio la mujer deje de ser madre o vivir la maternidad, sino que durante estos periodos es cuando mayores cuidados deben tener la mujer e hijo para salvaguardar la vida e integridad de ambos.

El embarazo, parto y puerperio constituyen las problemáticas sociales que a nivel salud y nutrición más se estudian y evalúan.

Por su trascendencia, es reconocido el papel de la madre en la vida de las personas y en la sociedad en general, al ser generadora de vida, fundamental para la sobrevivencia y desarrollo en los primeros años de vida de los hijos, fungir como eje en la formación de valores, así como por su papel en el funcionamiento de las familias y por extensión también en las comunidades (INEGI, 2017).

De acuerdo con estadísticas reportadas en 2017 por el INEGI, en México se tuvo un total de 2, 234,039 nacimientos, los estados con mayores índices de natalidad son el Estado de México, Guadalajara, Veracruz, Puebla, la Ciudad de México y Chiapas.

Puebla, es de los estados con mayor tasa de natalidad, pero también con un número bajo en la práctica de la lactancia materna. Las cifras de nacimientos reportadas en 2016 fueron de 132 823 nacimientos frente a 36 353 defunciones.⁵ Anualmente, este número se incrementa, por ello la necesidad del estado de implementar métodos y estrategias para incentivar la lactancia; asimismo, se pretende reducir el número de embarazos no deseados.

La práctica de la LM se incluye en la etapa comprendida como maternidad, durante la cual la mujer vive el embarazo, nacimiento del bebé además del puerperio.

La salud materna comprende todos los aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo, al parto hasta el posparto. Aunque la maternidad es a menudo una experiencia positiva, para demasiadas mujeres es sinónimo de sufrimiento, enfermedad e incluso de muerte. [Existen] cinco complicaciones directamente relacionadas, que son responsables de más del 70% de las muertes maternas: hemorragias, infecciones, abortos peligrosos, eclampsia y parto obstruido. La atención especializada antes, durante y después del parto puede salvarles la vida a las embarazadas y a los recién nacidos⁶.

La LM, no sólo es la práctica natural para alimentar a los bebés, sino ahora un mecanismo mediante el cual se pueden revertir problemas de salud muy graves

⁵ <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/pue/poblacion/dinamica.aspx?tema=me&e=21>

⁶ https://www.who.int/topics/maternal_health/es/

en nuestro país y en el mundo. En México conforme a datos de INEGI, en 2015⁷ se registraron cerca de 655 mil muertes, de las cuales el 25.5% corresponden a enfermedades del sistema circulatorio; es decir infarto al miocardio, altos niveles de triglicéridos y/o colesterol, y enfermedades congénitas; las dos primeras en gran medida son causa de la diabetes mellitus y obesidad; dos problemas que como se ha señalado pueden prevenirse con la LM.

La LM actualmente ha recobrado importancia en los discursos políticos y de salud sobre la misma, sin embargo, hace años se consideraba que la mejor leche para los bebés era la fórmula o en su defecto otro líquido que pudiera proveerle de las necesidades alimenticias. El avance de la ciencia y la medicina demuestran que la lactancia materna es el mejor alimento para el bebé, así también se incide en la alimentación exclusiva de leche materna por seis meses que se extienda por dos años.

¿Pero, a qué se enfrentan las mujeres actualmente si han decidido amamantar? ¿Desde qué aristas se estudian estas disyuntivas socioculturales? ¿Qué sucede en el sentido emocional, económico, laboral, personal, con las mujeres que deciden no amamantar o amamantar? ¿Y qué con aquellas, que aun queriendo amamantar no han podido hacerlo?

Estas preguntas no son fáciles de responder, pues es necesario contextualizarlas y comprender el entorno que rodea a la madre, pero también es indispensable poner en juego distintos niveles de intervención, desde el ámbito familiar hasta el político, pues la lactancia es un fenómeno bio-psico-cultural, que no se define por un solo rubro y que de manera constante cambia conforme los parámetros culturales de quien lo vive.

Amamantar –como se ha señalado- no sólo prevendría a los niños, sino a las madres de enfermedades como tumores malignos, obesidad y depresión. Es decir que la LM, alimenta y previene de múltiples enfermedades que en términos de Salud Pública representan un gasto considerable y que seguramente, sería más económico invertir en la promoción y difusión de los altos beneficios de la

⁷ <http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/pue/poblacion/dinamica.aspx?tema=me&e=21>

misma, que en dar tratamiento y medicación a las enfermedades antes mencionadas.

Si bien, la maternidad está más ampliamente desarrollada en términos de medicina y salud, lo importante para dicha investigación es comprender que, dentro de la maternidad, la práctica de la lactancia materna se sitúa en ámbitos privados y públicos, internos y externos, simbólicos y culturales que dictan o establecen cómo debe llevarse la maternidad y a su vez la LM.

2.2 ¿Qué es la lactancia?

La lactancia es la práctica de alimentar a un recién nacido, en este caso, de alimentar con leche materna al bebé durante un tiempo determinado. Para la OMS la lactancia es:

“[...] la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud”. Así mismo: recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses, la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más.⁸

Diferentes organismos internacionales coinciden en que la práctica de la lactancia materna es un hecho natural que favorece el desarrollo del recién nacido y que además aporta beneficios a la madre.

La leche materna favorece su desarrollo y le da al niño o niña el alimento que necesita para estar bien nutrido. La leche materna contiene los aminoácidos que necesita el normal desarrollo del cerebro. También los protege contra las infecciones y enfermedades. No hay ningún alimento más completo que la leche de la madre para que un niño o niña crezca protegida, inteligente, despierta y

⁸ <https://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>

llena de vida. Por eso, la leche materna es importante durante los primeros años. El calostro es la primera leche que produce la madre inmediatamente después del parto. El calostro es espeso; puede ser transparente o amarillo pegajoso. El calostro una leche muy valiosa porque: tiene todos los elementos necesarios para nutrir al niño o niña desde su nacimiento; protege al niño o niña contra infecciones y otras enfermedades. Los niños que toman calostro son bebés más sanos; tiene las dosis de vitamina A y otros micronutrientes que son necesarios desde el nacimiento; protege al niño o niña contra infecciones y otras enfermedades a las cuales la madre ha sido expuesta; es un purgante natural porque limpia el estómago del recién nacido. Por eso, hay que dar de mamar tan pronto nazca el niño y no es necesario darle chupón, ni agüitas, ni tectitos (UNICEF, 2012, p. 11 y 12).

De igual forma asociaciones civiles, dependencias gubernamentales y de salud y científicos del área, consideran a la lactancia como un método efectivo y eficaz para evitar mortandad infantil y enfermedades para el recién nacido y la madre.

La lactancia materna es la ideal para toda criatura recién nacida, incluyendo aquellas nacidas pretérmino o ingresadas en la unidad neonatal. Para favorecer su instauración se debe cumplir una serie de requisitos mínimos, tanto estructurales y de equipamiento, como de personal suficientemente formado, que favorezcan la lactancia (Rioja, 2010, p. 22).

La LM puede ser de diferentes tipos: por ejemplo, Lactancia Materna Exclusiva (LME) en la que el bebé durante 6 meses únicamente es alimentado por la leche de su madre; la Lactancia Artificial que implica la alimentación del bebé con otro alimento que no sea la leche materna (LC) y la Lactancia Mixta o Alternada, en la cual la mujer alimenta a su hijo con leche materna y algún sucedáneo. Así mismo la LM puede ser sólo los 6 meses o prolongada, de uno a dos años o más.

La LM, se ha considera no sólo un alimento óptimo, sino que también se ha considerado como una práctica eficaz para evitar problemas futuros lo que impacta indudablemente en el sector salud y esto lógicamente se relaciona con aspectos políticos, pero la complejidad del amamantamiento no sólo se

encuentra en el aspecto médico, sino en el aspecto personal y psicológico que va de la mano con la cultura.

2.3. Complejidades de la lactancia materna.

2.3.1 La sexualidad.

La historia sobre la sexualidad y evidentemente sobre la procreación nos remite a una historia de prohibiciones, regulaciones y restricciones que condenaron la mayoría de estas prácticas como pecaminosas. Probablemente, las posturas de rechazo o de morbo sobre la lactancia materna continúan en los discursos actuales, ya sea para reprimidas o para hacernos creer que lo están.

Michel Foucault (1997) señaló que el discurso se ha encargado de hacer creer que todo lo que gira en torno a la sexualidad está reprimido y así se crea esta barrera o invisibilización del mismo, de modo que sea reprimido. Los mecanismos de poder se ponen en acción de tal modo que permite omitir u obviar la misma, logrando llevar otros discursos o una ideología sobre lo bueno o lo malo.

El siglo XVII es el comienzo de la era de la regulación y la norma, donde la ideología de las sociedades burguesas controló lo que debería ser, de qué temas se podría hablar y de qué temas no. La sexualidad como un tema controversial, está delimitado por varios actores que dictan cómo debe llevarse a cabo. Desde la familia, la religión o el estado, cada uno en su ámbito de acción dictan las reglas. Los temas prohibidos, regularmente, son los que tienen relación con la sexualidad, lo que implica prácticas, gustos, interacciones, preferencias y demás, son temas de sometimiento y opresión.

¿Por qué decimos con tanta pasión, tanto rencor contra nuestro pasado más próximo, contra nuestro presente y contra nosotros mismos que somos reprimidos? ¿Por qué espiral hemos llegado a afirmar que el sexo es negado, a mostrar ostensiblemente que lo ocultamos, a decir que lo silenciemos –y todo esto formulándolo con palabras explícitas, intentando que se lo vea en su más

desnuda realidad, afirmándolo en la positividad de su poder y de sus efectos?
(Foucault, 2007, p. 15 Y 16).

Es decir que, a través de acciones, discursos, enseñanzas, tradiciones, prácticas, u otras, los individuos reproducen las formas en las que se debe actuar, no necesariamente para hacerlo como se cree y se quiere, sino para reproducir los padrones de conducta establecidos, válidos, o al menos correctos en estos contextos.

Por ejemplo, la iglesia católica, prohíbe y señala el adulterio como falta grave, lo que implica la copulación exclusiva con la pareja abiertamente conocida y aceptada en el matrimonio. Pero ¿Qué pasa con las sociedades poligámicas? ¿Son mal vistas por la religión o peor aún por Dios? La regulación del matrimonio controla la procreación, configura la familia y muy seguramente regula las prácticas sexuales fuera de casa, dejando fuera la decisión, es decir, si las parejas lo consienten, quieren o no, o si la sociedad misma lo acepta. No se habla, de un consenso, sino de una imposición que dicta cómo se debe actuar en pareja para estar dentro de los parámetros morales y éticos de la religión. Obviamente, esta situación puede resultar para alguien, violatoria, condenatoria o represora de sus gustos y preferencias.

Pero, lo que resulta aún más interesante, es cómo muchas de las prácticas y creencias que se reproducen desde la infancia y en el núcleo familiar y social se repiten de una manera inconsciente y muchas veces se asume que hablar de sexo es hablar de pecado o que el propio sexo refiere al pecado, ha sido tan eficaz la dominación y su discurso que reprimimos el uso de dichas palabras y damos la vuelta en sus discursos, porque se considera inadecuado, pero no nos preguntamos, ¿por qué es así?. Es tan inminente el discurso y tan internalizada la opresión que se omite preguntar por el sexo por la lógica de transgresión moral, sin siquiera pensar que puede ser de otro modo.

El autor denomina técnicas poliformes de poder al hecho de las diversidades con las que puede presentarse la sexualidad y en éste caso el sexo; produciendo, negando, visibilizando o no lo todo lo que está relacionado, es decir que, el poder permite que los individuos reproduzcan la dinámica que les ha sido

instaurada y se incapacitan de estos temas, el discurso global y la puesta en escena del discurso del sexo están en marcha de forma casi imperceptible. “Una evolución doble tiende a convertir la carne en raíz de todos los pecados y trasladar el momento más importante desde el acto mismo hacia la turbación, tan difícil de percibir y formular, del deseo; pues es un mal que afecta al hombre entero [...]” (Foucault, 2007, p. 28).

El doble discurso moral incita a entender que el sexo es pecado y que además debe entenderse como pecado, es decir está siendo pecado por *sui generis*. El tabú sobre la sexualidad, con base en lo señalado por Freud (1991), se institucionalizó con la finalidad de regir, normar y regular las prácticas de la misma, coartando la libertad del individuo no sólo de acción sino de pensamiento, dando oportunidades a unos cuantos de opinar, juzgar y hasta perdonar a todos aquellos que recurrieran a los temas del sexo. La iglesia como institución toma gran importancia pues ya dicta la censura y el castigo y además instauro el régimen de tortura psicológica como penitencia para el perdón de dichos pecados.

A la par de ello, está el tabú sobre lo limpio y sucio en la vida humana. Georges Vigarello, en su libro: *Lo limpio y lo sucio, la higiene del cuerpo desde la Edad Media* señaló que durante el siglo XV y hasta el XIX, el baño fue evolucionando de una fiesta de la carne, a un método de higiene para la salud, en donde con ciertos elementos como la temperatura, tiempo y masajes se obtenían resultados positivos para cualquiera. El baño visto en términos dicotómicos de bueno y malo, avanzó hasta convertirse en un elemento de higiene, necesario para la calidad de vida en los individuos.

Hay que regresar a las escenas del baño en la Edad Media y detenerse en su estudio para evaluar las prácticas que el siglo XVI va a ir eliminando lentamente. Su finalidad es, primero, el juego e incluso la transgresión, porque el agua es, para empezar, festiva, lo que significa que lavarse no es la verdadera significación del baño (Vigarello, 1991, p. 44).

Si bien, actualmente se sabe de la naturaleza positiva del baño, en épocas anteriores, la religión participó en la criminalización del cuerpo, el aseo y la

naturalidad de este. Las desnudeces estaban prohibidas, aun cuando fuera necesario el baño. La práctica en sí de tomar un baño se volvió prohibida e inalcanzable, por un lado, sólo ciertos estratos podían pagar el servicio, mientras que por el otro lado quienes lo hacían eran estigmatizados de pecadores. Con dichas percepciones, en la Edad Media el cuerpo y todo lo que tiene que ver con su cuidado, higiene y actividad, se convierte en prohibido, profano o simplemente malo.

Restricciones tales como bañarse con ropas de cama o simplemente no bañarse, fueron de la mano con prohibiciones y tabúes que avanzaron con el paso del tiempo, igualmente en México se instauran dichos pensamientos con la occidentalización de los pueblos americanos.

No es hasta el siglo XIX cuando los avances en las ciencias naturales nos indican que no sólo es imprescindible la salud, sino la higiene. “La higiene ya no es el adjetivo que califica la salud (en griego, *hygeinos* significa: lo que es sano), sino el conjunto de los dispositivos y de los conocimientos que favorecen su mantenimiento” (Vigarello, 1991, p. 210).

Con ello, el sentido del baño ya no sólo implica la diversión o perversión, sino la herramienta por la cual enfermedades pueden curarse y una necesidad para mejorar las condiciones de vida. Las mentalidades de larga duración permean en el tiempo, se reproducen las ideologías, los pensamientos sobre lo relativo al cuerpo, por ejemplo lo limpio y lo sucio que va más allá del baño, también las actividades que resultan poco agradables o incluso mal entendidas, como lo es el hecho de la LM.

2.3.1 Creencias, mitos y tabúes.

Amamantar como práctica social no queda fuera de dicha estigmatización. Las mujeres deben cubrirse para lactar o bien estar en un lugar específico fuera del grupo social. El cuerpo y su función natural de amamantar se contraponen con los usos y costumbres sociales que dictan dónde, cuándo, cómo, porqué y si

deben lactar o no las mujeres. Parece que lactar, debiera realizarse, pero en lugares restringidos o cubriendo el cuerpo, para evitar las miradas, el morbo o la obscenidad al mostrar el pecho para alimentar al bebé.⁹

La construcción del cuerpo, no desde la perspectiva fisiológica sino cultural, conlleva prácticas y ritualidades que en determinados momentos históricos pueden ser a favor o en contra de alguna práctica. El cuerpo se cubre por varios motivos, protección, moda, gusto, creencias o por pudor, cualquiera que sea la razón, es la mentalidad, ideología de cada sociedad que descifra cuáles son estos motivos. Las costumbres de cualquier sociedad pueden ser contrarias unas de otras y no es que exista una dicotomía propiamente o todo el tiempo entre la naturaleza y la cultura, sino que la cultura describe y explica la naturaleza del ser humano, dotando de significados al mismo tiempo que regula y valora.

A la par de lo anterior están los mitos o creencias que las culturas han construido sobre la leche y que inciden de manera indudable en la práctica de la lactancia. En algunas culturas originarias del territorio mexicano, las mujeres saben que si están enojadas o asustadas no deben lactar porque el niño se queda con los sentimientos, por lo cual deben sacarse y tirar la leche, pero no al desagüe o la cañería común “porque se te va” (dejan de tener flujo lácteo), sino al desperdicio o a alguna planta. Existe la creencia de que los sentimientos que tenga la madre deberán ser positivos, si no éstos se los transmite en la leche y le hacen daño al bebé.

En el mismo sentido, la creencia que se tiene sobre “enchipilar” a un infante cuando su madre está embarazada es muy común y se considera que la leche ya no es buena para él por lo que debe suspender el pecho.

⁹ Apenas en 2016 en la ciudad de México se publicaron reformas correspondientes a la Ley de Cultura Cívica, la Ley para Prevenir y Erradicar la Discriminación y la Ley de Salud, con la finalidad de erradicar y sancionar a todos aquellos que violenten a las mujeres cuando lacten en espacios públicos, pues se reportaron incidentes a madres que lactaban en la calle en donde se vulneraba su derecho e integridad al recibir ofensas por parte de personas que se encontraban a su alrededor, por considerarlo un acto impropio y obsceno.

Uno de los males mencionados en los textos históricos es el que se creía causado al propio hijo lactante cuando la madre se volvía a embarazarse. El niño se hacía *tzípitl* (“chípil” se dice hoy); el mal se manifestaba por debilidad, diarrea, lentitud en el desarrollo, enflaquecimiento, desgano y pronunciación defectuosa, propia de una criatura demasiado apegada a la madre. El daño causado por la madre se nombraba *tzipicuazaba* y *cauzaloe in tepihuan*; ambos dan la idea de que el mal consistía en el “enlace” del niño nacido y lactante con el que estaba en el vientre. Hoy la chipilez se describe como una enfermedad causada por la leche “sucia” de la madre, que produce en el niño diarrea, distensión de vientre y magreza de brazos y piernas; se cree que es una enfermedad de naturaleza caliente que ataca también al cónyuge de la embarazada (López Austin, 2004, p. 290).

Bajo esta ideología, la leche de la madre ya no es buena para el bebé por lo que debe quitársele. Las creencias actuales señalan que para curar la chipilez a un niño la madre puede untar saliva detrás de sus orejas o bien dejarle una cintilla roja al niño, después de que la madre la ha usado por algunos días, para que sea protegido de los síntomas y curado al poco tiempo.

No sólo nuestra sociedad tiene elementos simbólicos en el proceso de lactancia, textos como el de Salvatore O’nofrio (2016) muestran cómo las creencias sobre la leche materna en el sur de Italia marcaron las pautas sobre cómo deben amamantar, además las mismas dictan cuando la leche de la mujer es buena o mala para el bebé, “[...] otra oposición se esboza entonces entre el amamantar limpio (*di nettu*) y el amamantar sucio (*di luordu*). Se considera que las menstruaciones ensucian la leche, y que hasta transforman la leche de hombre en leche de corazón” (Fournier, Dominique y Ávila Ricardo, 2016, p. 23).

Las creencias, los mitos y hasta los ritos, no son exclusivos de una sociedad, sino son parte de la vida de los seres humanos, pues significan los actos y hechos, le da sentido a cualquier actividad o práctica. Dice Levi Strauss (1977) en su libro *Antropología Estructural* que la eficacia simbólica implica ritos y ceremonias que los individuos llevan a cabo como parte de la creencia de un hecho y que finalmente consideran que con algún ritual, el resultado será el esperado.

El objeto del canto es ayudar en un parto difícil. Es de un empleo relativamente excepcional, porque las mujeres indígenas de América Central y del Sur dan a luz más fácilmente que las sociedades occidentales. La intervención del chamán es, pues, rara y se produce en caso de dificultades, a pedido de la partera. El canto se inicia con una descripción de la confusión de esta última, describe su visita al chamán, la partida de éste hacia la choza de la parturienta, su llegada, sus preparativos, consistentes en fumigaciones de granos de cacao quemados, invocaciones y la confección de imágenes sagradas o *nuchu*. [...] El parto difícil se explica, en efecto, como debido a que *Muu* ha sobrepasado sus atribuciones y se ha apoderado del *purba* o 'alma' de la futura madre. El canto consiste entonces enteramente en una búsqueda: búsqueda del *purba* perdido, que será restituido tras grandes peripecias, tales como la demolición de obstáculos, victoria sobre animales feroces y finalmente un gran torneo librado entre el chamán y los espíritus protectores, por un lado, y *Muu* y sus hijas por otro, con ayuda de sombreros mágicos cuyo peso estos últimos son incapaces de soportar. Vencida, *Muu* deja que se descubra y libere el *purba* de la enferma; el parto tiene lugar, y el canto concluye enunciando las precauciones tomadas para que *Muu* no escape en persecución de los visitantes (Lévi-Strauss, 1977, pp. 168–169).

