



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ANTROPOLÓGICAS

“DE LECHE Y DE PECHOS:
UNA APROXIMACIÓN CUALITATIVA A LOS FACTORES
SOCIOCULTURALES QUE AFECTAN LA DECISIÓN Y
PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA ENTRE
MUJERES DE CLASE MEDIA ALTA EN MÉXICO”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
DOCTORA EN ANTROPOLOGÍA

PRESENTA

SANDRA TREVIÑO SILLER

COMITÉ TUTORAL:

DR. LUIS ALBERTO VARGAS

DR. MARIO BRONFMAN

DRA. MAGALI DALTAUIT



OCTUBRE 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*A Javier, mi leal compañero, por la tan paciente espera,
por el apoyo, por los ratos compartidos con Diego a mi pecho
y los años escuchando sobre mi eterno interés
en la lactancia y en la crianza infantil.*

*A Diego, mi principal huella en la vida y mi personal
experiencia de lactancia, una de las más gratificantes de mi vida...*

*A Luzdel, por su cercana presencia y
los muy agradables momentos del final...*

A Miguel, por su gran ejemplo y lucha...

*A Guelina, por su muy particular
crianza materna...*

*Hay quien dice que cuando un niño está pegado
al pecho de la madre y sus ojos se encuentran
con los de ella por primera vez,
no sólo se reconoce como humano,
sino que en ese momento "nace" el alma...*

M. Lagarde (2000)

Indice

1. Introducción	p. 3
1.1 Antecedentes	
1.2 Justificación	
1.3 Planteamiento del problema de investigación	
1.4 Diseño del estudio y metodología	
2. Enfoques teóricos	p. 18
2.1 La relación entre la antropología y la epidemiología	
2.2 El enfoque economicista	
2.3 El enfoque evolucionista	
2.4 La lactancia como una más de las prácticas de la crianza	
3. Revisión histórica de la lactancia materna	p. 44
3.1 La lactancia en la prehistoria y en la historia antigua	
3.2 La lactancia en la Edad Media y el Renacimiento	
3.3 La lactancia después de la Revolución Industrial	
3.4 La lactancia en el siglo XX	
3.5 La lactancia en México a lo largo de la historia	
4. Experiencias de las mujeres entrevistadas	p. 63
4.1 Las experiencias de lactancia corta: "se intento, no se pudo, se disculpa..."	
4.1.1 La historia de Ana	
4.1.2 La historia de Fernanda	
4.1.3 La historia de Nuria	
4.2 Las experiencias de lactancia media: "lo socialmente esperado..."	
4.2.1 La historia de Ximena	
4.2.2 La historia de Mariana	
4.2.3 La historia de Fabiola	
4.2.4 La historia de Andrea	
4.2.5 La historia de Constanza	
4.2.6 La historia de Maura	

4.3 Las experiencias de lactancia prolongada “lo que cuestiona, lo que atenta...”

4.3.1 La historia de Georgina

4.3.2 La historia de Daniela

4.3.3 La historia de Natalia

5. Resultados

p. 130

5.1 Características sociodemográficas

5.2 Características biomédicas

5.3 Experiencia durante el embarazo

5.4 Experiencia durante el parto

5.5 Experiencia durante la lactancia

5.6 Factores socioculturales que afectan la lactancia materna

5.7 Creencias y actitudes con relación a la lactancia materna

5.7.1 Sobre la evaluación de las afirmaciones

5.7.2 Sobre las respuestas a preguntas específicas

6. Conclusiones

p. 159

6.1 Sobre la lactancia materna

6.2 Sobre el embarazo y el parto

6.3 Sobre la maternidad

6.4 Propuestas para otras investigaciones

6.5 Recomendaciones

6.6. Para concluir...

7. Anexos

Tablas de resultados

Cuadros comparativos

Guía de entrevista

Cuestionario

Bibliografía

**DE LECHE Y DE PECHOS: UNA APROXIMACIÓN CUALITATIVA A LOS
FACTORES SOCIOCULTURALES QUE AFECTAN LA DECISIÓN
Y PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA ENTRE
MUJERES DE CLASE MEDIA ALTA EN MÉXICO**

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

"Maternity is such a taken granted aspect of life that it rarely rates much public attention. The irony is that having babies is central to the very continuation of society." Kerren Reiger

[La maternidad es un aspecto de la vida que se da tanto por hecho, que raramente atrae la atención pública. La ironía es que tener bebés es central para la propia continuación de la sociedad.]

"The fact that breastfeeding is generally unsupported by our culture is an indicator of how devalued women and children are in our society". Dawn Friedman

[El hecho de que el amamantamiento no sea apoyado generalmente por nuestra cultura, es un indicador de que tan devaluadas son las mujeres y los niños en nuestra sociedad.]

Esta es una investigación sobre mujeres y sobre sus decisiones en uno de los aspectos más relevantes de la maternidad y la crianza infantil: la lactancia materna. Es un estudio en el cual se trabajó durante aproximadamente un año con un grupo de doce mujeres con pareja, de clase socioeconómica media alta, todas con hijos. Durante este tiempo se profundizó sobre diversos aspectos que están estrechamente relacionados con la lactancia materna, porque hablar de lactancia implica hablar sobre muchas otras cuestiones que son social, cultural, emocional y biológicamente importantes para las mujeres.

Hablar de y practicar la lactancia "mueve muchas emociones" y genera muchas reacciones: implica pensar y remontarse hacia la propia crianza e infancia, pensar sobre

la relación con la propia madre, reflexionar sobre el embarazo y el parto, pensar en la sexualidad, considerar el modelo de crianza seleccionado, hacer consciente lo que es la maternidad y el papel de madre, y pensar en la relación que se tiene desde con el cónyuge, hasta con la suegra, con el pediatra...

En un país donde las tasas de lactancia urbana siguen siendo de las más bajas en comparación con otros países latinoamericanos, y en donde el modelo dominante de crianza infantil tiende a acelerar el crecimiento de los niños, haciéndolos independientes cuánto antes y ofreciéndoles alternativas educacionales desde muy temprana edad, la lactancia parecería estar cada vez más "fuera de moda" y salvo el amamantamiento temprano durante los primeros meses de edad, lo demás parecería ser un "exceso".

Al interior de un grupo social de mujeres con condiciones socioeconómicas y culturales similares, ¿qué es lo que determina que se tomen decisiones de crianza infantil tan diferentes? ¿Qué es lo que explica que mientras algunas de estas mujeres deciden amamantar a sus hijos unas semanas o unos meses, otras lo hagan hasta los dos o tres años?

Este estudio se originó inicialmente con el "simple" interés de comprender cómo y en qué momento se tomaban las decisiones de lactancia materna y si esto se relacionaba con la práctica y el éxito de la misma posteriormente. Sin embargo, conforme fue desarrollándose la investigación, y tal como suele suceder con los estudios antropológicos y los cualitativos, se fueron detectando muchas otras cuestiones que eran importantes para comprender el proceso de la toma de decisión y de la práctica de la lactancia y como tales se fueron incorporando al diseño del estudio.

Así, el estudio final quedó conformado por una serie de doce mujeres, todas con pareja, dos primíparas y diez multíparas, cinco con trabajo remunerado fuera del hogar y siete dedicadas al hogar y a la crianza. Todas las mujeres fueron invitadas a participar en el estudio cuando tenían hijos menores de dos años de edad o cuando estaban embarazadas. A tres de ellas se les siguió durante todo el embarazo. Con todas ellas se siguió la misma técnica de investigación bajo consentimiento previo: observación en diferentes situaciones sociales, realización de entrevistas semiestructuradas, llenado de cuestionario y dos sesiones de grupo focal.

Este es el resultado de un año de pláticas, de complicidad, de sentimientos, de risas, de miedos compartidos, de reflexiones y de muchos descubrimientos. Este es el intento de aproximarse mediante la confianza y el análisis a la lógica interna de los comportamientos y de las actitudes. Este documento constituye el cierre de uno de los más deliciosos trabajos de campo en mi vida y de la muy gratificante experiencia de devolver, compartir, discutir y construir conocimiento con las participantes del estudio.