Aunado al hecho de aceptar la LM como el alimento para el bebé, otro de los problemas a los que se enfrentan las mujeres que desean lactar son los tabúes y mitos sobre la calidad de la lactancia, si es nutritiva, sana o buena para el crecimiento del bebé, o, si es benéfica o mala para la madre. Cualesquiera que sean las razones responden a un imaginario colectivo sobre lo bueno y malo para la alimentación de los bebés.

El significado del tabú se nos explicita siguiendo dos direcciones contrapuestas. Por una parte, nos dice «sagrado», «santificado», y, por otra, «ominoso», «peligroso», «prohibido», «impuro». Lo opuesto al tabú se llama en lengua polinesia «*noa*»: lo acostumbrado, lo asequible a todos. Así, adhiere al tabú algo como el concepto de una reserva; el tabú se expresa también esencialmente en prohibiciones y limitaciones. Nuestra expresión compuesta «horror sagrado» equivaldría en muchos casos al sentido del tabú. Las restricciones de tabú son algo diverso de las prohibiciones religiosas o morales. No se las reconduce al mandato de un dios, sino que en verdad prohíben desde ellas mismas. Y de las prohibiciones morales las separa su no inserción en un sistema que declarase

necesarias en términos universales unas abstenciones, y además proporcionará los fundamentos de esa necesidad. Las prohibiciones de tabú carecen de toda fundamentación; son de origen desconocido; incomprensibles para nosotros, parecen cosa natural a todos aquellos que están bajo su imperio (Freud, 1991, p. 27).

Acertadamente Freud (1991), rescata que el tabú no tiene una fundamentación, es decir que es la sociedad quien dicta un tabú y quien da el significado. La práctica de la LM incluso puede caer en éstas disyuntivas, pues convergen elementos simbólicos de alimentación y sexualidad difíciles de explicitar en la interacción social.

La maternidad conlleva elementos simbólicos que se entienden y explican a través de sus propios lentes y que pueden ser comprendidos sólo por aquellos que comparten el mismo código simbólico.

La eficacia simbólica consistiría precisamente en esta 'propiedad inductora' que poseerían, unas con respecto a otras, ciertas estructuras formalmente homólogas capaces de constituirse, con materiales diferentes en diferentes niveles del ser vivo: procesos orgánicos, psiquismo inconsciente, pensamiento reflexivo. La metáfora poética proporciona un ejemplo familiar de este procedimiento inductor: pero su empleo corriente no le permite sobrepasar el psiquismo (Lévi-Strauss, 1977, p. 182).

La eficacia simbólica no sólo está presente en el parto, sino como ya se señaló, en el proceso de amamantar, pues las prácticas y creencias sobre la misma, influyen en la decisión de la mujer y sobre todo en si ésta tiene una lactancia exitosa o no.

2.3.2. La autopercepción.

Como se señaló, líneas arriba, son muchos los ámbitos desde los cuáles se puede abordar el tema de la lactancia materna, en términos socioculturales, económicos, laborales, sanitarios, estético, entre otros; distintas miradas que generan matices muy marcados para cada uno. Actualmente los temas que más

inciden sobre la decisión de amamantar son el económico y el laboral, pues muchas mujeres deben volver a sus trabajos, independientemente de sus creencias, la lactancia se interpone como un obstáculo, por lo que deciden el suministro de la fórmula. En tanto que, el elemento personal sobre la autopercepción e identidad también pesa mucho, en la decisión de amamantar. Algunas mujeres consideran que amamantar modifica su cuerpo y deja de ser atractivo, o estar en los estándares de belleza que hoy se exige.

Deudores de ésta ideología son todos los discursos en torno a la lactancia materna que focalizan en el cuerpo, en su cuidado-descuido, en su cambio-permanencia, sus críticas más feroces, buscando perpetuar así la figura de la mujer, aunque sea ya mujer-madre, sometida al deseo del hombre (Calafell Sala, 2017, p. 151).

Parece que, la situación de lactancia no sólo tiene que ver con una práctica alimentaria, sino con una condición de identidad como mujeres y además como situación difícil para quien pretender conservar su imagen corporal anterior al embarazo.

Existe de facto un conjunto de falacias extendidas en torno a la lactancia, tanto en sus aspectos más fisiológicos como en los psicológicos y sociales, enraizado en el patriarcado y el capitalismo –en este caso, en su versión de la industria farmacéutica-. Tales construcciones falsas engloban creencias como que la madre gana peso durante la lactancia (y, por supuesto, sabemos que no hay peor indignidad en una sociedad occidental frivolidada y, por cierto, obesa), que su pecho se cae, que padece una gran atadura a su bebé, etc. A la base de muchos de estos temores se halla la subordinación secular de la mujer como objeto de deseo sometido al hombre: rechazamos la teta para lactar a los bebés porque ello implica dependencia o pérdida de tersura... ¿y entonces es mejor sostenerla como objeto estético- sexual masculino, salvaguardarla para el hombre? ¿Eso es mejor que la presunta naturalización? (Massó Guijarro, 2013a, p. 195).

Advirtió, acertadamente Ester Massó Guijarro, que no se suministra el pecho para mantenerse bien, atractivas para los hombres y esto de nuevo nos lleva a estereotipos, consumo y violencia disfrazada.

Decir, por ejemplo, que dar pecho en público es obsceno, no sólo presupone una lectura del cuerpo mujer-madre con base en el deseo del/a otro/a que la observa y la cosifica, sino que nos obliga a un replanteo de ese lugar otro desde el que se mira a estas mujeres-madre y se las etiqueta (Calafell Sala, 2017, p. 171).

Para evitar descontextualizar todo lo que implica la maternidad en la mujer la propia Calafell introduce un nuevo concepto Mujer Madre-Lactante, en el cual se engloba el aspecto biológico (mujer), es aspecto social (madre) y la actividad que desarrolla una madre (lactancia). Esta triada conceptual refleja elementos que no sólo se conjugan en la parte psíquica de la madre, sino que la sociedad está dictando cómo deben desempeñarse dichos roles.

2.3.3 El poder.

Indudablemente, la mujer en el rol de la maternidad es el actor principal, y pensar en actor principal da la idea de que elige y decide, pero la realidad es que, aun siendo protagonista, son muchos los factores que influyen para su toma de decisiones. La familia, la pareja, los amigos, el ambiente en el trabajo, entre otros factores, la sociedad en sí misma está dictando cómo debe actuar y en cierta medida de forma inconsciente inserta un patrón de conducta a seguir.

El poder, como capacidad de agencia o de decisión, es un elemento diluible en estas situaciones. Michael Foucault (1989) determinó que el sujeto está inmerso en las relaciones de poder no sólo porque el poder es una situación relacional y social, sino porque muchas veces se cosifica al actor lo que posibilita la adhesión al poder.

Generalmente puede decirse que hay tres tipos de luchas contra las formas de dominación (étnicas, sociales y religiosas); contra formas de explotación que separan a los individuos de aquello que ellos mismos producen; o contra aquello que ata al individuo a sí mismo y los subsume a otros de esta forma (luchas contra la sujeción, contra formas de subjetividad y sumisión (Foucault, 1989, p. 10).

Esto se refleja bien en el tema de la lactancia, pues por lo menos las cuestiones sociales y religiosas marcan cómo debe llevarse a cabo dicho proceso y con base en ellos se establecen reglas y lineamientos que deben seguir las mujeres en el proceso de amamantar. La religión, por ejemplo, la católica dicta el cuidado y la entrega que debería tener la madre por sus hijos y por el esposo, lo que muy seguramente contraría la situación social de la mujer que ha decidido reingresar al trabajo dejando a su bebé en alguna guardería o con familia, quizás no propiamente dicho pero el rechazo está señalado.

El cristianismo es la única religión que se ha organizado a sí misma como Iglesia, y como tal, postula en principio que ciertos individuos pueden, por su cualidad religiosa, servir a los otros, no como príncipes, magistrados, profetas, adivinadores, bene-factores, educadores y demás, sino como pastores. De cualquier manera esta palabra designa una forma especial de poder (Foucault, 1989, p. 12).

Por otra parte, la sociedad incide en las decisiones sobre la lactancia, discursos a través de la experiencia en el núcleo familiar dicen si el bebé está apto para la crianza sólo con la leche materna o si debe combinarse la alimentación (leche materna más fórmula), también el tiempo que debe lactar (seis meses, un año, dos años, etc.), la alimentación que debe darse al principio de la lactancia para la abundancia de leche (atoles de ajonjolí, de masa, leche o pulque) e incluso si la calidad de la leche de la madre es buena o no, pues con observar al niño los familiares aventuran comentarios sobre si está grande o no, si se ve saludable, pálido o rozagante, es decir; la experiencia y las relaciones crean un vínculo que les supone o da derechos sobre la decisión de otros.

En este sentido, para conformar una triada más fuerte de dominación, está el aspecto político, donde encontramos políticas de inclusión y exclusión laboral. Las políticas gubernamentales buscan que las mujeres conozcan cuáles son sus derechos dentro de la lactancia, beneficios y riesgos, con base en ello la promoción, sin embargo, nada de esto se desliga de las condiciones que muchas mujeres actualmente viven; las de ser mujeres profesionistas que deben volver después de una incapacidad por maternidad. He aquí, el problema, las políticas públicas fomentan la lactancia exclusiva hasta los seis meses, pero en términos

legales, laborales, sólo se autoriza una incapacidad por tres, ¿qué hace el sujeto expuesto a dichas reglas?

El ejercicio del poder no es simplemente el relacionamiento entre "jugadores" individuales o colectivos, es un modo en que ciertas acciones modifican otras. Lo que por supuesto significa, que algo llamado *poder*, con o sin mayúsculas, considerado que existe universalmente de forma concentrada o difusa, no existe (Foucault, 1989, p. 21).

Notamos entonces, que la decisión de las mujeres sobre el proceso de lactancia no es un aspecto personal, ni objetivo completamente, pues de manera inconsciente se ve inmersa en un complejo mar de decisiones que están dictando cómo debe ejercer su derecho y además está actuando bajo los esquemas que la propia sociedad dicta, por lo que más que realmente un derecho de decisión tenemos la opción de elegir lo que muchos cánones han marcado.

El hecho de que se hayan dictado o asumido roles para los géneros no implica de ninguna manera que se tenga todo el dominio o poder sobre los mismos, pues finalmente la creación de dichos roles se va marcando por las consideraciones culturales y sociales. De este modo, Judith Butler (2006) suscribió que “ni el género ni la sexualidad son precisamente algo que poseemos, sino más bien un modo de desposesión, un modo de ser para otro o a causa del otro” (p. 50). (Butler, 2006, p. 50)

Bajo esta premisa, Butler asume que el cuerpo es una propiedad y con este derecho reclamamos ser quienes queremos ser y los derechos que queramos para el respeto de estos. Pero el cuerpo, a su vez tiene una dimensión pública-política, la cual no siempre nos pertenece, es una esfera abierta a otros, donde muchas críticas y fenómenos no pueden controlarse.

La OMS o la UNICEF han considerado que la alimentación óptima para los bebés es la leche materna y que además el tiempo ideal para ello son seis meses de forma exclusiva. Sin embargo, ¿existen verdaderas políticas públicas que permitan esto? En el caso de México, ha firmado tratados internacionales para promover la LM y lleva un lineamiento estricto sobre las medidas que deben tomarse para la práctica del amamantamiento, pese a ello, los índices son bajos.

Los resultados no sólo son negativos por la ineficiencia e ineficacia del sector salud, sino porque no existe un conjunto jurídico coordinado que otorgue estos derechos a las mujeres. La ley del trabajo contempla en el artículo 170 el permiso por maternidad, pero sólo se cubren 84 días, lo que implica poco más dos meses de lactancia exclusiva, dejando fuera 4 más. Realmente, las mujeres no están teniendo un resguardo ni garantía a su derecho de amamantar sin ser despedidas, removidas de sus cargos o mal remuneradas.¹⁰

Al menos en nuestro país, la práctica de la LM exclusiva, resulta un reto titánico para aquellas mujeres que trabajan o deben cumplir con un horario, pues son muy pocos los trabajos que respetan el periodo de maternidad y el reajuste a su jornada laboral o bien que cuentan con salas de lactancia o áreas higiénicas para la extracción de la leche.

Muchas se ven forzadas a renunciar y buscar trabajos con menos carga laboral, reducir su jornada o si les es posible, renunciar. Esto bajo la hipótesis de continuar con la lactancia, en el otro lado, está la opción de alimentar al bebé con algún sucedáneo que evite las complicaciones antes mencionadas.

El proceso bio-cultural de amamantar no sólo es considerar alimentar a otro ser vivo, sino los pre-requisitos y lineamientos que deben seguirse para hacerlo, desde si se amamanta en público o en privado, si es correcta y moral, o si transgrede el hecho de exponer tu cuerpo ante otros. De este modo, el cuerpo transita entre lo privado y público y esto genera muchas veces incomodidades o molestias que pueden caer en prácticas violentas, como el rechazo, la exclusión o la crítica.

La violencia es seguramente una pequeña muestra del peor orden posible, un modo terrorífico de exponer el carácter originalmente vulnerable del hombre con respecto a otros seres humanos, un modo por el que nos entregamos sin control

¹⁰ De acuerdo con Mariana Villalobos fundadora de la asociación Lactancia Materna un Acto de Amor, en México sólo 1 de cada 10 mujeres logra compaginar la lactancia con la vida laboral. Para mayor información consultar página oficial de Fundación Lobos, Fundación Lactancia Materna un acto de amor y/o la página mama y maestra en internet.

a la voluntad de otro, un modo por el que la vida misma puede ser eliminada por la acción deliberada de otro (Butler, 2006, p. 55).

Se observa que en el dominio público el poder y la violencia son mayores, debido a quienes están arriba, en la estructura social, en un discurso público y empoderados de cualquier medio indican qué debe hacerse, cuándo y cómo debe actuar el individuo, por lo que dictaminar a quienes no entran implica sin duda alguna violencia, y no solamente en relación con la violencia privada, sino por el contrario violencia pública, aceptada, reproducida y transmitida.

2.4. Dimensiones de la LM.

La práctica de la lactancia materna es un acto propio de la naturaleza, además atañen diferentes ideologías y perspectivas, por ejemplo, la semiótica de la cultura, tema que nos interesa, el aspecto biocultural de dicha práctica. La LM es una clara reproducción de prácticas culturales y de cosmovisiones o ideologías específicas de algún lugar, puesto que responden a tiempos y espacios determinados, es decir que la práctica tiene contexto y cultura que la acompañan de forma invariable.

Considero que, en términos teóricos, son ocho los rubros principales desde los cuáles se puede abordar la lactancia y la mayoría de sus cuestionamientos. Los aspectos o dimensiones generales son: político, económico, religioso, biológico, sanitario, nutricional, psicológico y social. Dentro del ámbito político resalto las políticas públicas que están conforme a los lineamientos mundiales sobre la lactancia y que buscan incentivar a las mujeres para que amamenten, así como la creación de leyes particulares y generales para la regulación de la práctica.

Razón por la cual, por mencionar un ejemplo, se crea la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña, como medio para evitar la baja en la LM y la práctica de los 10 pasos para una Lactancia Materna Exitosa. Todo ello aunado a normas mexicanas de salud, leyes reglamentarias y por supuesto lineamiento federales e internacionales.

En cuanto al aspecto económico, se relaciona con el papel que desempeñan hoy las mujeres en el ámbito laboral, pues su presencia es cada vez mayor y los derechos que han ganado sobre los temas de maternidad y lactancia, aún están lejos de ser ideales y óptimos para garantizar el éxito en los mismos.

En resumen, en materia laboral los empleadores tienen la obligación de dotar a las madres de los medios respectivos para que éstas puedan gozar de los derechos que la legislación les otorga. [...] Los empleadores pueden tener como incentivos para cumplir con la norma una posible imposición de una sanción, responsabilidad social empresarial, la idea de aumentar la productividad de la madre, de contribuir a la igualdad laboral, o de reducir el ausentismo laboral si los empleadores tienen como conocimiento de la relación que existe entre la práctica de la lactancia y la menor incidencia de enfermedades en el recién nacido. Sin embargo, dichos incentivos conllevan costos para el empleador, como aquel inherente a la licencia por maternidad, de los descansos para lactar o la reducción de la jornada laboral, de la adaptación de los espacios para lactar o los costos administrativos de las licencias, entre otros (González de Cosío Martínez, Teresita y Hernández Cordero, 2016, pp. 122–123).

En México, la legislación prevé los permisos de maternidad, para lo cual las mujeres después del parto o cesárea tendrán una incapacidad de 84 días, en los cuáles se considera el puerperio (cuarentena) como tiempo de recuperación y otros 44 días para estar con el bebé, pero, para que se contemple una Lactancia Materna Exitosa –en adelante se encontrará el acrónimo LME- de 6 meses como indican los estándares internacionales, se requeriría de un permiso de aproximadamente 180 días, es decir que con estos días no se cubre ni el 50% de la LM.

Ley Federal del Trabajo. Artículo 170.

Las madres trabajadoras tendrán los siguientes derechos:
I. Durante el período del embarazo, no realizarán trabajos que exijan esfuerzos

considerables y signifiquen un peligro para su salud en relación con la gestación, tales como levantar, tirar o empujar grandes pesos, que produzcan trepidación, estar de pie durante largo tiempo o que actúen o puedan alterar su estado psíquico y nervioso; (Reformada mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de diciembre de 1974)(Fe de erratas publicada en el Diario Oficial de la Federación el 9 de enero de 1975).

II. Disfrutarán de un descanso de seis semanas anteriores y seis posteriores al parto. A solicitud expresa de la trabajadora, previa autorización escrita del médico de la institución de seguridad social que le corresponda o, en su caso, del servicio de salud que otorgue el patrón, tomando en cuenta la opinión del patrón y la naturaleza del trabajo que desempeñe, se podrá transferir hasta cuatro de las seis semanas de descanso previas al parto para después del mismo. En caso de que los hijos hayan nacido con cualquier tipo de discapacidad o requieran atención médica hospitalaria, el descanso podrá ser de hasta ocho semanas posteriores al parto, previa presentación del certificado médico correspondiente. (Reformada mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de noviembre de 2012).

Hace falta mucho para llegar a estándares de países como Finlandia, Dinamarca, Suecia, Bélgica, Islandia, Serbia, Noruega, Hungría, Escocia, entre otros; donde las mujeres pueden amamantar de forma ininterrumpida a sus hijos por lo menos 6 meses e incluso contar con hasta el 80% de su salario si se encontraban trabajando durante el embarazo. Aún con estas dificultades, es cierto que se ha avanzado en estos derechos laborales para el beneficio de mujeres y sus hijos.

Para la religión, idealmente se regula la maternidad con el vínculo del matrimonio o las uniones religiosas, -aunque muchas veces fallidas- y en otros extremos se pretende apelar a la responsabilidad y el apego a las normas morales con los dichos lazos, en muchas religiones no se está a favor de un embarazo interrumpido (aborto).

En términos de sanidad pública, el país cuenta con marcos jurídicos internacionales, nacionales, federales, estatales y locales que refuerzan el compromiso en pro de la lactancia. Aún con todo, México está por debajo de los

indicadores y constantemente se buscan medidas que promuevan la LM y que no sólo orienten a las mujeres, sino que se dé un seguimiento total durante los próximos seis meses después del nacimiento del infante.

Las dependencias gubernamentales buscan orientar a las mujeres para que el proceso de embarazo, parto, puerperio y lactancia esté en márgenes de salud y desarrollo, y el seguimiento puntual que se tiene con cada mujer embarazada disminuye considerablemente la mortandad en el binomio madre-hijo además de los riesgos sanitarios que puedan presentarse.

La Lactancia Materna es también una estrategia para evitar mortandad infantil –como se señaló anteriormente-, y una estrategia para prevenir distintos tipos de cáncer en la mujer y enfermedades gastrointestinales o respiratorias para los recién nacidos.

Conforme a la parte biológica o quizás mejor llamada fisiológico-anatómica, la ciencia señala y reitera la importancia el cuidado en las mujeres embarazadas pues las funciones y estructura de la mujer al estar embarazada cambia por lo que requiere alimentación y cuidados para la salud y sobre todo evitar malformaciones genéticas, riesgos durante el embarazo, el parto y puerperio, y las investigaciones actuales que indican los beneficios físicos que obtiene la madre al amamantar. Algunos autores señalan que:

13.6% de los menores de 5 años en México (alrededor de 1.5 millones de niños) se clasifica en desnutrición crónica (baja talla para la edad). El 38.3% de los niños de 12 a 23 meses, 25.6% de los de 24 a 36 meses, casi 11% de las mujeres en edad fértil y 18% de las embarazadas padecen anemia, lo que refleja deficiencias de hierro y otros minerales en estas poblaciones vulnerables. La desnutrición crónica y la anemia en menores de 5 años es el resultado de una alimentación infantil (prácticas de lactancia y alimentación complementaria) inadecuada y la anemia en mujeres es el resultado de dietas incorrectas y falta de atención de calidad durante el embarazo. (Bonvecchio Arenas, Anabelle; Fernández-Gaxional, Ana Cecilia; Plazas Belausteguigoitia, Maite; Kaufer-Horwitz, Martha; Pérez Lizaur, Ana Bertha y Rivera Dommarco, 2015, p. 4).

El binomio madre-bebé no sólo requiere cuidados una vez nacido el bebé, sino antes y durante el embarazo.

Según las recomendaciones internacionales, los menores de 6 meses de edad deben alimentarse con lactancia materna exclusiva, y complementarla con otros alimentos a partir de los 6 meses hasta los 2 años de edad. Incluso si la madre y el niño lo desea la lactancia puede extenderse más allá de los 2 años. [...] La lactancia materna exclusiva disminuye el riesgo de enfermedades infecciosas como diarrea o neumonía, y protege a los niños de mala nutrición tanto por deficiencias (talla baja y anemia) como por excesos (sobrepeso y obesidad durante la infancia y la edad adulta). Está relacionada con un menor riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en la vida adulta como diabetes e hipertensión. En la mujer que amamanta como lo recomienda la OMS, la lactancia se relaciona con una mayor pérdida de peso en los primeros meses posparto y un menor riesgo de presentar diabetes, cáncer de mama y de ovarios (Bonvecchio Arenas, Anabelle; Fernández-Gaxional, Ana Cecilia; Plazas Belausteguigoitia, Maite; Kaufer-Horwitz, Martha; Pérez Lizaur, Ana Bertha y Rivera Dommarco, 2015, p. 18 y 19)

Para el aspecto nutricional, el embarazo impacta directamente en la salud de la madre si ésta no toma los cuidados necesarios, pues hay evidencias de mujeres que mes con mes son atendidas por los médicos nutricionistas y se encuentran en los estándares ideales, mientras que en otros casos las mujeres presentan anemia, obesidad e incluso diabetes, problemas que no sólo serán para la madre sino para el producto (Salud, 2018).

Aunado a esto, la concepción y percepción del cuerpo estético –y esto también se relaciona con el aspecto psicológico- refiere una mujer delgada incluso en el embarazo y ahora existen los embarazos *fit*, en donde las mujeres siguen ejercitándose y sus vientres crecen muy poco para que después del parto sea más fácil la recuperación de su figura; pero esto puede acarrear graves problemas de salud para el binomio madre-hijo (Candel, 2016) (Bledel & Autor, 2011).

Por otra parte, las discusiones en torno a la capacidad de agencia de la madre sobre su cuerpo y sobre la decisión de amamantar a su hijo. Son muchas las exigencias del mundo globalizado, con sus estándares sobre belleza y cuerpo, someten a las mujeres que han decidido embarazarse a muchas presiones, por lo que lactar también se vincula como una barrera pues la estética de los pechos puede verse afectada (Zicavo, 2009) (Boix, 2016).

Por último, la parte antropológica, que es el área que se desarrollará en esta investigación. Aquí se encuentran los estereotipos sociales sobre el cuerpo de la mujer y el simbolismo que representa convertirse en madre, así mismo los motivos y las razones por las cuáles las mujeres han decidido amamantar o no a sus hijos. Aquí es donde convergen todos los elementos antes mencionados y donde la capacidad de agencia de las mujeres cobra vida para elegir –si es que podemos decirlo en estricto sensu- sobre su papel en la maternidad.

La filosofía nunca se ha ocupado de la lactancia materna; las ciencias sociales y humanas lo han hecho en alguna medida mayor, ciertamente, pero son marginales y minoritarios los casos que no se aproximan a este estudio asumiendo un prejuicio androcéntrico de base que pasa desapercibido.

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 es cultural, como todo lo humano y limitarlo a la naturaleza supone un reduccionismo*.¹¹

La segunda razón, tal vez más anecdótica en principio pero que ha condicionado fundamentalmente el enfoque de la lactancia materna hasta nuestros días, es una razón práctica: intuitivamente, como decíamos, la lactancia materna implica un fluido que pasa de la madre al bebé y lo *alimenta*, algo observable además en otras especies mamíferas, lo que convierte este fenómeno en objetivo de

¹¹ El subrayado es propio.

estudio, de modo automático, para la “zoología humana”, las ciencias de la salud, la enfermería o la medicina, entre otras.

La lactancia materna humana, como tantas otras esferas femeninas, ha sido un pasto abonado para el control patriarcal, y es por ello necesario reconocerla como un espacio simbólico-práctico, todo un imaginario cultural, susceptible de ser descolonizado. La lactancia nunca ha sido un espacio de agencia libre para madres y criaturas sino que ha sido culturalmente confinado según los valores de cada época, que siempre han sido patriarcales. Así, ha existido siempre un cúmulo de *prescripciones morales y técnicas hacia la lactancia*¹² en general destinadas a controlar su ejercicio y ancladas, siempre, en una consideración menoscabada de su valor como actividad humana *femenina* (Massó Guijarro, 2013b, p. 518).

Adecuadamente, Massó Guijarro indica, dos elementos fundamentales en torno a la LM, el aspecto cultural y las prescripciones morales a las que se enfrentan las mujeres. La alimentación no sólo es un hecho normal, natural y de sobrevivencia para el ser humano, sino un hecho simbólico que claramente está contextualizado en los márgenes culturales.

En el proceso de convertirse en madre y el rol que atañe a la maternidad, muchas mujeres enfrentan situaciones pisco-culturales que indican cómo debe actuar y vivir dicho proceso. Desde acercarse con los médicos que llevarán de cerca el desarrollo de su embarazo y parto, así como investigar por cuenta propia todo lo que implica y escuchar las experiencias de vida que las mujeres cercanas a ella casi siempre hacen (abuelas, madres, tías, hermanas, etc.), hasta llegar a término como primeriza, teniendo las mejores expectativas.

La maternidad no sólo es el cambio para la madre, sino para las personas que viven con ella y evidentemente para su hijo. El mundo de la mujer que ha decidido embarazarse, se rodea de experiencias y conocimientos que se transmiten de generación en generación con la finalidad de prepararla y proveerla de forma ideal para su nueva faceta. Es decir que alimentación y

¹² El subrayado es propio.

cultura van de la mano. Pero ¿qué entenderemos por cultura? Clifford Geertz en el libro *La interpretación de las culturas* determinó que:

La cultura, ese documento, activo, es pues pública, lo mismo que un guiño burlesco o una correría para apoderarse de ovejas. Aunque contiene ideas, la cultura no existe en la cabeza de alguien; aunque no es física, no es una entidad oculta. [...] Una vez que la conducta humana es vista como acción simbólica – acción que lo mismo que la fonación en el habla, el color en la pintura, las líneas en la escritura o el sonido en la música, significa algo- pierde sentido la cuestión de saber si la conducta es estructurada o una estructura de la mente, o hasta las dos cosas juntas mezcladas (Geertz, 2003, p. 24).

Es decir, que la cultura son los actos que realiza el individuo y que significan algo en su contexto social. Y ¿cómo saber qué significan? Geertz advirtió que la etnografía implica la descripción densa que es el medio que tienen los antropólogos para descifrar dichos códigos sociales.

Hacer etnografía es como tratar de leer (en el sentido de “interpretar un texto” un manuscrito extranjero, borroso, plagado de elipsis, de incoherencias, de sospechosas enmiendas y de comentarios tendenciosos y además escrito, no en las grafías convencionales de representación sonora, sino en ejemplos volátiles de conducta modelada (Geertz, 2003, p. 24).

Describir y escribir sobre la cultura, no es tarea sencilla ni fácil. En este caso, describir cómo perciben las madres la LM, es el reto, considerando que no sólo es alimentación, sino ritualidad, transmisión de tradiciones, puesta en escena de ideas y conceptos que las mujeres apropian o innovan para dicha práctica.

Montanari dice:

Lo que llamamos *cultura* se encuentra en el punto de intersección entre la tradición y la innovación. Es tradición cuando está constituida por los conocimientos, las técnicas y los valores que nos han sido transmitidos. Es innovación cuando estos conocimientos, técnicas y valores modifican la posición del hombre en el contexto ambiental y le dan la capacidad de experimentar nuevas realidades. Podríamos definir la tradición como una innovación bien

lograda. La cultura es el interfaz entre las dos perspectivas (Montanari, 2004, p. 15).

Mezclamos, alimentación y cultura en este proceso bio-psico-cultural denominado lactancia materna. Así, “La alimentación satisface una necesidad biológica primaria del hombre. Es un aspecto central de su actividad que se puede analizar desde tres puntos de vista mayores: el de la biología, el de la antropología cultural y el de la psicología” (De Garine, 2016, p. 89).

Este mismo autor señala la transversalidad del tema de alimentación y cultura, pues todo lo que los humanos consumen no sólo responde a necesidades alimenticias sino a símbolos culturales que indican qué comer y qué no comer.

Ante todo, la alimentación constituye uno de los pocos terrenos en el que un fenómeno, a la vez relevante para las ciencias biológicas y para las humanas, concierne tanto a la naturaleza como la cultura. El consumo alimentario actúa sobre los niveles de nutrición; éstos afectan al consumo energético y al nivel de actividades de los individuos que constituyen una sociedad, los que a su vez influyen tanto en la cultura material como en los sistemas simbólicos que la caracterizan, aunque sin olvidar que estos diferentes términos se encuentran en reciprocidad de perspectiva. [...] El campo de la antropología estudia los fenómenos nominados *etic*, es decir, los aspectos objetivos según la terminología anglosajona; así como los *emic*, o sea, las representaciones que existen en la mente de los miembros de la sociedad sometida a observación. También debe tenerse en consideración que cada cual tiene una experiencia individual (De Garine, 2016, p. 92).

A lo largo de los estudios sobre la historia de la alimentación encontramos que todas las sociedades tienen formas características de conceptualizarse a través de la comida y además de esto hay temas universales porque son imprescindibles para la vida humana.

En efecto, la comida no es, y nunca ha sido, una mera actividad biológica. La comida es más que una mera colección de nutrientes elegidos de acuerdo a una

racionalidad estrictamente dietética o biológica. Igualmente, sus razones o sus implicaciones no son estrictamente económicas. “Comer” es un fenómeno social y cultural, mientras que la “nutrición” es un asunto fisiológico y de la salud. Es obvio, sin embargo, que, en ocasiones, existen asociaciones importantes, pero es cierto, también que, en otras muchas, se trata de fenómenos completamente disociados “De grandes cenas están las sepulturas llenas” (Contreras, 2002, p. 11).

En este sentido, la LM, es una práctica alimentaria que no sólo puede ser analizada desde un aspecto médico, fisiológico y de la salud, sino en un aspecto económico, político e incluso laboral, pero que estará íntimamente relacionado con el contexto cultural de la madre y los elementos cognitivos de la misma.

El antropólogo estadounidense Marvin Harris, señaló que uno de los alimentos universales y más importantes es la leche, pues somos mamíferos y desde temprana edad el consumo es necesario.

Durante mi juventud, la industria lechera, el Departamento de Agricultura y la Asociación Médica Americana apoyaban con fervor el estereotipo popular que presentaba la leche como el «alimento perfecto». Bébase un litro diario; téngase en cada aula escolar; bébase antes de las comidas, con las comidas, entre comidas y por la noche como tentempié. Cómprese en envases de cuatro litros provisto de grifo. Beba un poco cada vez que abra la nevera. Bébala para asentar el estómago, tratar las úlceras, curar la diarrea (hervida), calmar los nervios y aliviar el insomnio (caliente). La leche no podía hacer daño (Harris, 1989, p. 109).

Tiene un concepto de la leche como el alimento perfecto, pues cura malestares o mejora los ánimos, éste *blanco maná líquido*¹³, es elemento prioritario en los comienzos de la vida y la diversificación del mismo le hace tan indispensable (desde su cosmovisión).

Observamos con ello, que el tema general de la alimentación atañe a cualquier cultura y que cada una ha atribuido las características que le distinguen y que lo catalogan como un producto óptimo para el ser humano.

¹³ El subrayado es propio.

La comida es cultura cuando se consume, porque el hombre, aun pudiendo comer de todo, o quizá justo por ese motivo, en realidad no come de todo, sino que elige su propia comida con criterios ligados ya sea a la dimensión económica y nutritiva del gesto, ya sea a valores simbólicos de la misma comida. De este modo, la comida se configura como un elemento decisivo de la identidad humana y como uno de los instrumentos más eficaces para comunicarla (Montanari, 2004, p. 9 y 10).

En este sentido, alimentar al recién nacido, no es darle leche de su mamá, leche de fórmula o cualquier otro líquido que pueda servirle, sino las razones que están jugando para que la madre decida cuál de todas suministrarle. No es el hecho de que sea natural la lactancia, sino cómo es percibida para la mujer y en su contexto, si es aceptada o no, bien o mal vista, si es factible, fácil, útil.

Todo esto, lleva a comprender que la LM, es una práctica alimentaria que responde a las cosmovisiones e ideologías, es decir a una cultura y la cual de forma normal reproduce dichos patrones de conducta para la alimentación del bebé.

CAPÍTULO 3. Discurso y poder: dilemas sobre la lactancia.

En este capítulo el lector encontrará la metodología y las técnicas de investigación que se utilizaron para la realización del trabajo, así como el método utilizado para el análisis de los datos. También se encuentra la etnografía del HGZN y de las mujeres que acuden al mismo para los servicios gineco-obstétricos.

De igual forma, se ubica el estudio en el marco cualitativo, y se pone en relieve la importancia de los contextos culturales y simbólicos que vive la mujer que enfrenta el proceso de la maternidad, para conceptualizar los esquemas bajo los cuales vive la experiencia de amamantar.

Al considerar el entorno y la situación cultural de las mujeres, la riqueza del trabajo es interminable, pues cada mujer desde su postura ante el rol de la maternidad y el proceso biocultural de la lactancia, han generado discursos que explican cómo debe llevarse a cabo y cuáles deben ser las acciones por tomar con cada una de ellas.

3.1 Métodos y técnicas.

El marco general de estudio y análisis para este trabajo sobre la lactancia materna en un grupo de mujeres de Puebla fue el del Análisis del Discurso, específicamente el Análisis Interpretativo, para recopilar los discursos de las mujeres entrevistadas y comprender cómo viven dicha práctica. Así mismo sirvieron para contextualizar su situación social y personal, aunada a que con ello se configuraron situaciones simbólicas-culturales específicas que de la mano descifrarán cómo se concibe la LM.

Dicha investigación está situada en los estudios cualitativos, puesto que los resultados se aproximan a una realidad delimitada y no pretende de ninguna manera crear o dictar leyes sobre cómo deben lactar las mujeres, por mencionar

un ejemplo. Aún con esto, se retomaron elementos cuantitativos, lo cual implicó la búsqueda bibliográfica y la citación de estadísticas que contextualizaron y situaron la problemática de la lactancia en Puebla.

Se utilizaron como base fundamental el método etnográfico y posteriormente el análisis del discurso. El método etnográfico tuvo como finalidad obtener a través de estar en contacto con las mujeres pacientes del Hospital General Zona Norte de Puebla (HGZN), la información sobre lo que implica y significa amamantar.

El significado de amamantar no sólo está en un terreno semiótico que debe desentrañarse sino propiamente en la cultura en las que están insertas las mujeres, la cual dicta cómo y porqué deben actuar de ciertas formas.

En el intento de lanzarme a esa integración desde el terreno antropológico para llegar así a una imagen más exacta del hombre, deseo proponer dos ideas: la primera es la de que la cultura se comprende mejor no como complejos de esquemas concretos de conducta —costumbres, usanzas, tradiciones, conjuntos de hábitos—, como ha ocurrido en general hasta ahora, sino como una serie de mecanismos de control —planes, recetas, fórmulas, reglas, instrucciones (lo que los ingenieros de computación llaman "programas")— que gobiernan la conducta. La segunda idea es la de que el hombre es precisamente el animal que más depende de esos mecanismos de control extragenéticos, que están fuera de su piel, de esos programas culturales para ordenar su conducta (Geertz, 2003, p. 55).

Como señala Geertz, no sólo son las costumbres y tradiciones, sino los medios de control los que conforman el entretejido social denominado cultura. Con la descripción de las prácticas de lactancia y la contextualización podremos comprender cuáles son los mecanismos de poder, sujeción o cualquier otro que inciden en la misma y que además están interiorizadas en las prácticas cotidianas. Todo esto será posible a través de la etnografía.

Entenderemos que “la etnografía puede definirse como la descripción/interpretación realizada a través de un proceso-producto que emana

de un trabajo sistemático y transparente referido a un contexto de estudio” (Nawrath, 2010, p. 2).

Si bien, suena sencillo y hasta práctico, haber desentrañado a través de la descripción lo que las personas entienden, perciben y conciben sobre algún fenómeno en especial, desde luego lleva su grado de complejidad, pues estudiar a los otros, no sólo es describir lo que resalta a la vista o lo que notamos diferente, sino tomar distancia y mirar objetivamente el tema a través de quienes son los actores sociales.

El trabajo al presentarse desde la disciplina antropológica pretendió recabar los discursos, percepciones, creencias e historias que las mujeres entrevistadas darán, y con ello entender e identificar cómo viven el proceso de amamantamiento en la condición de mujeres y madres.

Lo particular en la pregunta antropológica se remite a ver a otros seres humanos como otros, es decir, pensar las diferencias aparentes u observables como manifestaciones humanas que permiten reconocer en un otro diferente un igual; es una pregunta por la igualdad en la diversidad y de la diversidad en la igualdad [Krotz, 1994], en (Nawrath, 2010, p. 4).

De ningún modo se aspiró –como señalé- encasillar a las mujeres por las formas en que viven la lactancia o conciben el proceso de ser madres, pues estaríamos en una mirada etnocéntrica o unívoca, y seguramente caeríamos en los pecados más grandes de la antropología; creer que los otros son malos, menos, ignorantes o incultos. Por el contrario, el trabajo es rico desde la inclusión de posturas y discursos en torno a un tema tan controversial y actual como es la lactancia.

La investigación tuvo dos momentos de acción dentro del Hospital General de la Zona Norte “Bicentenario de México” (HGZN), el primero con las madres que acudieron al grupo de apoyo para la lactancia y el segundo en la zona de admisión y piso. De este modo, el contacto en el HGZN es un acercamiento a la lactancia desde la salud pública a través de la mirada de trabajadores sociales, médicos, nutriólogos y enfermeras; y un acercamiento a la lactancia desde la antropología a través de las mujeres y familiares que

acudían al hospital o a quienes pude entrevistar en sus hogares; es así como la perspectiva será de quienes ejercen la medicina y estudian la maternidad, hasta de quienes viven la maternidad y por supuesto la lactancia.

El trabajo de campo se refiere a esa fase del proceso investigativo dedicado al levantamiento de la información requerida para responder a un problema de investigación. El trabajo de campo es el momento en el cual el etnógrafo realiza el grueso de la labor empírica (Restrepo, 2018, p. 51).

A través de breves encuestas, entrevistas semi-estructuradas y de historias de vida se obtuvieron los datos. Así mismo, se realizó una estancia profesionalizante¹⁴ y visitas continuas que permitieron tener observación participante y más información sobre la Iniciativa Hospital del Niño y la Niña de la cuál es partícipe el Hospital antes mencionado y con ello se contextualizaron las condiciones de salud, económicas, políticas, sociales y culturales de las mujeres y el grupo de apoyo que tienen para afrontar el reto de la maternidad.

El ejercicio de dichas técnicas estuvo al margen de la práctica de campo y observación participante durante todo el proceso.

La observación común puede transformarse en una técnica de investigación muy interesante. Para que se constituya en una técnica esta debe ser: a) orientada y enfocada a un objetivo de investigación; b) planificada de acuerdo con fases, lugares y aspectos que se debe conocer; c) controlada y relacionada con algunos elementos de la investigación; y d) someterla a controles de veracidad, precisión y fiabilidad. Valles, 2000, en (Batthyány, 2011, págs. 87-88)

En este sentido, se desarrolló la práctica profesionalizante, se realizó bajo la orientación y supervisión de la responsable del grupo de apoyo a la lactancia materna a cargo de la Lic. Alba Rocío Hernández Gómez.

¹⁴ Señalo al lector que la estancia profesionalizante se describe como un proceso mediante el cual el estudiante adquiere conocimientos que desarrollarán sus habilidades en cuanto al tema de estudio, en este caso, la estancia se desarrolló en el hospital con la finalidad de adquirir conocimientos en torno a la lactancia desde el enfoque médico.