Muchas veces a lo largo de este proceso reflexioné sobre la supuesta objetividad de los científicos sociales, y cuando algunas de las mujeres pidieron mi ayuda y consejo, para poder lactar a sus hijos, finalmente, se los di. Yo no sé que tan “objetivo” es nuestro papel (el de los antropólogos) sólo sé que durante ese año di lo mejor de mí como persona y me comprometí, no sólo con el conocimiento, sino también con las mujeres que tanto compartieron conmigo y a quienes debo hoy que este granito de arena se logró materializar. A todas ellas, muchas gracias.

Gracias también a mi comité de tesis, sin el cual, la realización de esta investigación hubiera carecido de muchas cosas importantes, no sólo teóricas y científicas, sino de calidad humana y apoyo. Gracias mil al Dr. Luis Alberto Vargas, director de la tesis, por su desmedido interés y pasión por la lactancia materna, por sus agradables asesorías, por su sincera emoción al ir compartiendo juntos los resultados del trabajo, por su gran sentido del humor y por su interminable paciencia ante todos mis “atorones” en el proceso de la titulación. Gracias mil al Dr. Mario Bronfman, consultor de la tesis, por haber sido como “el ángel” que apareció en el momento indicado para recordarme y reorientarme en lo maravilloso del trabajo cualitativo, gracias por sus excelentes seminarios, sus muy acertados comentarios y su constante apoyo. Gracias mil a la Dra. Magali Datalbuit, consultora de la tesis, por su punto de vista de mujer, de madre y de investigadora, por sus incansables asesorías y su incondicional apoyo. Gracias al resto de los sinodales que aceptaron apoyar la revisión final de este trabajo, algunas de ellas personas muy significativas en mi desarrollo profesional y personal a lo largo de los años.

Gracias también al CONACYT por el apoyo económico recibido constantemente durante tres años para la realización de la investigación y gracias al INSP, especialmente al Centro de Investigación en Sistemas de Salud (CISS) y a la Dirección de Salud Comunitaria y Bienestar Social por el apoyo en tiempo para la realización de este proyecto.

Finalmente, gracias a mis cercanas amigas y amigos, varios colegas, quienes me apoyaron con esos certeros comentarios y me motivaron a seguir con este proyecto cuando en algún momento "flaqueaban" mis fuerzas. Las buenas palabras siempre se necesitan, siempre caen bien y nunca sobran, pero en momentos difíciles, sin duda, se aprecian mucho más.

1.1 Antecedentes

Las ventajas inmunológicas, nutricionales y emocionales de la lactancia materna han sido ampliamente estudiadas y documentadas y son generalmente conocidas por la gran mayoría de las mujeres en edad reproductiva.¹ No obstante México es uno de los países con las más bajas tasas de lactancia materna en comparación con otros países latinoamericanos, y según las recomendaciones de la OMS, especialmente en los casos de la población urbana y de altos y medios recursos económicos (Pérez Escamilla, 1994, p.3)

La Encuesta Nacional de Nutrición (1988) indica que el 14% de los infantes en México nunca fueron amamantados, que el 25% recibió leche materna por menos de cuatro meses y que del 61% que sí recibió leche de pecho, la mitad fue complementada con otros líquidos o sólidos. Tan sólo el 11% recibió lactancia materna exclusiva, es decir ningún otro líquido o sólido durante los primeros cuatro meses de vida.

En 1991 y dentro del contexto de la iniciativa internacional de los Hospitales Amigos de la Madre y del Niño se formula en México el Programa Nacional de Lactancia Materna a nivel de todas las clínicas y hospitales públicos que fueron incorporándose paulatinamente al Programa de acuerdo a las propuestas realizadas por la iniciativa, destacando el caso del alojamiento conjunto, la promoción y educación de la lactancia para las madres durante el puerperio y la nula utilización de leches maternizadas para la alimentación del recién nacido.