3.2 Análisis del Discurso.

Después de obtener la información durante la práctica de campo y la investigación documental, el análisis del discurso fue el eje para la comparación y explicación sobre los diferentes discursos de la LM. Los autores fundamentales para el desarrollo de este apartado fueron Teun A. Van Dijk, Norman Fairclough y Michael Foucault, principalmente.

Estos teóricos serán fundamentales para la reflexión sobre los discursos y prácticas de la lactancia materna, pues como señala Fairclough:

Con análisis 'crítico' del discurso quiero decir un análisis del discurso que pretende explorar sistemáticamente las relaciones a menudo opacas de causalidad y determinación entre: (a) prácticas discursivas, eventos y textos (b) estructuras, procesos y relaciones sociales y culturales más amplios para investigar de qué modo esas prácticas, relaciones y procesos surgen y son configuradas por las relaciones de poder y en las luchas por el poder, y para explorar de qué modo esta opacidad de las relaciones entre discurso y sociedad es ella misma un factor que asegura el poder y la hegemonía (Fairclough, 2008, p. 174).

Con este método, fue posible desentrañar la realidad sobre el discurso de la lactancia, pues con las herramientas analíticas de dichas teorías, se comprendió que las actitudes, creencias, valores, etc., sobre la lactancia están internalizadas en cada actor social y emergen a la realidad cuando se ponen en práctica.

3.3 Las mujeres, usuarias del Hospital General de la Zona Norte.

En el presente apartado se explicará cuáles son las condiciones reales que se viven en el Hospital General de la Zona Norte de Puebla, es decir la atención que se brinda y cómo se apoya a las mujeres en el tema de la lactancia materna.

Encontrará también una descripción etnográfica sobre el hospital, donde se abarca la situación hospitalaria en el Estado de Puebla, la atención que brinda, las instalaciones con las que cuenta y la fecha desde la que es parte de la *Iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Niña*.

También gráficas que señalan el número de servicios médicos y hospitalarios prestados a las mujeres en el mes de diciembre del año 2018 y enero del año 2019. El trabajo que realizan las encargadas del grupo de apoyo de lactancia materna y las acciones que ha puesto en marcha el hospital para coadyuvar a que dicha práctica se extienda y se realice de forma práctica y sencilla.

3.3.1 Contexto de investigación

Es pertinente indicar las razones por las cuáles el estudio se realizó en el HGZN de la ciudad de Puebla. En principio porque este hospital y el de la zona sur son los que cuentan con la *Iniciativa Hospital Amigo del Niño y la Niña*, es decir la denominada IHAN, cuyo propósito es la promoción de la lactancia materna y la cual cumple con los lineamientos nacionales e internacionales sobre la difusión, ayuda, impulso y desarrollo de una LM exitosa.

Puebla, cuenta con 9 centros hospitalarios de segundo y tercer grado de atención, pero sólo dos que brindan servicio a la población dentro de esta iniciativa (Hospital General de la Zona Norte “Bicentenario de la Independencia de México” y Hospital General de la Zona Sur “Dr. Eduardo Vázquez”). También se eligió el hospital por las facilidades otorgadas por parte de los directivos para la realización del proyecto, considerando, además, que recibe un número significativo de mujeres para la atención gineco-obstetra.

Para llevar a cabo la investigación se acudió al mismo desde octubre del 2018, considerando un primer acercamiento al personal que labora y atiende a las mujeres, conociendo las instalaciones y servicios y también teniendo el primer contacto con las usuarias del servicio de ginecología.



Ilustración 1. "Semana Mundial de LM 2018", 20. Sept. 18. EHA.

Previo a la visita del hospital, investigué acerca del mismo, sobre todo las áreas con las que cuenta y desde cuándo estaba en la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña, así mismo recabé los nombres de las personas encargadas de grupo de apoyo en pro de la lactancia. Al mismo tiempo, la Dra. Isaura Cecilia García López (directora de tesina), mencionó que debía contactarme con una ex alumna la cual en ese momento se encontraba haciendo prácticas en el hospital en el área de nutrición.

La visita con la ex alumna fue sencilla y rápida, le expliqué brevemente mis inquietudes para trabajar sobre el tema de lactancia y ella me presentó a una trabajadora social responsable del proyecto sobre prevención de embarazos en adolescentes. Después de contactarme de forma directa con la trabajadora

social y tener tres pláticas acerca de su trabajo y de mis intereses profesionales, logré que me presentara con la encargada del grupo de apoyo para la lactancia del turno matutino, quien sería mi mentora y guía durante la práctica y estancia en dicho hospital.

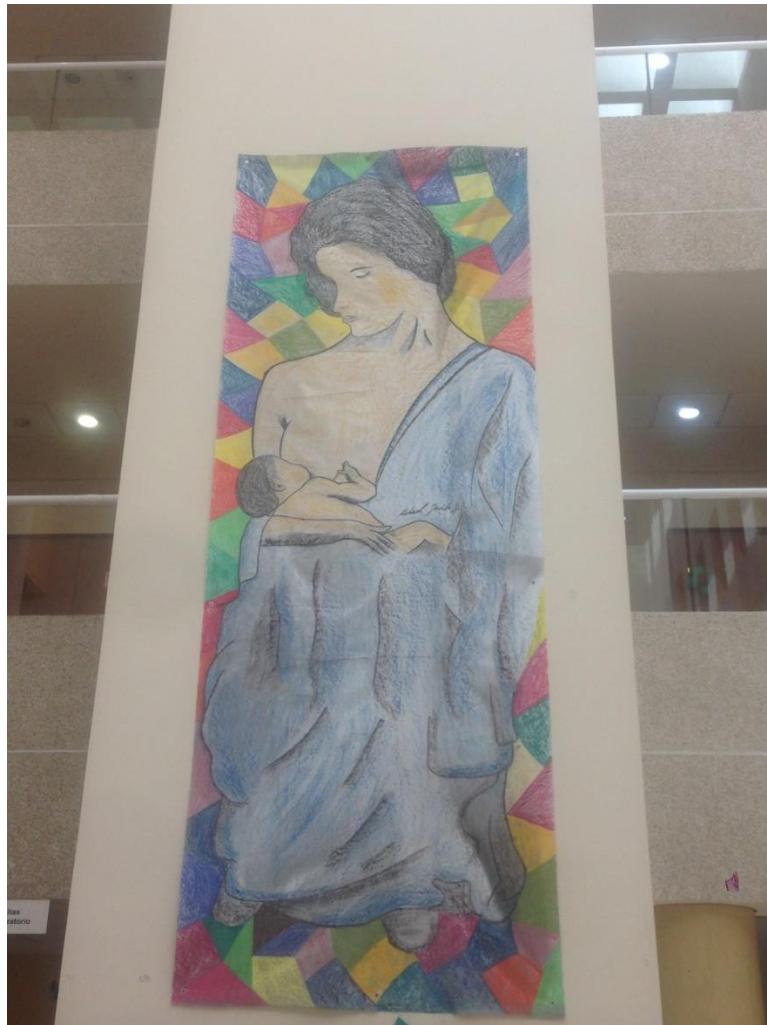
Para finales del año 2018, se obtuvieron permisos y la confianza necesaria para entrar al área de urgencias, toco-cirugía, sala de recuperación, hospitalización o piso, admisión o alta y el grupo de apoyo a la lactancia materna. En cada una de estas áreas los roles y actividades desempeñadas por el personal y por la responsable del área de lactancia materna, son muy importantes para el fomento de la LM, en ocasión de que el hospital promueve de manera permanente la misma.

Las mujeres entrevistadas mayormente son amas del hogar con trabajos informales o de ventas en casa, que les permiten estar con sus hijos, pero que no les brindan estabilidad económica fuerte y segura, por lo que dependen de las parejas y familiares para solventar sus gastos y los de sus hijos. Las mujeres tienen un nivel de estudios precario, la mayoría terminó la secundaria pero no pudieron concluir la preparatoria y mucho menos estudiaron una licenciatura. Refieren que la escuela (si estaban estudiando) debieron dejarla para hacerse cargo de sus hijos y no hubo apoyo familiar para que se concluyera pues como algunas refirieron en entrevistas, su trabajo en ese momento era la crianza y cuidado de los hijos.

Al tener un nivel de estudios bajo, la concepción sobre la alimentación y crianza de sus hijos está muy influenciada por los consejos, costumbres y tradiciones de las personas que viven con ellas (pareja, madre, hermana, tías, suegras, etc.), quienes fungen como guías y consejeras en torno a las problemáticas que pueden presentarse durante el embarazo, nacimiento y lactancia. Si bien, hay quienes han decidido amamantar a sus hijos porque creen que es lo mejor, hay otras que no tienen idea de qué será mejor para sus hijos o porqué deben decidir si o no a la lactancia, respecto a que su conocimiento es limitado y a que pueden verse obligadas por familiares a hacer lo que ellos digan.

Las madres pertenecen a un sector de la población altamente marginado, con niveles altos de violencia familiar y social, escasos recursos

Ilustración 2. "Mural sobre lactancia" 20. Sept. 18. EHA



nivel

económicos,
bajo de
escolaridad,

falta de información sobre métodos anticonceptivos y de enfermedades de transmisión sexual así como dificultad para acceder a centros de sanidad completos y cercanos a sus viviendas.

Todo ello, ha permitido que cada vez haya más mujeres jóvenes embarazadas, quienes son muy fértiles, pues tienen un promedio de 3 hijos, aun cuando saben de las dificultades a las que se enfrentan, la decisión de convertirse en madre no está propiamente consensuada y aceptada por ellas sino que recae la decisión en sus parejas o familiares.

Lo que se observa muy claramente, es que las mujeres jóvenes tienden a rechazar la lactancia puesto que la maternidad no era una situación que estuviera en sus planes (estaban estudiando), y por otro lado, aquellas que están con sus bebés, pero no tienen todo el conocimiento sobre las ventajas de la lactancia, deciden alimentar a sus hijos con fórmula pues creen que es el alimento óptimo.

Es notorio, que las madres que han crecido con la ideología de la lactancia tienden a repetirla, a menos que sean muy jóvenes –como lo mencioné– o que no les interese saber sobre las ventajas de la misma en postura de rechazo a los estatutos familiares.

Al ser las mujeres encargadas de la crianza y cuidado de los hijos, y en muchas ocasiones verse en la necesidad económica de trabajar para complementar los gastos de la familia, tienen pocas posibilidades de tiempo y dinero para estudiar y después trabajar como profesionistas, por lo que resulta un reto aún mayor para ellas, terminar estudios básicos y después concluir estudios universitarios. Casi siempre, este sector de la población tiene estudios truncados elementales y pocas expectativas de insertarse al mercado laboral formal.

La descripción expuesta, no hubiese sido posible sin la observación participante, la descripción densa, la aplicación de encuestas y entrevistas pues fueron las herramientas principales para que en el tiempo de trabajo de campo se pudiese recopilar la información necesaria para saber y comprender cómo se da información sobre LM a las mujeres usuarias y qué situaciones particulares enfrentan para llevarla a cabo.

La visita al hospital continuó durante enero y marzo del 2019, en donde se recibieron los conocimientos básicos, preparación profesionalizante, de la responsable del grupo de apoyo para la lactancia materna, la licenciada Alba Rocío Hernández Gómez.

La actividad de la trabajadora social considera la atención a madres en último trimestre de gestación o puerperas para informes, consejos y conocimiento sobre amamantar, dichas pláticas se dan en la sala de apoyo ubicada en la planta baja del hospital en la sala izquierda de la entrada.

Aquí las mujeres, reciben capacitación, técnicas y conocimientos sobre las ventajas y beneficios de la LM. Este grupo de apoyo se encuentra de lunes a viernes en un horario de 7:00 am a 7:00 pm; considerando que si las mujeres que acuden a la visita del Hospital como parte del protocolo para su atención gineco-obstetra exitosa sabrán con antelación sobre la lactancia materna.



Ilustración 3. "Apoyo a Lactancia Materna" 17. Oct. 18. EHA.



Ilustración 4. Letrero de bienvenida en grupo de apoyo, 17. Oct. 18. EHA



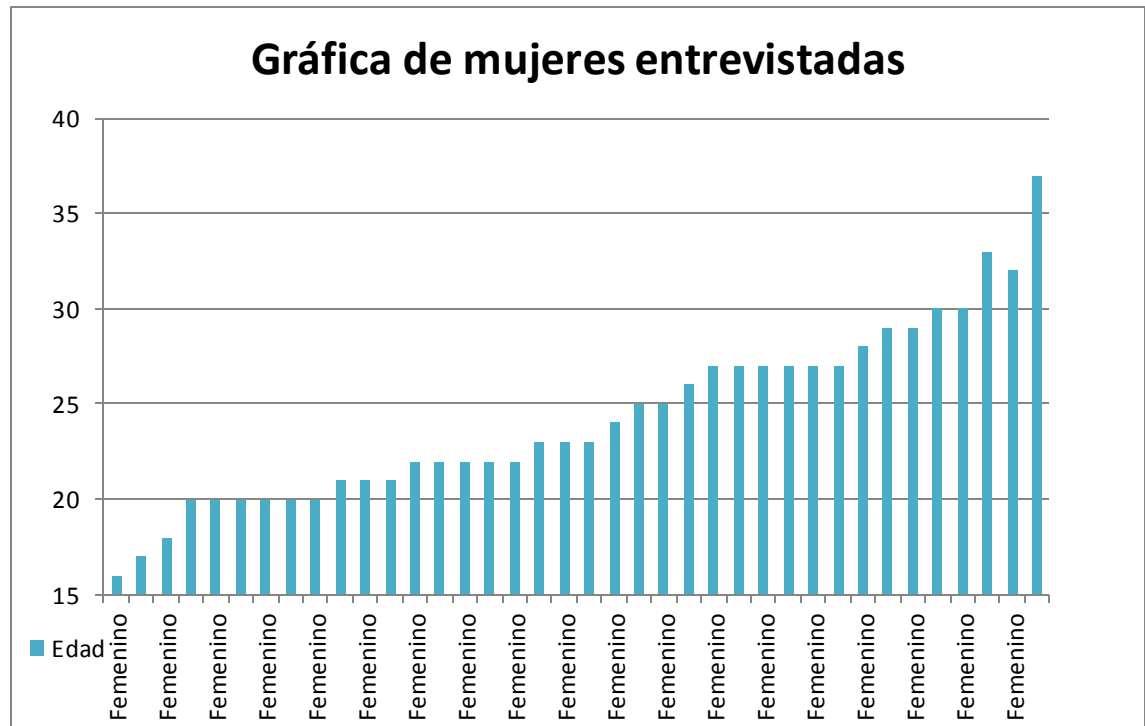
NOTA: De arriba abajo, izquierda a derecha: Es la lona que se encuentra afuera de la sala de apoyo a la lactancia materna, donde se encuentran los teléfonos y horarios de atención; la foto del letrero que se tiene adentro del salón que funge como aula para apoyo, y finalmente; una escena que capta la técnica de succión y agarre para amamantar gemelos impartida por la Lic.

Alba Hernández (al fondo con chazarilla azul marina).

Ilustración 5. "Técnicas y posturas para la lactancia" 9.Mar. 19. EHA

Para las entrevistas, se diseñó un guion y una pequeña encuesta para que las mujeres que se encontraban en el área de admisión o alta la llenasen y a la par se hicieran las entrevistas. Ambas técnicas fueron perfeccionándose pues con las visitas recurrentes, el conocimiento del tema y del personal se creó el ambiente idóneo para la aplicación de éstas.

La muestra total fue de 38 informantes, de las que se tienen 38 encuestas y 30 entrevistas realizadas a las mujeres que ya habían tenido



un hijo y que lo habían amamantado no importando el tiempo de este, es decir si fueron meses o años.

Tomando en cuenta que el hospital atiende a un promedio de 10 a 12 mujeres diarias, lo que da 300 a 360 por mes, se consideró pertinente tener un grupo focal correspondiente al 10% de la población total mensual atendida en el hospital.

Así mismo el rango de edades varía de 16 a 37 años, respectivamente. Del rango de 15 a 19 años se entrevistaron a 3 mujeres; del rango de 20 a 24 años fueron 18 mujeres; del rango de 25 a 29 años fueron 12; del rango de 30 a 34 años fueron un total de 4 mujeres y del último rango de edad de 35 a 39 años sólo una mujer entrevistada.

A continuación, se muestra la gráfica de mujeres entrevistadas:

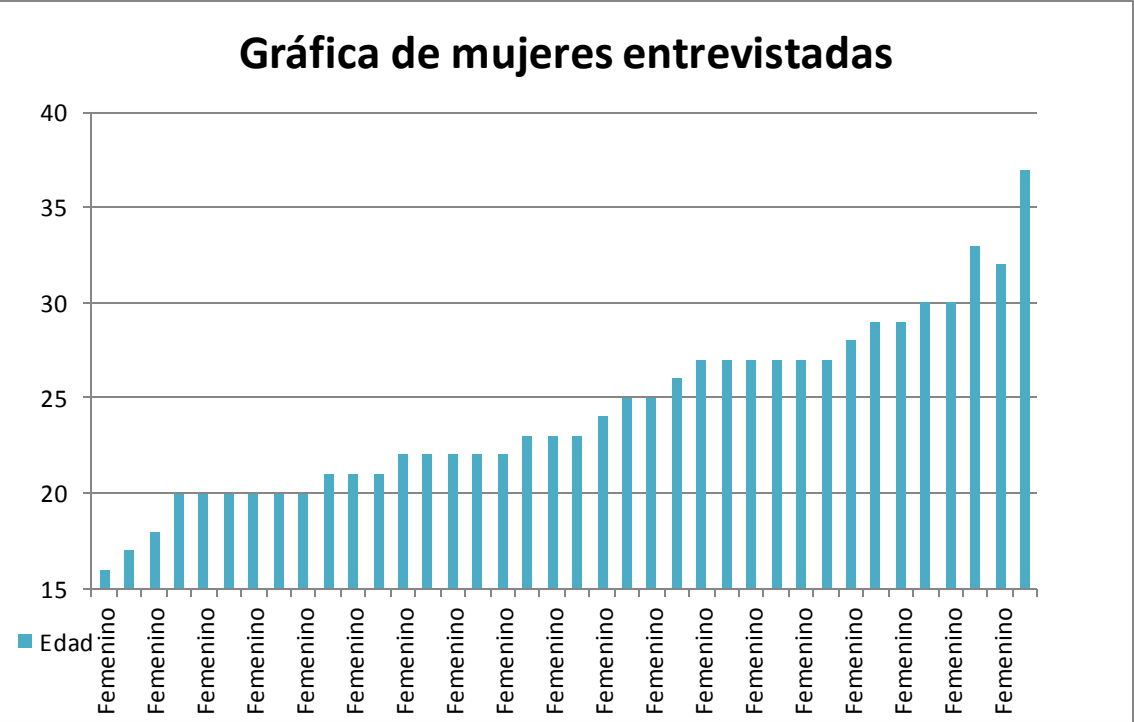


Tabla 4. “Mujeres Entrevistadas”, EHA.

La encuesta realizada a las mujeres, -como se mencionó- se valoró con la Lic. Alba Hernández, además de que se hicieron sondeos previos para aplicar con mayor certeza la misma. Se consideraron tres apartados: el primero que corresponde a los datos generales de la madre (nombre, fecha de nacimiento, domicilio, ocupación, escolaridad, estado civil); así mismo, datos sobre el cuidado del bebé si reingresase al trabajo. En el segundo apartado los datos

sobre el embarazo, cuántos ha tenido, si hubo complicaciones, el servicio médico con el que cuentan y el tipo de atención gineco-obstetra que recibió. Finalmente, el apartado sobre la alimentación del bebé, en donde se pregunta si le fue difícil amamantar y porqué, cuánto tiempo lo hizo, las recomendaciones que daría y si sabe beneficios sobre la lactancia.

El guion de entrevista consideró principalmente lo siguiente; datos generales de la madre, información sobre cuántos hijos tuvo y cuánto tiempo los amamantó. Posteriormente, saber si el proceso de lactancia fue fácil o difícil y porqué, si recibieron información por parte del personal médico de su clínica de salud o del hospital sobre la misma, consejos por parte de la familia; los alimentos o remedios que tomaron para tener más leche o dejar de tener.

La situación de dar pecho en público, la autoconcepción del cuerpo una vez que se ha dado a luz y se comienza la lactancia, el proceso de destete y el conocimiento que tienen sobre las ventajas para ellas y sus hijos sobre la lactancia.

Para el personal del hospital se realizaron entrevistas abiertas, para saber desde cuándo ingresó a la IHAN, cuáles son los retos y logros que tienen, la dinámica de apoyo y ayuda a las mujeres y desde su perspectiva que trabajo falta por hacer.

De este modo también se entrevistó a la trabajadora social Alba Rocío Hernández Gómez (responsable del grupo de apoyo para el turno matutino; a la trabajadora social Teresa Flores Mocencahua (responsable del grupo de apoyo para el turno vespertino); a la nutrióloga Karina Reyes Cruz, responsable del lactario interno del hospital; al responsable del área de admisión o alta el enfermero Rodrigo Castro Romero y al responsable del proyecto IHAN y subdirector médico del turno matutino del hospital, el Dr. Reyes Hernández Rosas.

Las entrevistas realizadas al personal médico responsable, pone en relieve la política IHAN del hospital, de forma indudable, pero también se hace hincapié en las necesidades materiales, económicas y humanas del mismo que

en muchas ocasiones frenan o evitan que dicho proyecto se lleve a cabo con una cobertura total.

Señalo que, durante el proceso de acercamiento al HGZN en el mes de octubre, se monitorearon mujeres que habían lactado a sus primeros hijos para hacer entrevistas en sus casas y con la intención de contextualizar su ambiente familiar y tener incluso historias de vida tuve como objeto visitarlas en sus hogares. Así se obtuvieron datos de estas, a las cuales llamé y busqué en sus casas, pero dadas las negativas y el poco interés o desconfianza –quizás- de las mismas, se dejó esa posibilidad y únicamente se realizaron las entrevistas en el hospital.

La Lic. Alba Hernández, hizo énfasis en lo difícil que resulta lograr que las mujeres reciban a personal del hospital (a mí a sí se me consideró), en sus casas por la incomodidad que esto puede ocasionarles y que incluso cuando se les sugiere e invita para que acudan al grupo de apoyo no lo hacen y después algunas madres y bebés tienen consecuencias por ello.

Considero que la prevención médica en la cosmovisión mexicana no permite abrir sus opciones respecto a las ventajas y beneficios de las charlas y grupos de apoyo en el hospital, la única vez que quieren estar es cuando se presenta la hora del nacimiento del bebé y después ya no desean volver, en cierto sentido es entendible, pues el ambiente de un hospital no siempre es agradable, pero, la finalidad del grupo de apoyo y de la IHAN es ayudarles en todo momento para la lactancia materna exitosa.

Dentro del plan de desarrollo para las embarazadas dado por el sector salud, se contempla que las mismas deben visitar el hospital en el cual tendrán la atención gineco-obstetra a partir de la semana 34 de gestación, esto con la finalidad de que ellas y algún familiar conozcan las áreas de ingreso, urgencias, admisión y demás y lleven la documentación requerida, así como medicinas o artículos personales el día del alumbramiento.

Esto implica, orden y organización dentro del proceso, en donde es sabido que por la emoción y a veces inexperiencia se olvidan documentos o no se sabe

dónde ingresará la paciente, es por ello por lo que se invita a toda mujer embarazada a realizar el recorrido. En el HGZN, el recorrido en horario de 7:00 a 2:00 pm, está a cargo de la Lic. Alba Hernández, donde también aprovecha para dar información general de lactancia.

Sin embargo, son pocas las mujeres que asisten al recorrido, lo que genera inconvenientes para ellas y sus familiares cuando acuden al hospital para la atención médica. Además, la política de acompañamiento para la mujer embarazada contempla visitas por lo menos mensuales en los centros de salud que corresponden, en donde se valoran primeramente los aspectos nutricionales, sociales, estomatológicos y generales de la mujer, para saber cómo está de salud al momento del embarazo.

Las citas posteriores, generalmente son con el médico general o en su defecto con el ginecólogo y es en estas visitas donde idealmente también deben brindar información sobre la lactancia y los beneficios, sin embargo, la mayoría de las mujeres informa que en sus centros de salud no les dieron información y mucho menos las técnicas necesarias para lactar de forma adecuada, por lo que ahí se lleva una desventaja que debe o así sucede, ser subsanada por el personal del hospital.

3.4 Etnografía del Hospital General de la Zona Norte .

El Estado de Puebla de acuerdo con el informe de INEGI 2015, cuenta con una población total de 6, 168,883 habitantes, de los cuales 3, 225,206 son mujeres y 2,943,677 son hombres. Sólo la capital del Estado, es decir Puebla de Zaragoza o de los Ángeles tiene un total de 1, 576,259 habitantes, lo que pone al estado como uno de los más poblados en el país.¹⁵

¹⁵ Consulta en internet:
<http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/Pue/Poblacion/default.aspx?tema=ME>

Conforme a los resultados intercensales 2015 del INEGI, Puebla capital se encuentra en el lugar número 5 de municipios con mayor población, apenas con 2,367 personas menos que León, que ocupa el cuarto lugar. Además de esto, la tasa de fecundidad adolescente creció en un 10%, y en HGZN es muy notorio pues son muchas las madres menores de 18 años las que acuden para el nacimiento de sus hijos (INEGI, 2015).

Puebla, tiene por en su extensa territorialidad 16 Juntas Auxiliares, además la zona conurbada como los municipios de San Andrés y San Pedro Cholula, Cuautlancingo, Acajete y Amozoc de Mota, Coronango, San Felipe Tlalnehualipan –principalmente- también recurren a los servicios hospitalarios en la ciudad, y sumándose a los ya mencionados está el estado de Tlaxcala el cual por la cercanía, permite que sus habitantes se dirijan a la ciudad para cualquier servicio.

Dada la afluencia de habitantes la capital tiene servicios hospitalarios de primero, segundo y tercer nivel de atención. En cuanto a servicios de salud de primer nivel a los cuales brinda servicio el hospital se cuenta con los siguientes:

1. CESSA San Bernabé Temoxtitla.
2. CESSA Ignacio Mariscal
3. CESSA Balcones del Sur
4. CESSA San Salvador
5. CESSA Francisco I. Madero
6. CESSA Urbano La Loma
7. CESSA La Libertad
8. CESSA Lomas de San Miguel
9. CESSA Mayorazgo
10. CESSA Zaragoza
11. CESSA Azteca
12. CESSA Tepeyac
13. CESSA Urbano Reforma Sur
14. CESSA Analco N. 1
15. CESSA Popular
16. CESSA Los Ángeles Tetela
17. CESSA San Andrés Azumiatla
18. CESSA La Resurrección
19. CESSA San Sebastián de Aparicio
20. CESSA San Baltazar Tetela

21. CESSA San Miguel Canoa
22. CESSA Xonacatepec
23. CESSA Santo Tomás Chautla
24. CESSA San Pedro Zacachimalpa
25. CESSA San Felipe Hueyotlipan
26. CESSA San Francisco Totimehuacán
27. CESSA Romero Vargas
28. CESSA Urbano Ampliación Unión Anorchista-Esperanza
29. CESSA El Cristo Canoa
30. CESSA Santa Catarina
31. CESSA Santa María Guadalupe Tecola
32. CESSA Urbano México 68
33. CESSA Sanctorum
34. CESSA La Unión
35. CESSA San Francisco
36. CESSA San Cristóbal Tepatlaxco

En cuanto a los hospitales de segundo y tercer nivel, la capital poblana cuenta con los siguientes:

1. Hospital de traumatología y ortopedia, “Doctor y General Rafael Moreno Valle”,
2. Hospital de la Mujer,
3. Hospital psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano”,
4. Hospital de Salud Mental
5. Hospital para el Niño Poblano
6. Hospital de la Mujer y Neonatología
7. Hospital General de la Zona Norte “Bicentenario de la Independencia de México”,
8. Hospital General de la Zona Sur “Dr. Eduardo Vázquez”
9. UNEME Capa Sur
10. UNEME Capa Norte
11. CAPACIT’S

Así como Unidad de Oncología y Unidad de Quemados, respectivamente.

Todos estos hospitales y centros de salud prestan atención hospitalaria y de consultas a pobladores poblanos y foráneos, y conforme al número poblacional que se mencionó, las capacidades de muchos de estos se

encuentran rebasadas por falta de recursos materiales, tecnológicos, económicos y humanos.

Como se señaló, el HGZN, de Puebla corresponde a un hospital general que cuenta con servicios de diagnóstico y tratamiento, cuenta con atención de consulta externa de especialidad, urgencias, atención ginecoobstetra, quirúrgica y ambulatoria, y se encuentra en funcionamiento los 365 días del año.



Ilustración 6. “Exterior del HGZN” 14. Feb.19 EHA (izq.)



Ilustración 7. “Entrada principal HGNZ” Feb. Mar. 19 EHA. (der.)

Pertenece a la Jurisdicción Sanitaria N. 6 de la Secretaría de Salud de Puebla y concentra poco más de 30 unidades de primer nivel, es decir, centros de salud, así como un aproximado de 10 municipios y 16 localidades lo cual asciende a una capacidad de atención de 1,458,752 habitantes.¹⁶

La población atendida en dicho hospital mayormente está en un sector económico medio y medio bajo, por lo que las condiciones socioculturales y económicas repercuten en la salud y bienestar de los pacientes.

¹⁶ <http://ensenanzahgznp.com.mx/historia-del-hospital-general-zona-norte/>



Ilustración 8. Entrada y Recepción HGZN” 20. Mar. 19. EHA

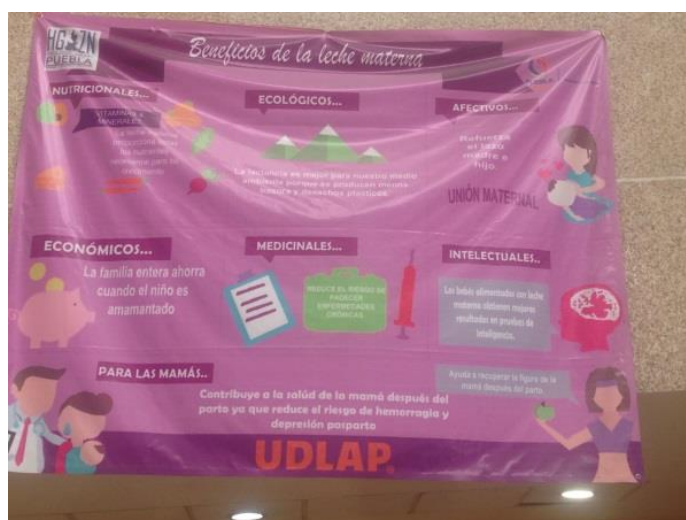


Ilustración 9. Cartel Beneficios de la Lactancia Materna” 20. Mar. 19. EHA

Desde el 2008 el Hospital cuenta con el servicio ginecoobstetra, pero es a partir del año 2014, cuando propiamente inicia con el proyecto IHAN para dar apoyo a la lactancia materna.

La *Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña*, es una normativa utilizada como recurso ya aceptado y ratificado por el estado mexicano que tiene como finalidad promover a través de los 10 pasos para una Lactancia Materna Exitosa, la práctica de esta y con ello no sólo coadyuvar a la madre en el camino de la lactancia, sino reducir la mortandad infantil y las enfermedades gastrointestinales, respiratorias e incluso prevenir obesidad y diabetes en etapas futuras de su vida.



Ilustración 10. "Cartel Donación de Leche Materna". 09. dic. 18, EHA

Este hospital al igual que el Hospital de la Mujer, ubicado al sur de la ciudad son las dos únicas instancias médicas en el estado que se encuentran bajo la normativa IHAN, por lo que la promoción y ayuda para las madres en la LM es evidente desde que se ingresa al hospital. En la entrada principal del mismo y área de recepción de documentación, así como de citas para consulta, se

observan pancartas, lonas y banners con información sobre la lactancia materna que tienen señalamientos prácticos y sencillos sobre los beneficios e importancia de la leche materna, así como de técnicas para facilitar la misma.

En el primer piso del hospital entrando de lado izquierdo y junto a la gestoría del seguro popular, se encuentra el Grupo de Apoyo para la Lactancia Materna del HGZN, en donde las responsables: Alba Rocío Hernández Gómez y Teresa Flores Mocencahua están en un horario de 7:00 am a 7:30 pm, así como atención telefónica. La licenciada Alba es responsable en el turno matutino de 7:00 am a 2:00 pm de la tarde, mientras que la licenciada Teresa se encuentra en el turno vespertino de 2:00 pm a 7:30 pm de la tarde.

En este cubículo, que es un pequeño cuarto dividido por una pared y una pequeña puerta, tiene al entrar dos sillones con bebés de juguete, cojines, almohadas y senos de fieltro, todo esto para enseñar a las madres la forma en la que deben amamantar; contiguo a este espacio, se encuentra la pared con puerta que da a una pequeña sala privada en donde las mujeres que están teniendo problemas con la lactancia o problemas personales pasan para platicar con las trabajadoras sociales.

Es en el primer espacio de este cubículo donde se dan las asesorías y charlas para las mujeres que están embarazadas y también para las madres puérperas o post parto que tienen dudas sobre la lactancia y que desean saber más sobre ella y las técnicas de la misma.

También se muestra el recorrido que deben conocer las madres que están próximas a tener a su bebé para que conozcan la sala de recepción, sala de urgencias, posada AME¹⁷, área de tococirugía y recuperación, así como el lugar donde sus familiares deberán esperar y estar al pendiente para la documentación y materiales requeridos.



Ilustración 11. “Cartel IHAN”09. Dic. 18. EHA

Durante estos recorridos el personal responsable del grupo de apoyo, da información sobre métodos de planificación familiar, básicamente se pregunta si la pareja desea tener más hijos, si es así se comenta la opción de utilizar el dispositivo intrauterino (DIU) para tener espacios intergestacionales adecuados

¹⁷ Así se denomina un pequeño albergue que se encuentra en el hospital justo al lado de urgencias, donde de forma gratuita pueden quedarse las mujeres embarazadas que están comenzando el trabajo de parto, o bien aquellas que han sido dadas de alta pero sus recién nacidos están en UCIN o UCIREN.

para la madre y el producto, también el método de dispositivo subdérmico o bien el uso del condón; si la pareja prevé no tener más hijos, se sugiere practicar la operación de oclusión tubaria bilateral o mejor conocida como OTB para el caso de las mujeres y la vasectomía para los hombres, pues así ambos estarán mayormente protegidos contra embarazos no deseados.

Se da también información sobre enfermedades de transmisión sexual, a través de trípticos proporcionados por la propia Secretaría de Salud del estado, se explican las enfermedades más comunes como el virus de inmunodeficiencia adquirido (VIH), virus del papiloma humano (VPH), sífilis, entre otras, con la finalidad de que hombres y mujeres se responsabilicen sobre sus cuerpos y su sexualidad y los contactos sexuales sean seguros, pues las enfermedades pueden traer repercusiones durante el embarazo lo que en ocasiones complica la etapa final del mismo.

Las pláticas que dieron con información sobre enfermedades de transmisión sexual fueron a parejas muy jóvenes de entre 18 y 20 años, las cuáles muestran vergüenza e incomodidad y no preguntan o tienen alguna opinión sobre lo mismo. Una de las labores más fuertes por parte del Alba es señalarles de las complicaciones que pueden tener al iniciar su vida sexual muy joven pues cada vez son más los embarazos adolescentes, la transmisión del VIH o del papiloma.

Se hace hincapié en que sean o no parejas formales es decir, monogámicas, es responsabilidad de cada uno cuidarse, por lo que se les señala que tienen derecho a estar informados y a pedir algunos métodos para evitar contagios como los condones o para las mujeres pastillas anti conceptivas evitando embarazos.

Cuando se dieron pláticas en las mujeres jóvenes que estaban acompañadas de algún familiar, se notaba la incomodidad e incluso molestia por parte de la madre cuando se tocaban estos temas. Era evidente que dichas pláticas no habían sido dadas por sus familiares y que muchas veces terminaban en los embarazos no deseados. Se invita constantemente a que las mujeres que

quieren planificar su vida sexual, opten por algún método en el momento de la intervención gineco-obstetra, como la implementación del DIU o la operación.

Por otra lado, cuando las mujeres que tuvieron la plática eran mayores (20 años en adelante), se notaba interés por saber sobre los métodos y cómo podían cuidarse, en algunos casos las parejas, preguntaban por las campañas gratuitas de vasectomía u otros métodos que pudieran tener para, como dicen ellos “cerrar la fábrica”, es decir dejar de tener bebés.

Si bien el discurso está basado en la salud del paciente y en planear los embarazos y evitar riesgos en mujeres muy jóvenes, como la plática es impartida por Alba, ella hace hincapié en las dificultades sociales, económicas, personales y emocionales que podrían vivir las mujeres si se embarazan jóvenes y sin planearlo, diciéndoles todas las actividades que conlleva la responsabilidad de convertirse en madre, por supuesto esto implica la lactancia materna o bien, la compra de fórmula para alimentar al bebé.

También se les otorga el tríptico sobre la LM, en el cuál brevemente se explican los beneficios para la madre y el hijo, las enfermedades que previene y las técnicas de agarre del pezón para evitar laceraciones en la mujer y tener éxito en dicho proceso. Generalmente, Alba Hernández, cuenta con materiales de apoyo (almohadas, muñecos y pechos de fieltro) para ejemplificar cómo debe amantar al bebé, las formas de sostenimiento y los masajes que estimulan la bajada de leche y evitan formación de bolas de leche.

Esta es una actividad muy importante dentro del grupo de apoyo, pues es un primer acercamiento al tema, se da con tiempo de anticipación y se asegura dar información sencilla para que la madre embarazada y familiares conozcan sobre la LM. Es necesario señalar, que los Centros de Salud (CESSA) o bien unidades de atención de primer nivel, al llevar el control de mujer embarazada deben dar comunicados sobre la LM, pero en ocasiones las madres refieren que no hay información o es muy escasa.

Si bien, conforme a lo establecido por la ley todas las dependencias de salud deben contar con pancartas, anuncios, trípticos o demás para explicar

sobre la lactancia materna, son pocas las unidades que lo tienen y no hay un centro de apoyo para la misma, lo que de forma directa impacta fuertemente en las mujeres, pues aquí es donde reciben su control mensual sobre el embarazo y es aquí donde se pueden concientizar, capacitar y valorar las circunstancias de la madre en pro de la LM, pero al no contar con estos apoyos se vuelve una tarea casi imposible y que llega el primer contacto al finalizar el embarazo.



Ilustración 12. "Extracción de Leche Materna" 05. Dic. 18. EHA

El Hospital, recibe diariamente alrededor de 13 y 15 mujeres para brindar atención ya sea para practicar parto, cesárea o legrado (dependiendo el caso), y aun cuando en ocasiones se encuentra rebasado por la demanda de las mismas, cuenta con convenios con la Cruz Roja para dar el servicio a las madres, así mismo, se tienen previstos códigos para dar apoyo y atención inmediata a las mujeres que llegan con problemas de salud en el último momento del embarazo y con ello evitar la muerte de la misma o del producto.

Las mujeres que fueron entrevistadas refieren que los servicios hospitalarios que se ofrecen son muy buenos, aún con las carencias que tiene (materiales y recursos humanos), consideran que son atendidas debidamente y que tienen mucha información, por lo que muchas aun cuando deben acudir a otro hospital por su localización prefieren ir al HGZN.

De acuerdo con las estadísticas del subsistema automatizado de egresos hospitalarios; en el mes de diciembre de 2018, el HGZN atendió a un total de 412 mujeres, mientras que, en enero de 2019, atendió a 475. De acuerdo con los datos, en diciembre se tuvieron 377 nacimientos y 35 abortos; en enero 437 nacimientos y 38 abortos y las edades en las que mayormente se registran mujeres embarazadas son de 15 a 19, de 20 a 24 y de 25 a 29 años.

Estas edades son un foco de atención puesto que, a la edad de 15 años en nuestro país, las jóvenes se encuentran cursando el último grado de secundaria o iniciando el bachillerato, lo que implicaría que son jovencitas que terminan la secundaria y muy probablemente no seguirán estudiando, lo que recurrentemente pasa es que dejan el bachillerato apenas iniciado.

Mientras tanto, si nos encontramos en la edad de 20 a 24, en el caso de que estén estudiando aún no han concluido la carrera universitaria, lo que implica dejarla inacabada. Y en el último rubro, idealmente las mujeres ya han concluido estudios universitarios y podrían estar en el mundo laboral, sin embargo, las encuestas realizadas y los datos estadísticos refieren que en este rubro las mujeres ya tienen más de un hijo, se dedican a labores del hogar, no han trabajado fuera de sus hogares y no concluyeron el bachillerato.

De acuerdo con el INEGI, en Puebla el promedio de escolaridad en la población de 15 años y más es de 8.5 años, es decir que estudiaron segundo año de secundaria. Los estados con mayor grado de analfabetismo son: Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Veracruz y Puebla. Observamos que la relación entre escolaridad e índice de natalidad van muy unidos, pues entre mayores son los índices de rezago escolar mayores son los nacimientos no deseados en jovencitas. Señalo: De cada 100 personas de 15 años y más.... 7.9 no tienen ningún grado de escolaridad; 56.2 tienen educación básica terminada; 19.0

finalizaron la educación media superior; 16.5 concluyeron la educación superior y el 0.4 no está especificado.¹⁸

Si bien, el embarazo no debe ser un factor que determine la continuidad de los estudios, es cierto que, con el cúmulo de condiciones sociales, económicas y familiares, la mayoría de las mujeres que se embarazan a tan temprana edad ya no continúan con sus estudios. Conforme a los datos recabados en las entrevistas, las mujeres que quedan embarazadas renuncian a la escuela para dedicarse al cuidado de los hijos y las labores domésticas.