¹ Por ejemplo, véase, entre otros, la excelente y actual revisión que hace Villalpando, Salvador (2001) sobre los diversos estudios que comprueban los beneficios tempranos y tardíos de la alimentación al pecho sobre la salud de los niños. Así como los diversos estudios que han confirmado la protección que ofrece la lactancia materna ante diferentes infecciones gastrointestinales y contra diversas infecciones en vías respiratorias, principales causas de muerte en niños menores de 1 año en países en vías de desarrollo; diferentes estudios sobre menor incidencia de otitis en niños amamantados, al igual que menor incidencia de abuso infantil; evidencia de la composición específica de la leche materna, misma que no ha podido ser reproducida artificialmente en laboratorios y que contiene las cantidades adecuadas de diversos nutrimentos y componentes para el desarrollo del infante; diferentes estudios que comprueban los beneficios y ventajas de la lactancia, no sólo para los niños, sino también para la madre (menores sangrados posparto, desinflamación más rápido del útero, disminución de peso materno posparto en menor tiempo, relación con menor incidencia de cáncer mamario, etcétera) y diferentes estudios psicológicos que indican la existencia de un tipo de apego específico entre el binomio madre-hijo.

Los datos de la última Encuesta Nacional de Nutrición (1999), aún no publicada, reportan que el 92.3% de los infantes en México iniciaron la lactancia materna y que la duración en promedio fue de 9 meses; sin embargo, la lactancia exclusiva fue de 25.7%, con una duración promedio de cuatro meses y con variación desde 36.1% en zonas rurales hasta 20.9% en las urbanas.

Hasta hace unas generaciones el modelo de alimentación infantil se basaba en la lactancia materna como el principal alimento de los infantes menores de un año, pero después de la Segunda Guerra Mundial y ante proliferación de la industria de los sucedáneos de la leche materna la lactancia pasó a un segundo plano.

Por supuesto, esta situación se encuentra diferenciada por clase social y por lugar de residencia. Así, las mujeres de escasos recursos y de zonas rurales continúan practicando la lactancia materna, aunque sea en forma complementada (alternando tomas de pecho con otros líquidos) por mucho más tiempo que las mujeres de zonas urbanas y de estratos socioeconómicos más acomodados, aunque estudios recientes identificaron la tendencia de un fenómeno en "U", en el cual las clases más desfavorecidas y las más favorecidas (con más información) tienden a desarrollar patrones de lactancia más prolongados que las de estratos medios. (op.cit.)

A pesar de que en el contexto internacional ha habido un gran auge en el desarrollo de estudios relacionados con el incremento de las tasas de lactancia debido a las ventajas inmunológicas y nutricionales para los infantes y para la salud de la madre, así como un gran debate en torno a las políticas públicas de lactancia (cfr. Baumslag & Michels, 1995, Blum, 1995 y Carter, 1999) en México sólo se han desarrollado estudios, generalmente, de tipo nutricional y epidemiológico, realizados entre mujeres de escasos recursos, por lo cual no se sabe cuál es la situación entre mujeres de estratos más favorecidos, con mayor acceso a información y con significativa influencia a futuro en los comportamientos y actitudes de grupos sociales menos favorecidos (cfr. Quandt, 1998, p. 227)

Uno de los principales intereses y retos para la realización de este estudio era el de poder trabajar con mujeres de clase socioeconómica más favorecida con el objeto de poder comprender cuál era su lógica de comportamiento con relación a la lactancia y a la crianza infantil. En primer lugar, por el interés de trabajar con un grupo par, en donde los

niveles de escolaridad, las fuentes de información y muchos aspectos de la crianza infantil son compartidos y altamente favorecidos. En segundo lugar, por el interés de documentar y comprender que sucede en un grupo socioeconómico sobre el cual rara vez se investiga y el cual, en muchas ocasiones, va transmitiendo a largo plazo su manera de ver el mundo a mujeres de otras clases sociales menos favorecidas (cfr. el estudio de Boltanski, 1974, sobre el desarrollo y auge de la puericultura). En tercer lugar por la necesidad y el interés de realizar un tipo de estudio más integral partiendo de las propias mujeres -como unidades de análisis- debido al papel central que ocupan dentro del grupo doméstico como principales responsables de la crianza infantil cuidadoras y proveedoras de prácticas y acciones de salud, considerando su conocimiento, necesidades, creencias, emociones y experiencias en una de las etapas más relevantes de su vida (Arrieta y Cravioto, 1985, págs. 121,125, Lerín, 1994, Menéndez, 2000 y Perdiguero y Comelles, 2000).