Salta también a nuestra mirada los datos sobre los métodos de planificación familiar, pues los grupos de 15 a 19; 20 a 24 y 25 a 29 años que son los 3 más grandes de la población atendida, sólo la mitad llevan algún método. Las estadísticas del HGZN muestran que, durante el mes de enero de 2019, el primer grupo que es el 24.2% de la población sólo tiene un 47% de aceptación al método, 53% se va sin él. Del segundo grupo que es 33.05% de la población, sólo el 48% acepta método y finalmente del último grupo que es el 21% de la población, 46% lleva método y el 54% restante no.

De igual modo, no son muy distantes los porcentajes del mes de diciembre de 2018. El primer grupo tiene el 25% de la población y el 49.52% se va sin método; del segundo grupo que equivale al 33% de la población, el 49.27% no recurre a método y finalmente el grupo de 25 a 29 años con una población del 24.5%, el 57.43 tampoco lleva método.

Esto, trae dos implicaciones; la primera que lógicamente tiene que ver con planificación familiar y salud reproductiva, es probable que las mujeres sin método regresen al año de haber tenido a su bebé para tener atención gineco-obstetra, y dado el poco tiempo inter-gestacional entre embarazos pueden presentarse complicaciones que pongan en riesgo la salud de la madre o el producto y, por otro lado el tema social, pues la decisión de planificar la familia,

¹⁸ Consultado en internet:
<http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/pue/poblacion/educacion.aspx?tema=me&e=21>

no sólo depende de las mujeres, sino de sus parejas e incluso de la familia de la madre.

En un primer momento, la mujer debería decidir sobre su cuerpo y en este sentido, decir libremente si quiere o no llevar algún método de planificación familiar, sin embargo, lo que se observa es que la mayoría de las mujeres no deciden sobre sus cuerpos y son los esposos o parejas quienes les permiten llevarse un método, asimismo las madres o abuelas inciden en que se apliquen el dispositivo o lleven el DIU, pues si las mujeres que han dado a luz no viven con la pareja, la responsabilidad económica y del cuidado recae en ellas y prefieren que sus hijas salgan protegidas del hospital.

Este, es un tema controvertido, porque como señalé, sólo a las jóvenes menores de edad se les pone un método con la finalidad de salvaguardar su vida e integridad, pero para las que han cumplido la mayoría de edad, tienen que decidir si lo prefieren y aquí se interconectan los factores personales, de pareja, familiares, económicos y sociales que decidirán qué hacer.

Lo observado y registrado en el HGZN es que el promedio de hijos en las mujeres es de 3, entonces si tienen dos hijos varones o mujeres, buscan un tercer hijo para tener comúnmente lo que denominan la parejita, es decir un niño y una niña. Igualmente, las mujeres que han sido madres muy jóvenes no quieren operarse pues consideran que al tener otra pareja querrán hijos y si recurren a la operación no habrá posibilidad.

Las siguientes gráficas, presentan la población atendida en los meses de diciembre 2018 y Enero 2019 en el HGZN, y los porcentajes de población por edad mayores, así como los servicios gineco-obstetras brindados.

Tabla 5. Recepción de mujeres para atención gineco-obstetra en el HGZN, mes enero 2019.

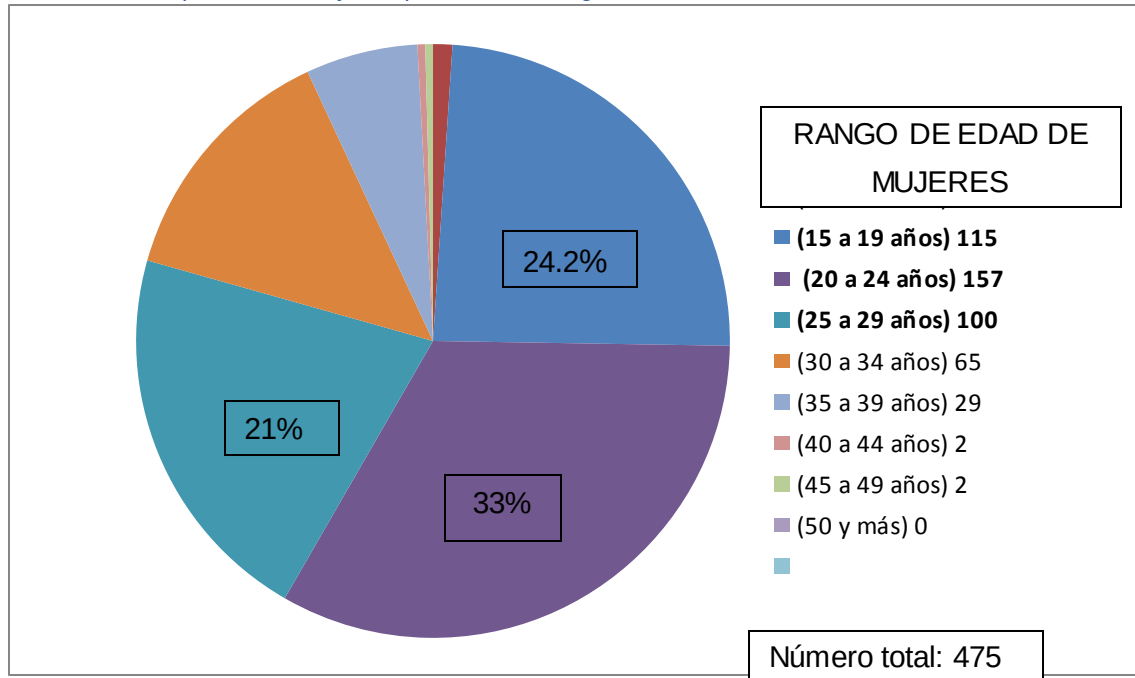
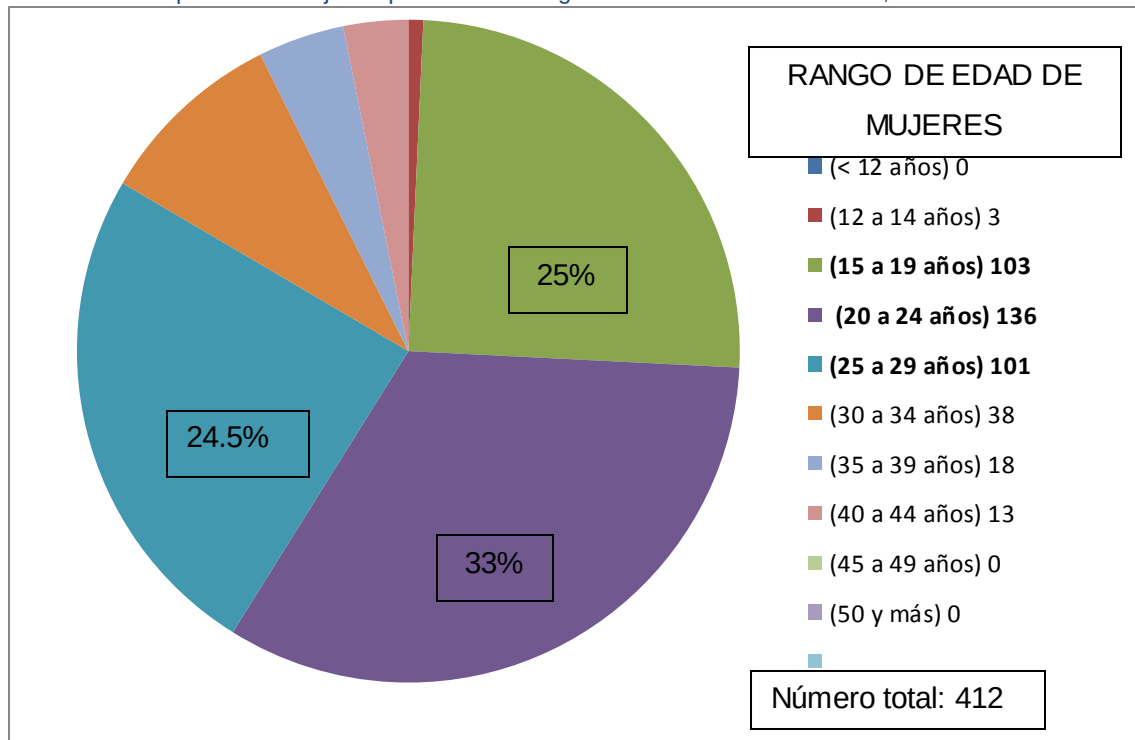


Tabla 6. Recepción de mujeres para atención gineco-obstetra en el HGZN, mes diciembre 2018.



3.4.1 La plática sobre Lactancia Materna en Sala de Admisión

La plática sobre LM que se da en el área de alta está estructurada principalmente en los beneficios que tiene para la madre y el hijo, la alimentación que debe tener

la madre para una buena producción de leche y los cuidados y posturas de la misma para amamantar.

Dicha actividad recae principalmente en las responsables del grupo de apoyo de lactancia, sin embargo, también reciben una plática por parte de la nutrióloga -responsable del lactario interno del hospital-, por estudiantes de enfermería y por el responsable del área.



Ilustración 13. "Oración para la lactancia" Ubicada en el área de admisión. 04. dic. 18 EHA.

Mientras las mujeres son llevadas al área de alta por los camilleros, se comienzan anotando en una libreta que lleva el control de cuántas madres serán dadas de alta, si han tenido complicaciones, si ha sido parto o cesárea y otros datos personales como teléfono, domicilio, CESSA al que pertenecen, principalmente. Una vez que son anotadas, se les dice que aquellas que ya

recibieron información en sala de recuperación podrán responder y quienes no, pueden preguntar todo lo que quieran para que no se vayan con dudas.

La Lic. Alba, comienza presentándose y señalando que es responsable del grupo de apoyo de lactancia materna el cual se encuentra disponible de lunes a viernes de 7 a 7 del día y que cualquier duda o situación de dificultad que presenten pueden acudir sin ningún problema para que sean asesoradas.

Si es el caso, (ya que los obsequios¹⁹ que se dan son externos al HGZN), se les reparte únicamente a las madres que llevan bebés una pequeña caja muestra que contiene un paquete de toallas húmedas, dos pañales de recién nacido, una muestra de pomada para rozaduras y un aerosol desinfectante. Si por el momento no hay este tipo de muestras, no se otorga nada y se comienza la plática.



Ilustración
14. “Obsequios” 12.
Abril. 19 EHA

Una vez que están las madres en el área, se comienza con preguntas para animar, romper el hielo e incluso hacer más liviana la estancia en el hospital. La primera de ellas es ¿qué es la lactancia materna exclusiva? implica alimentar

¹⁹ Organizaciones como Mi Bebé y Yo, dan a hospitales públicos y privadas, pequeñas cajas que contienen muestras de algunos productos para bebés, como lo son: toallas húmedas, pañales, pomadas para rozaduras y sanitizantes en aerosol, por supuesto con la finalidad de que las mujeres prueben los productos y después los consuman. Traen dentro de la caja una pequeña nota sobre la importancia de alimentar al bebé al seno materno y recomendaciones para el cuidado e higiene del recién nacido. No puede negarse que el objetivo de dichos regalos es enganchar a las mujeres para que compren productos de cierto tipo y marcas, por supuesto se mercantiliza la maternidad a través del consumo de productos.

al bebé durante seis meses únicamente al seno materno, la segunda pregunta es ¿cuánto tiempo puede prolongarse la LM?

Se les pregunta qué significa lactancia materna exclusiva, porque aun cuando en piso y en tococirugía pudieron haber recibido esta información hay algunas madres que señalan que sólo es la leche y otras que dicen que no saben, por lo que la responsable señala que la Lactancia Materna Exclusiva (LME) implica alimentar al bebé únicamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida y que durante este tiempo no está permitido ni recomendado dar pruebas de algún otro alimento, por ejemplo plátano, te de manzanilla o anís estrella, sopa, refrescos o agua. Se señalan estos alimentos porque son los más recurrentes en las pláticas de las madres y se hace hincapié constantemente que las “pruebitas” de comida no hacen bien al recién nacido por el contrario pueden causarles alergias o diarreas severas, por lo que la alimentación exclusiva al seno materno es lo mejor para sus bebés.

El tema de las “pruebitas” es muy controvertido ya que, las mujeres viven la lactancia materna rodeadas de otras mujeres que lo han hecho y consideran que no les ha causado problemas a sus hijos, o bien los familiares consideran que regularmente a los 4 meses –cuando los bebés pueden estar sentados o son más observadores- miran lo que la gente come y se les antoja por lo que darlos una probadita no es malo, por el contrario se les quita el ansia y antojo.

Aunque las teorías y resultados médicos indican que no es recomendable dar ningún otro alimento al bebé en los primeros seis meses de vida más que la leche materna, las creencias y hábitos de las mujeres son más fuertes y por ello dan a sus hijos comida no permitida, tecitos que pueden provocarles cólicos o comida altamente tóxica como refrescos y comida chatarra.

Dada la importancia de la exclusividad todo el tiempo se maneja la negación de las pruebas e inclusive se les comenta que los familiares pueden acudir a preguntar y pedir informes para que las mujeres con tranquilidad puedan decir que no, cuando alguien quiere darle pruebas a sus hijos.

Continuando con la plática, se les pregunta cuánto tiempo pueden amamantar a sus hijos después de la LME, algunas refieren que ya no se les debe seguir dando otras que un año. La responsable señala que se recomienda continuar amamantando hasta los dos años de vida e incluso tres, que es una práctica saludable para los niños y que los desarrolla en muchos aspectos como el emocional, psicológico y lingüístico.

A la mayoría de las madres, cuando se les dice que pueden amamantarlos hasta 3 años, hacen caras de incredulidad o de cierta molestia, pues refieren que la gente critica que los niños ya grandes (que caminan) sigan lactando, que se ve mal, por lo que antes del año o cumpliendo el año les dejan de dar.

3.4.2 Etnografía de las mujeres usuarias del HGZN.

Cuando las mujeres han dado a luz a su primogénito, deben estar en observación durante 12 horas como mínimo después de salir de sala de tococirugía, donde se valoraran signos vitales y señales de mejoría se cambian a piso para que continúen vigiladas y posteriormente sean dadas de alta.

La mayoría de las mujeres que han tenido parto, en menor tiempo pasan de tococirugía a piso y son dadas de alta al otro día, todo ello si no presentan alguna complicación o se encuentran en situación de riesgo. El tiempo promedio que está una madre en el hospital después del alumbramiento son 12 horas si tuvo parto vaginal o bien 24 horas si fue una cesárea.

Algunas mujeres pueden ser dadas de alta incluso cuando sus bebés estén en tratamiento o terapia intensiva, con la única indicación de que se extraigan la leche o acudan al lactario del hospital para proporcionar de la misma a los bebés y su recuperación sea más rápida.

Mientras tanto las mujeres a las que les han practicado cesárea pueden pasar hasta dos días en el hospital, puesto que la cirugía tiene mayores cuidados

y aunque es una práctica habitual para el nacimiento de un bebé no deja de tener riesgos pues entra en categoría de cirugía.

Lo que se observa, es que las mujeres que se encuentran en el rango de edad de 20 a 34 años se recuperan más fácil y son dadas de alta pronto, mientras que madres más jóvenes (menores de 18 años) o maduras (mayores de 35 años) son las que presentan más problemas en el momento del alumbramiento.

Lo antes mencionado fue observado y registrado, durante las visitas a mujeres en el área de recuperación, así mismo al recopilar datos con enfermeras y la propia Alba, quienes señalan que los casos de mayor ayuda sobre el tema de lactancia se presentan en mujeres jóvenes, quienes pueden estar en terapia intensiva por presentar algún problema durante la intervención gineco-obstetra o porque al ser jóvenes y tener un embarazo no deseado la lactancia es una actividad rechazada y por supuesto más difícil de llevar a cabo.

En principio, en mujeres jóvenes hay inmadurez física y emocional para el parto, en algunos casos se presentan anemias severas o mal nutrición lo que implica bajo peso del bebé al nacer. Esto aunado a que muchas madres jóvenes realmente no quieren serlo y atraviesan por episodios de negación, rebeldía, desapego o enojo con los recién nacidos. También llegan a presentar complicaciones obstétricas que ponen en riesgo su vida (preeclamsia o eclampsia), y las indicaciones son terapia intensiva, lo que para efectos de lactancia es negativo, pues se retarda el contacto temprano piel a piel con el bebé, el alojamiento conjunto y esto disminuye la producción de leche.

Durante los meses de campo, fui testigo de las dificultades presentadas por dos mujeres jóvenes madres que estuvieron en terapia intensiva por presentar preeclamsia y estuvieron diez días en recuperación con la finalidad de monitorear su avance y protegerlas de cualquier situación que pudiera presentarse y por supuesto que pusiera en riesgo su salud.

A estas mujeres, se les dio asistencia y acompañamiento no sólo por parte del personal médico, sino que Alba estuvo visitándolas, platicando con

ellas, expresándoles que debían cuidarse (aplicación de método anticonceptivo) pues otro embarazo podría implicar su vida. También les explicaba la importancia de amamantar a sus bebés, sin embargo dado que era complicada su situación, se les visitaba diario y se pedía al grupo del lactario que acudieran para que en su cama, es decir, sin que se movieran de lugar pudieran extraerse de forma manual la leche y así suministrarla al bebé. También se les aconsejaba a los familiares sobre cómo podían ayudarle en la extracción de leche para cuando estuviera en casa, pues la mastitis podría ser un padecimiento muy delicado el cual se podía evitar al extraerse la leche o amamantar al bebé y por supuesto que estar con su hijo de forma indudable ayudaría a una recuperación más pronta.

Por otro lado, las mujeres mayores presentan frecuentemente preeclamsia (presión alta) lo que puede implicar daño hepático o renal y lógicamente adelantar el parto o generar daños en la misma. Las madres que presentan edades más avanzadas generalmente tienen antecedentes de enfermedades como diabetes, obesidad, presión alta, entre otros, lo que indica mayores cuidados y monitoreo en sus visitas al médico, puesto que pueden desarrollar diabetes gestacional.

Las estadísticas indican que el porcentaje de mujeres de más de 35 años que acuden al hospital para el alumbramiento son pocas, dado que la edad promedio de las mujeres va entre 20 y 25 años. Además de que, en México, culturalmente las mujeres se convierten en madres antes de los 30 pues pasar esta línea de edad para muchas es sinónimo de crítica o murmuración.

Desafortunadamente en Puebla y en el país,²⁰ cada vez son más las mujeres que se embarazan a edades muy tempranas, los datos señalan que entre más jóvenes comienzan su menarca o primera menstruación, se convierten en mujeres activas sexualmente lo que da como consecuencia embarazos en jovencitas de 14, 15 o 16 años.

²⁰ Consultado den internet: <http://www.unamglobal.unam.mx/?p=41566>

Estas madres jóvenes son las que se encuentran en mayor riesgo y las que casi siempre presentan complicaciones y deben ser intervenidas para practicar cesárea y sus bebés son atendidos en urgencias (UCIN o UCIREN). Diariamente el hospital atiende entre 2 y 4 mujeres menores de 18 años, las cuales no siempre van por su primer hijo, sino que van por un segundo o incluso un tercer bebé.

Aun cuando pueden tener un parto, tienen complicaciones como señalé: preeclamsia, inmadurez fisiológica, desnutrición o anemia lo que lleva a los médicos a practicar una cesárea para salvar la vida de la madre y el hijo. A dichas madres se les aplica por lo regular el Dispositivo Intra Uterino (DIU), ya que su vida está en riesgo si presentan un embarazo en un plazo menor a los 2 años, aunado al hecho de que son jovencitas que no están preparadas social, psicológica y emocionalmente para ello y la prevención es un método que les permite terminar de desarrollarse y completar una etapa (pubertad y juventud) para después convertirse en madres.

El hecho de que las mujeres tengan el DIU, en ocasiones genera molestias en las parejas o en sus familiares, ya que lo consideran un método invasivo o incluso ellos desean tener más hijos y no comprenden la gravedad del estado de la madre y las implicaciones médicas que puede tener. Dado que son menores de edad, los médicos, trabajadores sociales y demás personal, advierte cuáles son las implicaciones y pide al tutor, madre o padre de la menor que acepte el mismo, si la madre ha estado en terapia intensiva lo aplican y sólo se le informa al paciente.

Por su parte, si son mujeres mayores de edad, sólo se les comenta cuáles son los riesgos de quedar embarazada antes de los dos años del parto y les indican los beneficios de estar protegida con algún método, pero a ellas no pueden ser obligadas a auxiliarse del DIU –por ejemplo-, por lo que muchas en menos de un año regresan para alumbrar un siguiente bebé.

Nótese que la situación de natalidad en el país presenta dos graves problemas, el alta en los embarazos adolescentes o no deseados y la alta fecundidad en mujeres menores de 25 años. Por ello, Puebla es uno de los

estados con mayores nacimientos en México, contante en el alza de su población.

El control de natalidad, es un aspecto muy interesante dentro del hospital, pues si bien existe un programa para ello, no puede dejársele la responsabilidad, pues se observa que las madres jóvenes no tienen conocimientos sobre educación sexual, pudiera ser por no haber cursado los niveles básicos de educación o como efecto de que la escuela disponga de información muy superficial y además los padres de familia dejan esta responsabilidad por desconocimiento o, miedo o pena a la misma y no refuerzan el conocimiento en casa, lo que da como resultado niñas convertidas en madres sin conocimiento ni el gusto de serlo.

Durante las pláticas que se llevan a cabo en el área de alta o admisión en el HGZN, observamos tres grupos de mujeres que potencialmente pueden practicar la LM. Las mujeres que son madres primerizas y que lógicamente desconocen sobre la práctica, las mujeres embarazadas (por segunda ocasión) y las mujeres que acuden para practicar un legrado, pero que se encuentran en estado avanzado, les requiere conocimientos sobre el tema.

El trabajo se realizó únicamente en dos de los tres grupos, las madres primerizas y las madres que ya han tenido uno o varios bebés. De forma general, durante campo registré que las mujeres primerizas llegan con muy poco conocimiento sobre la lactancia por lo que la labor del grupo de apoyo y de la nutrióloga a cargo es dar información sencilla sobre la misma para que estas puedan lactar. Por otra parte, las mujeres que ya tienen otros bebés relatan las dificultades a las que se enfrentan y con el énfasis puesto en el IHAN, dan valor e importancia a la lactancia materna.

CAPÍTULO 4. “Análisis de los datos”

En el capítulo que a continuación se presenta, el lector encontrará dos apartados fundamentales en los que se ha dividido el análisis de los datos. El primero que refiere a la parte institucional y legal, considerando dos aspectos del programa 10 pasos para una lactancia materna exitosa, lo que abarca lógicamente al sector salud y el marco legal de la misma.

El segundo aspecto, considerará el ámbito antropológico, en donde se observarán las prácticas culturales que viven y desarrollan las mujeres en torno a dicha práctica, trayendo consigo hábitos, tradiciones, ideas, tabúes, miedos entre otros que van permeando y creando la experiencia denominada lactancia materna.

Se tomaron fragmentos de las entrevistas realizadas, que muestran cómo las mujeres han tenido su primer acercamiento hacia la lactancia y también cómo influye la situación cultural para su desempeño.

4.1. Análisis desde la perspectiva legal e institucional.

Los diez pasos para una Lactancia Materna Exitosa, conforme a lo estipulado por la OMS y la UNICEF, señalan:

1. Tener una política por escrito.
2. Capacitar a todo el personal clínico y no clínico del hospital.
3. Informar a las embarazadas los beneficios de la Lactancia Materna.
4. Iniciar la Lactancia Materna 30 minutos después del parto con el contacto piel a piel.
5. Mantener la lactancia aun en caso de separación.
6. No dar al recién nacido alimento o líquido que no sea leche materna.
7. Practicar alojamiento conjunto.
8. Alentar la Lactancia Materna a libre demanda.
9. No dar biberones y/o chupones.
10. Formar grupos de apoyo para las madres sobre Lactancia Materna.

Para la investigación realizada se utilizará como marco de análisis únicamente el paso 3 “Informar a las embarazadas los beneficios de la Lactancia Materna y el paso 10 “Formar grupos de apoyo para las madres sobre Lactancia Materna.

El paso 3, no sólo está dado por el personal del hospital, sino que el sector primario de salud, es decir, los centros de salud (CESSA), también deben ser apoyo para las madres y dar los informes necesarios para la lactancia. Sin embargo, lo que las madres mayormente señalan es que ahí no les dan información sino hasta su llegada al hospital, que es cuando observan información en pancartas, láminas, trípticos y charlas que se les imparten.

Conforme a la Ley General de Salud del Estado Mexicano, en el Capítulo V Atención Materno-Infantil, artículo 64: En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán: II. Acciones de orientación y vigilancia institucional, capacitación y fomento para la lactancia materna y amamantamiento, incentivando a que la leche materna sea alimento exclusivo durante seis meses y complementario hasta avanzado el segundo año de vida y, en su caso, la ayuda alimentaria directa tendiente a mejorar el estado nutricional del grupo materno infantil, además de impulsar la instalación de lactarios en los centros de trabajo de los sectores público y privado. [...]

Este apartado, claramente indica que todos los sectores que impliquen salud (pública o privada) deberán fomentar la lactancia e implementar talleres, cursos o medidas necesarias para el apoyo de la madre sin embargo, los testimonios nos muestran situaciones alejadas a ello.

Una informante señaló que el pediatra no promovió la lactancia, le dijo:

Que le quitara el pecho y le diera fórmula, que era muy chica y que a veces ya no era leche era agua. El pediatra era del seguro. Mi clínica es de Acajete, por la edad y por los problemas que tuve me dijo que se lo quitara y yo le decía que no, y él me decía que era mi decisión, pero si me insistía; mi familia me decía que, si no me sentía mal, que le siguiera dando. [LHF, enero 2019]”.

Claramente, el pediatra no sabe sobre los beneficios de la lactancia y mucho menos del compromiso ético y social que tiene como parte del sector salud para el apoyo de la lactancia, además de que pudo darle técnicas o estrategias para mejorar la bajada y succión de leche, pero prefirió indicarle la fórmula como el mejor remedio.

Además de que, la comercialización de fórmulas sucedáneas de la leche, trae beneficios para los pediatras que las recomiendan o las ofertan. Es un negocio muy rentable, pues las empresas encargadas de acomodar su producto en el mercado se basan en la opinión de pediatras (como expertos en salud y cuidado del bebé) para que convenzan a las madres y padres a comprar las fórmulas si la lactancia no ha sido óptima o simplemente porque les señalan que es mucho mejor que la leche materna.

Todo esto, va aparejado con el monstruo del consumismo y del mercadeo en distintos medios masivos de comunicación; pues la televisión –por ejemplo- en muchos info comerciales muestra las fórmulas sucedáneas de la leche como un producto de calidad suprema que traerá beneficios indudables al bebé, el discurso del consumismo está muy bien estructurado para que los escuchas y observadores del mismo, únicamente noten las ventajas de comprar los productos y en ningún momento puedan inferir que pueden ser artilugios de las empresas para aumentar sus ventas a costa –en ocasiones- de la salud de los bebés.

Otra informante dijo:

Los médicos me dijeron que le tenía que dar sólo a los 6 meses, dicen que después de los 6 meses ya no tenía que tomar pecho, sino pura mamila, eran doctores del centro de salud, del Centro de Salud del Salvador aquí en Puebla, ellos me dijeron que, a los 6 meses, pero yo nunca les hice caso. Yo por eso les di hasta el año, mi prima les dio a mis sobrinos dos años. [AGT, Enero 2019]”.

Nuevamente detectamos la falta de conocimiento por parte del personal de los centros de salud sobre la lactancia materna. Como se señaló los CESSA son el primer nivel de atención para las mujeres y ellos deben estar bajo el contexto de los 10 pasos sobre la LME, pero aún más grave –particularmente- es la acción

de los hospitales especializados que no aplican de dichos protocolos y tampoco proveen de información para la lactancia.

Le di cuatro meses, porque se me enfermó y la interné y ya no le pude dar leche. Estuvo hospitalizado un mes, y ya no le pude dar pecho, se me fue la leche, estuvo en el Hospital del Niño Poblano. Después le di fórmula. [ABV, Enero 2019].

El desconocimiento, comodidad o quizás conveniencia no es única del sector público, también el privado incide en apropiar la fórmula como alimento único para los recién nacidos.

No sé porque no se llenaba, no sé si era suficiente o no, pero lloraba mucho y con la fórmula ya no tanto. El doctor, el pediatra particular me dijo de la fórmula. Le di 6 meses sólo pecho y le di fórmula. Puro pecho seis meses y le completé con la fórmula porque ya no se llenaba. [AFR, enero 2019].

Otra informante señaló:

El primer hijo lo tuve en el Hospital General de Tepeaca, porque soy de allá, el segundo fue acá (HGZN) y éste igual aquí. No me dieron información en Tepeaca, aquí últimamente. En ese entonces no me explicaron nada sobre lactancia. Me dijeron que no le suspendiera el pecho al bebé que le siguiera dando. Me recomendaron en el seguro sacarme la leche con las compresas, y si tenía calentura tirarla y darle la nueva al bebé. [MRSM, febrero 2019]”.

Distinta informante, dijo:

Tuve a mi primer bebé a los 16, casi a los 17. Tiene 5 años, es niño. Lo amamanté 3 meses porque después ya no me salió leche, pero ya no me quiso salir. No me dieron información sobre la lactancia en mi centro de salud (México 68). Del primer bebé no me dieron información, aquí me alivié. De mi bebé Dafne si me dieron información, la enfermera me había dicho, pero no me acuerdo. [CRS, febrero 2019]”.

Nótese que indica que en el centro de salud y en el hospital no recibió información, cabe aclarar que la IHAN comenzó en el año 2014 en el hospital y

al ser el primer año no se tenían establecidas todas las reglas de acción por lo que es válida la aseveración de la mujer, pues apenas se comenzaba con el proyecto.

Observamos que, las mujeres relatan que en sus centros de salud no reciben capacitación e información y por parte de médicos particulares en ocasiones las invitan a dejar de dar pecho y dar fórmula. Considero que la primera situación corresponde a la falta de conocimiento sobre el panorama legal que tiene México para el fomento de la lactancia, pero no es excusa para que el sector salud, responsable de dicha promoción, no haga hincapié en ello y de forma deliberada no atienda las necesidades de las mujeres.

Por otro lado, el sector privado, si bien también debe acatar los lineamientos legales del marco general de salud en nuestro país, en ocasiones tiene a bien recomendar la fórmula porque las empresas que la venden pueden dar beneficios a los médicos por la promoción y el consumo.

Ahora, mostraremos, cómo algunas usuarias, dan respuestas favorables a las campañas que realiza el hospital como parte del IHAN:

Venimos a las pláticas de LM y me enseñaron cómo se debe agarrar el pezón para no lastimarme, casi un mes me duró el dolor. No dejé de darle pecho, ellos no tienen la culpa (los bebés) uno por no venir a las pláticas, más bien uno por no venir a las pláticas. [AGG, enero 2019].

Aquí, la madre refiere que le costó amamantar porque no tenía la técnica correcta de succión o agarre, sin embargo, con las pláticas impartidas y la información sobre técnicas y posturas, le ayudó y pudo dar pecho sin complicaciones.

Nueva entrevistada, refirió:

Me fue un poco difícil no sabía cómo darle, después de unas pláticas aquí pues ya. [CHC, febrero 2019].

Conforme a los CESSA:

En mi unidad médico familiar que es Francisco y Madero, me dijeron que era a libre demanda y el tiempo que él quisiera. Me resultó fácil dar pecho, desde el inicio. Si recibí información, lo tuve aquí. Lo amanté un año y de manera exclusiva los seis meses. No tomé nada especial para la leche, me dijeron comida normal [MFGG, febrero 2019].

De forma similar, los pediatras han ayudado a sus pacientes:

“El pediatra me decía que diera pecho, la lactancia. Mi centro de Salud Mariscal aquí en Puebla. [ALM, Enero 2019]”.

“El pediatra estuvo a favor que le diera pecho, que iba a crecer bien, que mi leche era 100 porciento mejor que la fórmula porque les da estreñimiento, cólicos por el aire que jalen. [ALV, Enero 2019] “.

“Ahorita recomendaría más la lactancia. El pediatra me decía que le diera pecho, no me dio técnicas, pero aquí recibí las pláticas de a lactancia. [MOJ, febrero 2019]”.

“De mi primer bebé me dieron informes sobre la lactancia aquí en este hospital. En casa me recomendaron dar pecho, también en mi centro de salud que es La Loma. [CRO, febrero 2019]”.

“Mi primer bebé lo tuve en El Seco, Puebla, si me dieron información sobre lactancia, lo mismo que aquí. Le di a mi primer bebé 5 meses de pecho, le di fórmula, es que me iba a trabajar y le di intercalado. Mi horario de trabajo era de 8:00 am a 2:00 pm., no me sacaba la leche, en la mañana le daba fórmula y en la tarde le daba pecho. Se acostumbró a ambas leches, le di combinado hasta el año. Ya de ahí ya le dejé de dar pecho y sólo fórmula. No me fue difícil, lo único que era difícil fue el trabajo... [NFN, febrero 2019]”.

Conforme al paso 10, que es formar grupos de apoyo para la lactancia, es evidente que el hospital funge como un capacitador y facilitador para la lactancia materna y que si bien, los años anteriores a la inserción del programa IHAN, no había dichas pláticas, una vez generado el compromiso, la labor ha sido constante.

Con base en esto, algunas entrevistadas refirieron:

Si me fue difícil dar pecho porque no me explicaron bien, no sabía, en el Hospital privado no me dieron informes. En mi casa, mis familiares me explicaron cuando nació mi niña. Lo más difícil era agarrar el pezón. No me lastimó y no me dolió. Es como dicen las señoritas si no damos bien el pezón lastima, pero si le damos bien, pues todo está bien. Aquí en el hospital si me dieron información y pláticas. [CDPA, enero 2019].

Otra entrevistada, dijo:

Me alivié aquí (HGZN). Sólo me lastimó un poco, pero era porque estaba grande, pesó 3,640 kg. La molestia me duró como 2 o 3 días. Nada más era la molestia en el pecho, no me puse nada. Aquí si me dieron información sobre cómo amamantar a mi bebé. [LFH, enero 2019].

Se señala que el Hospital brinda información, pero de forma reciente:

Mi primer bebé tiene 3 años. El segundo 1 año con tres meses y éste último que tiene dos días. Ya no tendré más bebés, ya me operé, me hicieron cesárea. El primer hijo lo tuve en el Hospital General de Tepeaca, porque soy de allá, el segundo fue acá (HGZN) y éste igual aquí. No me dieron información en Tepeaca, aquí últimamente. En ese entonces no me explicaron nada sobre lactancia. [MRSR, enero,2019].

Es claro que en el Hospital de Tepeaca la mujer entrevistada no recibió ninguna información sobre la lactancia, considerando que el marco jurídico en materia de salud es general, dicho hospital incurre en una falta grave, pues no está cumpliendo con la capacitación del personal. Mientras tanto, se observa que, aunque se da información en el HGZN en Puebla, la paciente requería mayor capacitación o conocimiento.

Otras entrevistadas, señalaron:

“Mi primer parto lo tuve aquí mismo (HGZN), la primera vez me resultó difícil dar pecho, se me hicieron costras, yo pataleaba cuando le daba de comer porque

me sangraba, la molestia me duró como un mes, fue horrible. Después recibí pláticas y ahorita recomendaría más la lactancia. [MOJ, febrero 2019]”.

“Cuento con el servicio popular y en mi centro de salud como aquí (se refiere al HGZN) me dieron información sobre la lactancia, que no se enferman, no les da gripita, que crecen más rápido. [SIAG, febrero 2019]”.

“Tuve a mi primer bebé a los 16, casi a los 17. Tiene 5 años, es niño. Lo amamanté 3 meses porque después ya no me salió leche. No me dieron información sobre la lactancia en mi centro de salud (México 68) de ningún embarazo. Del primer bebé no me dieron información, y aquí me alivié. De mi bebé Dafne si me dieron información, la enfermera me había dicho, pero no me acuerdo. [MSP, febrero 2019]”.

Nótese que la edad de su primer bebé (5 años) es el tiempo que tiene la IHAN en el hospital por lo que se entiende que no haya recibido información, pero, por otro lado, también observamos que aun cuando el personal pasa para las pláticas muchas mujeres lo olvidan o no prestan atención a ello, lo que después repercute en la salud de ellas o los niños, o en el caso más extremo propicia el uso de fórmulas para alimentar a los bebés.

Finalmente, una mujer entrevistada, mencionó:

“Mi primer bebé lo tuve a los 21 años y es niña. Lo tuve aquí y fue parto, lo amamanté un año con dos meses. De forma exclusiva 6 y después ya le daba comida y pecho, me dieron informes aquí y ahorita otra vez me están dando pláticas, dicen que tiene muchas proteínas, se enferman menos. [CRO, febrero 2019]”.

La información recabada, indica que el grupo de apoyo en el Hospital y la iniciativa de charlas sobre la lactancia materna han ayudado a las mujeres para que el proceso de amamantar sea mucho más fácil y llevadero. Si bien, falta trabajo por hacer, el hecho de que diariamente en la sala de admisión y cuando llegan por primera vez para el recorrido, a las mujeres se les esté dando información les ayuda en mucho y se cumple con una parte del decálogo sobre la lactancia materna exitosa.

4.2 Perspectiva antropológica.

El análisis de los datos implica dos niveles, uno que corresponde al aspecto jurídico en materia de salud y el segundo que corresponde a un aspecto antropológico o social. Aquí consideraremos los testimonios de las mujeres sobre los aspectos siguientes: remedios para curar heridas en pezones, comida para producir leche y la percepción de ellas frente a otros dando pecho.

Estos rubros traen consigo ideologías, costumbres, creencias, sentires que cada mujer vive y experimenta conforme a núcleo familiar que la rodea y que se bien puede verse permeado por la cosmovisión de la mujer, es muy cierto que dadas las implicaciones de la maternidad y lo complejo del mismo, muchas no tienen reparo en considerar todo lo que se les dice, sin repensar o revalorar lo que creen o quieren desde su postura como madres lactantes.

4.2.1 Remedios para curar grietas en pezones.

Las entrevistadas refirieron:

Tuve a mi primer bebé a los 25 años. Se me dificultó dar pecho, no lo quería, no lo podía agarrar, se me partieron (los pezones), me ardía, sufrí mucho. Me decían que me pusiera pomada, usé la Bepanthen y con eso se me fue curando, fueron como 3 días, no fue mucho, también me sangró uno (se refiere al seno)... Dije tengo que aguantar; yo por lo que leía, vi que era sólo el principio y después se me iba a pasar. Leí en internet, yo quise darle pecho, porque me decían que con la botella da cólicos y cosas así y que es mejor 100 por ciento la leche materna [ALV, enero 2019].

Al principio fue difícil, se me hincharon los pechos y la niña no lo quería agarrar. No le di fórmula. Me recetó una pomada el doctor. El dolor me duró medio año. No me dio mastitis, era la hinchazón del pezón, mi bebé seguía comiendo igual [LHF, Enero 2019].

Me fue muy difícil porque como no sabía se me agrietaron los pechos, me dolía, me sangraba, me costó muchísimo trabajo, me duró el dolor como dos meses, fue muchísimo tiempo. . A medida que mi bebé seguía comiendo, me aguantaba yo, hasta que agarré una técnica mejor, una mejor manera, yo sola. Tenía amigas y me decía que me pusiera mantequilla, de la misma leche del bebé, pomadas y así, un montón de cosas, intenté con muchas cosas. Creo que ninguna me funcionó. [LFPB, Enero 2019].

Al principio fue difícil porque no tenía el pezón, ve que tiene que levantarse pero no, me sangró y todo. Me alivié en San Alejandro y no recibí información. En casa me ayudó mi mamá. El dolor me duró una semana, después ya no me puse pomada pero no recuerdo el nombre. [ALR, enero 2019].

Sólo me lastimó un poco, pero era porque estaba grande, pesó 3,640 kg. La molestia me duró como 2 o 3 días. Nada más era la molestia en el pecho, no me puse nada. Nos habían dicho que con su saliva o con que siguiera comiendo con eso y así solito se me quitó. [LFH, enero 2019].

... tuve grietas al principio y me puse pomadas, la de la campana y con eso se me quitaron, me duró el dolor como una semana y luego ya no. [NJFN, febrero 2019].

Las entrevistadas señalaron que al principio de la lactancia el proceso les resultó difícil por la falta de información para saber la técnica correcta de agarre y succión. Refieren que usaron pomadas, cremas o remedios caseros para disminuir o eliminar el dolor, pero que generalmente con el mismo hecho de amamantar los problemas fueron desapareciendo.

Señalo que, las mujeres hubiesen agradecido recibir pláticas sobre la lactancia y las técnicas de agarre, pues así se evitan problemas con la misma, sin embargo las madres buscan medicinas o remedios que alivien su dolor y les permitan continuar con la lactancia.

4.2.2 Comida para tener más leche.

Las entrevistadas señalaron:

Al principio creí que no la llenaba y sí pensé en darle la fórmula, pero me dijeron que comiera bien, que tomara mucha agua y tes y con eso le daba de comer y se quedaba dormida y ya no pedía a cada rato. Pensé que tenía hambre porque lloraba a cada ratito que quería comer y luego veía el pañal y lo tenía limpio y lloraba, pensaba: pues sí ha de ser que no la lleno, pero fue poco tiempo como un mes [ALV, enero 2019].

Para tener leche, pues beber mucha agua me decían, no me hicieron atoles. [LHF, enero 2019].

Prácticamente mi mamá siempre nos ha dijo que diera pecho, porque la fórmula lo llena pero es como pura masa, pero no es nutricional y me dijeron que la LM lo que él quiera. Me daban de todo de comer excepto carne de puerco, -ahí sí ya no-, me daban jugos naturales o me compraban agua o de sabor, casi refrescos y café no. [AGG, enero 2019].

Al bebé le quiero dar un año. Me daban atoles y caldo de pollo. Atole de maza o atole de maicena con leche para hacer más leche y tomar agua. [AGT, enero 2019].

Sí, me dijeron que no tenía leche y el pulque según sirve mucho, pero no me lo tomé, porque al otro día si tenía, no me dijeron nada de atoles, sólo del pulque, pero como tuve ya no. Comía de todo. [CDPA, enero 2019].

Tomaba atoles, atole de masa y de ajonjolí. Los tomé los cuarenta días y ya luego era como un hábito, más que nada para la leche. [SESS, enero 2019].

No comía nada especial para hacer más leche. Me dijeron que carne de cerdos, picantes, bebidas gaseosas, todo lo que le pueda provocar cólicos, también lácteos, esos no los como. [LFH, enero 2019].

Me fue difícil porque no me salía leche, no tenía leche. Porque mi bebé succionaba pero no salía nada. Mi suegra no sé qué tecitos me dio y con eso. También atoles de arroz y de avena. [CRO, febrero, 2019].

Se observó que las mujeres acuden a los conocimientos de sus familiares para solventar el problema de no tener leche. A muchas los atoles y teces les resultaron favorables y a otras tantas, bebidas como el pulque consideran que les fueron de ayuda.

Así mismo, limitaron su consumo principalmente de carnes de cerdo e irritantes y aumentaron su consumo de agua para mejorar la producción de leche.

4.2.3 Percepción de sí mismas al dar pecho en público.

Las entrevistadas dijeron:

Si sentía incomodidad, cuando la quería tapar ella no se dejaba, manoteaba y con la pena o sin pena le daba, y por más que con una mantita delgadita la tapaba no me dejaba, trataba de darle de comer antes de salir, pero bueno pues ella pedía, y pues ya le daba yo, como le digo con pena y sin pena le daba yo [ALV, Enero 2019].

No, nunca recibí comentarios, yo me sentía incómoda, pero nunca me dijeron nada, así una señora que me dijera o algo no para nada. Me decían es normal, me decía mi mamá de que te apenas es algo normal y sí lo vi de esa manera y dije no estoy haciendo nada malo, lo estoy alimentando. Que no me diera pena, que le diera de comer, que le diera mi leche para que no se me enfermera y cosas así. Comer bien para que no me pusiera más delgada de lo que estaba. Más me decían que tomara agua tibia porque la fría luego da cólicos, que tomara agua [EVP, febrero 2019].

Si porque quería comer a cada rato, de que todos me veían, me sentía incómoda, nunca me dijeron nada. Me tapaba, pero ella no se dejaba. Pues no les hacía caso porque decían que era algo normal. [LHF, enero 2019].

No me gustaba, porque cuando le daba toda me mojaba. Me sentía incómoda. Siempre andaba trayendo una chamarra para taparme. [AGT, enero 2019].

No me causaba incomodidad en la calle. Casi siempre me tapaba, pero ya cuando estaba en el cuarto mes ya no me importaba tanto. [LFPB, enero 2019].

Antes de continuar, hago hincapié en ésta entrevista porque en un principio la mujer refiere que no le causaba incomodidad, pero después dice que en el cuarto mes ya no le importaba tanto, es decir que la vieran amamantar en público. Parece que se contradice, pero realmente la mujer de forma inconsciente asume que le era molesto dar pecho en público porque la veían, pero con el pasar de los meses se fue acostumbrando y dejó de importarle.

Esta situación es de la que más aqueja a las mujeres que han decidido amamantar, pues la aceptación y el rechazo públicos son un factor importante para que muchas decidan lactar. Aunque consideran la lactancia como un acto natural, no es natural ser vistas de los pechos, situación que les causa pena o vergüenza y por ello deciden tapar a sus hijos cuando amamantan.

Al ir a la calle me resultaba fácil, me tapaba con una sabanita, mis bebés se dejaban, cuando no tenían sábana con la blusa o sin taparme, no me causaba molestia. [ALR, enero 2019].

Cuando salía a la calle me cubría con una cobija para amamantar, pues lo normal. [CRO, febrero, 2019]

Las mujeres señalaron que aunque dar pecho es normal, sólo si estaban cubiertas se sentían cómodas y esto nos implica que de manera inconsciente consideran que enseñar el seno materno en público es inadecuado o puede volverse incómoda, mientras que si lo cubren se normaliza y es una práctica natural.

Cuando se realizaron entrevistas abiertas o charlas que no fueron grabadas, las mujeres si reconocieron su incomodidad al dar pecho pues no sólo sienten

rechazo de las mujeres sino miradas lascivas por hombres, situación que por supuesto les molesta y prefieren tapar el seno para que den pecho sin problemas.

Aún con estas situaciones, las mujeres se sienten bien al dar pecho, consideran que dar de comer a su bebé y saber que con ello estarán sanos y los previenen de muchas enfermedades les da satisfacciones que no encuentran en otra acción o actividad. Rescato algunas respuestas:

Al darle pecho, siento algo bonito, hay una conexión entre ella y yo, no sé cómo describirlo, no puedo describirlo. [CRO, febrero, 2019]

Es lo mejor que le puedes dar, la leche es mejor que la fórmula. [ALV, Enero 2019].

Se siente bonito que coman de ti y que puedas alimentarlos. [CDPA, enero 2019].

CONCLUSIONES

La presente investigación ha arrojado datos muy importantes que servirán para promover la lactancia materna. Es menester señalar que debe ser imprescindible la intervención de los científicos sociales (antropólogos, sociólogos), en los diagnósticos del hospital pues sólo con la mirada holística puede comprenderse el fenómeno de la maternidad y por supuesto de la lactancia materna.

La presencia de científicos sociales en los hospitales es básico para contextualizar la situación de las mujeres-madres y para comprender cuáles son las situaciones a las que se enfrentan y cómo el sector salud debe y puede acompañarlas durante el proceso de embarazo, parto, puerperio y por supuesto lactancia.

De igual forma, es necesario reforzar las políticas de prevención de embarazos adolescentes, pues se observó que entre más jóvenes son las madres, menor es el índice de lactancia, por múltiples factores como el rechazo, la vergüenza, así como dejar estudios y metas personales o profesionales, principalmente.

De este modo, la primera conclusión es incorporar a los científicos sociales en el sector salud para entender las problemáticas sociales y la segunda es la importancia de capacitar en amplio sentido (a todo el personal) a quienes laboran en centros de salud y también a quienes trabajan en el HGZN, no sólo para quienes están siendo responsables del proyecto sobre lactancia, sino a enfermeras, residentes, pediatras, médicos de guardia, trabajadoras sociales, entre otros para que brinden información y servicio de calidad a todas las mujeres que acuden al hospital.

Así mismo, involucrar desde el inicio de gestación de la mujer a sus familiares, para que ellos también conozcan y comprendan todos los beneficios de la lactancia materna. Como tercera conclusión señalo que la inclusión de la familia nuclear y extensa es fundamental para el apoyo a la mujer durante el proceso de lactancia. La sociedad debe saber sobre los beneficios de la misma

y ser sensible a estos temas para que con base en esto todos sean partícipes y coadyuven a las madres para una lactancia materna exitosa.

Y finalmente, si bien el Hospital ha trabajado fuertemente para llevar a cabo los 10 pasos de la lactancia materna exitosa, aún falta compromiso por parte del personal de salud y administrativo para promoverla, faltan estrategias de difusión y divulgación así como colaboración con los centros de salud.

Invertir en la educación sexual y reproductiva sería un método preventivo eficaz que no sólo evitaría embarazos adolescentes, sino que llevaría prácticas responsables sobre la maternidad y evidentemente la lactancia.

Con base en lo anterior, considero que la propuesta de creación para el taller en fomento para la lactancia materna, debe ser desde la antropología, con la finalidad de informar e instruir a todas las mujeres (jóvenes y adultas) con mirada inclusiva para que, se empoderen y estén en condiciones de elegir y vivir de forma libre y responsable la decisión que hayan elegido.

BIBLIOGRAFÍA

- Bascuñán Gamboa, Karla A. y Araya Quezada, M. (2014). Potenciales intervenciones alimentarias en el manejo y prevención de la alergia en lactantes. *Nutrición Hospitalaria*. Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE). <https://doi.org/10.3305/nh.2014.29.5.7239>
- Bledel, C., & Autor, C. (2011). *Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública* Cecilia Canevari Bledel.
- Boix, S. L. (2016). Conceptualización del cuerpo , la persona y la maternidad en el parto natural 1 : el caso del centro de salud Marenostrum de Barcelona
Conceptualization of the body , the person and motherhood in natural birth : The case of Marenostrum Family Health Center , Barcelona, 21(1), 18–32.
- Bonvecchio Arenas, Anabelle; Fernández-Gaxional, Ana Cecilia; Plazas Belausteguigoitia, Maite; Kaufer-Horwitz, Martha; Pérez Lizaur, Ana Bertha y Rivera Dommarco, J. Á. (2015). *Guías alimentarias y de actividad física. En contexto de sobrepeso y obesidad en población mexicana*. (Conacyt, Ed.). México.
- Brahm, P., & Valdés, V. (2017). Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar. *Revista Chilena de Pediatría*, 88(1), 15–21. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062017000100001>
- Butler, J. (2006). *Vida precaria : el poder del duelo y la violencia / Judith Butter ; traducción Fermín Rodríguez*. Retrieved from http://encore.fama.us.es/iii/encore/record/C__Rb2113063__S2001-2009 guerra contra el terrorismo__Orightresult?lang=spe&suite=cobalt
- Calafell Sala, N. (2015). La violencia obstétrica y sus modelos de mundo. *Journal of Applied Microbiology*, 119(3), 859–867.
- Calafell Sala, N. (2016). La escritura incomprensible del cuerpo en fotografías de parto respetado., 5(1), 90–111.
- Calafell Sala, N. (2017). Mujeres-Madres : Nuevos lactantes: Nuevos cuerpos,

nuevos discursos. *CIECS, CONIET Y UNIC*, 46, 143–175.

Candel, T. U. (2016). Cuerpo y Maternidad . Una mirada arteterapéutica, 185–191.

Contreras, J. (2002). *Alimentación y cultura. Necesidades, gustos y costumbres*. (U. de B. Alfaomega, Ed.). México.

Cordero, M. J. A., Jiménez, E. G., Ferre, J. Á., López, C. A. P., & Villar, N. M. (2010). Lactancia materna : un método eficaz en la prevención del cáncer de mama, 25(6), 954–958. <https://doi.org/10.3305/nh.2010.25.6.4994>

De Garine, I. (2016). *Antropología de la alimentación* (UDG). Guadalajara, México.

Dettwyler, K. A. (2004). When to Wean : Biological Versus Cultural Perspectives, 47(3), 712–723.

Dixon, G. (2017). Lactancia prolongada y desarrollo del lenguaje: una revisión de la literatura 1, 4321.

Durán, R.; Villegas, D.; Sobrado, D.; Almanza, M. (1999). Factores psicosociales que influyen en el abandono de la lactancia materna. *Rev. Cubana de Enfermería.*, 71(2), 72–79. <https://doi.org/15613119>

Errázuriz, G., Lucero, Y., Ceresa, S., Gonzalez, M., Rossel, M., & Vives, A. (2016). Características clínicas y manejo de lactantes menores de 1 año con sospecha de alergia a proteína de leche de vaca. *Revista Chilena de Pediatría*, 87(6), 449–454. <https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2016.06.007>

Fairclough, N. (2008). El análisis crítico del discurso y la mercantilización del discurso público: las universidades, 2 (1)(2), 170–186.

Foucault, M. (1989). *El sujeto y el poder* (Alfa Omega).

Foucault, M. (2007). *Historia de la Sexualidad 1. La voluntad de saber* (Siglo XXI). México.

- Fournier, Dominique y Ávila Ricardo, C. (2016). *Modos de beber Estudios Hombre*. (UDG). Guadalajara, México.
- Freud, S. (1991). *Tótem y tabú y otras obras (1913-1914)*. *Sigmund Freud Obras Completas Tomo XIII*. https://doi.org/Biblioteca_personal
- Geertz, C. (2003). *La interpretación de las culturas*. (Gedisa, Ed.), *Development*. Barcelona.
- González-Cossío, T., Moreno-Macías, H., Rivera, J. A., Villalpando, S., Shamah-Levy, T., Monterrubio, E. A., & Hernández-Garduño, A. (2003). Breast-feeding practices in Mexico: Results from the Second National Nutrition Survey 1999. *Salud Publica de Mexico*, 45(SUPPL. 4), S477–S489. Retrieved from <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-0347253652&partnerID=40&md5=edf19a62eee4cb33482b8c97a830a447>
- González de Cosío Martínez, Teresita y Hernández Cordero, S. (2016). *Lactancia materna en México*. (CONACTY, Ed.), *Lactancia materna en México*. MÉXICO.
- González Sanz, F. J. (1992). Factores psicológicos y sociales en la Lactancia Materna ., 1–460.
- González, T. (2017). LACTANCIA MATERNA EN MÉXICO. *SP En México*, 59(3), 346–347. <https://doi.org/10.21149/8800>
- Guijarro, E. M. (2015). Una etnografía lactivista: La dignidad lactante a través de deseos y políticas. *AIBR Revista de Antropología Iberoamericana*, 10(2), 231–257. <https://doi.org/10.11156/aibr.100205>
- INEGI. (2015). *Principales resultados encuesta intercensal 2015*. México.
- INEGI. (2017). *Estadísticas a propósito del día de la madre (10 de mayo)*. México.
- Lévi-Strauss, C. (1977). *Antropología Estructural*. (E. U. de B. Aires, Ed.). Argentina.

Loayza, A. (2008). Lactancia materna y cáncer de mama: un estudio caso-control en pacientes del Hospital Nacional, 69(1).

López Austin, A. N. V.-2. (2004). *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*. (UNAM-IIA, Ed.), *Serie antropológica* (Vol. Las concep). México.

Marvin, H. (1989). *Bueno para comer. Enigmas de alimentación y cultura* (Alianza). España.

Massó Guijarro. (2013a). Lactancia materna y revolución, o la teta como insumisión biocultural: calostro, cuerpo y cuidado. *Dilemata*, ISSN-e 1989-7022, Nº. 11, 2013 (*Ejemplar Dedicado a: Riesgos, Cautelas y El Principio de Precaución*), Págs. 169-206, (11), 169–206. <https://doi.org/10.1007/s001220050538>

Massó Guijarro, E. (2013b). Deseo Lactante: Sexualidad y política en el lactivismo contemporáneo. *Revista de Antropología Experimental*, (13), 515–529. Retrieved from <http://revista.ujaen.es/rae>

Montanari, M. (2004). *La comida como cultura* (Trea.). España.

Navarro-ibarra, M. J., Caire-juvera, G., Ortega-vélez, M. I., Verónica, A., & María, B. (2015). Influencia de los factores reproductivos, la lactancia materna y la obesidad sobre el riesgo de cáncer de mama en mujeres mexicanas, 32(1), 291–298. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.32.1.9049>

Nawrath, H. I. M. (2010). FORUM: QUALITATIVE SOCIAL RESEARCH El método etnográfico: origen y fundamentos de una aproximación multitécnica, (2).

Ponce-Sánchez, Julieta y Del Tronco Paganelli, J. (2016). Breve análisis de la lactancia materna en México, 1–7.

Restrepo, E. (2018). *Etnografía. Alcances, técnicas y éticas*. (U. N. M. de S. M. Fondo Editorial, Ed.), *Journal of Experimental Psychology: General*. Perú.

- Rioja, G. de la. (2010). Guía de lactancia materna para para profesionales de la salud. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2011.01.036>
- Rodríguez García, R. (2015). Aproximación antropológica a la lactancia materna. *Revista de Antropología Experimental*, 407–429. Retrieved from <http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rae>
- Rodríguez García, R. (2017). Nodrizas y amas de cría. Más allá de la lactancia mercenaria. *Revista Internacional de Ética Aplicada*, 25, 37–54.
- Salud, S. de. (2018). Programa de Acción Específico, Salud Materna y, 99.
- Stuart-Macadam, P. and D. K. A. (1995). *Breastfeeding, biocultural perspectives* (Adline De). New York.
- Tomás Vilaltella, J. (2008). Bowlby: vínculo, apego y pérdida. *Carencia Afectiva*, 1–8.
- UNICEF. (2012). Lactancia Materna, (1), 105.
- UNICEF. (2014). Guía Práctica. Lactancia materna en el lugar de trabajo. Para empresas e instituciones medianas y grandes., 42.
- UNICEF. (2015). La leche materna salva vidas. *Fondo de Las Naciones Unidas Para La Infancia*, 8. Retrieved from http://www.unicef.org/mexico/spanish/UNICEF_SuplementoAbril2015.pdf
- UNICEF. (2017). Informe Anual México 2017, UNICEF, 1–61.
- Velázquez Luna, B. (2012). Los programas sociales en México como sustento de la economía social y solidaria. *Instituto Belisario Domínguez, Senado de La República*, 156.
- Vigarello, G. (1991). *Lo limpio y lo sucio. La higiene del cuerpo desde la Edad Media* (Alianza). Madrid.
- Zicavo, E. (2009). Cuerpo y maternidad . Cuerpos embarazados , ¿ cuerpos embarazados ?. *Cuerpo y maternidad*, 0–8.

SITIOS WEB

<https://beatrizgimeno.es/>

<http://www.beta.inegi.org.mx/temas/natalidad/>

<http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/pue/poblacion/dinamica.aspx?tema=me&e=21>

<https://espanol.babycenter.com/thread/267127/diez-claves-de-la-lactancia-materna>

<https://irenegarciaperulero.com/sobre-mi/>

<http://otrasvoceseneducacion.org/archivos/73745>.

<https://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>

https://www.who.int/topics/maternal_health/es/

GLOSARIO DE TÉRMINOS

SIGNIFICADO	SIGLAS
Alojamiento Conjunto	AC
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, en Inglés United Nations Children's Fund,	UNICEF
Hospital General de la Zona Norte “Bicentenario de la Independencia”	HGZN
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”	INCMNSZ
Instituto Nacional de Pediatría	INP
Lactancia Artificial	LA
Lactancia Combinada (Mixta)	LC
Lactancia Materna	LM
Lactancia Materna Exclusiva	LME
Lactancia Prolongada	LP
Organización de las Naciones Unidas	ONU
Organización Mundial de la Salud	OMS
Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	UCIN
Unidad de Cuidados Intensivos del Recién Nacido	UCIREN
World Health Organization	WHO

ANEXOS

Encuesta

Datos generales:

Nombre completo:	Edad:				
Fecha de nacimiento:					
Domicilio					
Escolaridad					
Ocupación				Soltera __	Casada__
				U. Libre__	Div. __
Nota. Si usted trabaja ¿con quién dejará a su bebé y cuántos meses tendrá?					
¿En qué consiste su trabajo?					

Datos sobre embarazo:

¿Cuántos embarazos ha tenido?			
¿Ha mostrado alguna complicación?			
Al término fue:		Parto	Cesárea
Acudió al IMSS u otra institución pública o el sector fue privado			
¿Recibió información por parte del Sector de Salud Público información sobre la lactancia materna? ¿Fueron de ayuda?			

Datos sobre alimentación de bebé:

¿Amamantó al bebé después del nacimiento?	
Señale las razones por las que amamantó o dio fórmula a su bebé.	
Si usted amamanta, mencione si le ha sido fácil o difícil y porqué.	
¿Cuánto tiempo es recomendable amamantar al bebé?	
¿Sabe sobre los beneficios para usted y el bebé que tiene la lactancia?	

Guión de entrevista

1. Nombre completo, escolaridad, edad y ocupación.
2. Estado civil y situación laboral y profesional.
3. Información sobre embarazos que ha tenido, dificultades, servicios que ha recibido por parte del sector salud (pláticas).
4. Tiempo que ha lactado, posturas ante la misma.
5. Situación en torno a amamantar en público.
6. Percepción de sí mismas (cuerpo) después del parto y durante la lactancia.
7. Opinión sobre la lactancia, ventajas y desventajas.
8. Situación social que enfrentan al amamantar en espacios públicos.
9. Notas acerca de mitos sobre la lactancia en torno a posturas, alimentos, actitudes, acciones u omisiones.