1.2 ¿Porqué hablar de factores socioculturales?

Ante la reciente crisis de la biomedicina es cada vez más común la realización de trabajos e investigaciones con un corte alternativo y más integral que pretenden abordar la problemática de la salud y la enfermedad como un proceso que depende no sólo de factores físicos, químicos y biológicos, sino también de la acción y de la experiencia de los hombres. Así, es cada vez más recurrente la consideración de los llamados factores socioculturales, los cuales no siempre son bien definidos e identificados, y que suelen convertirse en uno más de los términos que se “ponen de moda”, aunque no necesariamente se comprendan del todo.

La definición de la “cultura” ha sido desde el inicio de la antropología un tema de gran controversia y motivo de diversos trabajos y reflexiones ya que la cultura puede ser definida tan ampliamente como “todo aquello que es producto del hombre y no de la naturaleza” (cfr. Rosenberg citado por Arrizabalaga en Perdiguero y Comelles) hasta la realización de toda una obra de discusión teórica y filosófica como la compilación de Kahn en 1975 donde se analiza la definición original de Tylor (1871) y las propuestas por diversos autores Kroeber, Malinowski, White y Goodenough en diferentes momentos históricos. Dicha discusión aún continúa como se documenta en recientes trabajos, como por ejemplo el compilado por los ya mencionados Perdiguero y Comelles, en Barcelona

(2000), *Medicina y Cultura*. Y no es de extrañar que sea precisamente en el área de la salud en donde se retome nuevamente la discusión debido a que ha existido una tendencia de ciertas ramas del estudio de la salud, como la epidemiología que ha limitado la definición de los factores socioculturales a la cuestión del estilo de vida y al contexto ambiental y social, dejando de lado tal vez el elemento central de la cultura, esto es, la cultura entendida como un sistema de creencias de un grupo social en torno a un fenómeno. Esto implica automáticamente el aceptar la existencia de otros sistemas médicos y de otras lógicas de pensamiento y acción, que frecuentemente no corresponden a lo que los cánones biomédicos han definido previamente bajo el esquema positivista de que hay sólo una verdad y una realidad y que los científicos la conocen y la determinan *a priori*. Cuando se hace investigación de salud tomando en cuenta la cultura, en realidad, lo que se hace es abrirse forzosamente a conocer y comprender otras maneras de actuar y entonces considerar que el buen estado de salud depende de los recursos, valores y comportamientos de los individuos y de sus seres cercanos (cfr. Robles et al en Perdiguero y Comelles)

Así, si reflexionamos, en realidad, lo que hace la cultura es dictar y establecer normas que son acatadas por la mayoría de un grupo social, la cultura es, entonces, una manera de ver el mundo, es lo que se acostumbra, lo que se cree, lo que se permite y se espera y esto nos posibilita comprender a la salud y a la enfermedad como un proceso social, producto de la acción de los hombres, con una naturaleza dual: la biológica y la cultural, donde tan importante es conocer y comprender una, como la otra (cfr. Arrizabalga en Perdiguero y Comelles).

Muy relacionado con lo anterior, Vargas define la cultura como *“un conjunto de conceptos y creencias creados por cada grupo humano, que se manifiestan tanto en forma material como ideológica, por medio de su comportamiento, en correspondencia con su estructura y su funcionamiento social. Así, la cultura es el agente autorregulador del comportamiento de los integrantes del grupo enmarcado en un espacio y tiempo histórico concretos a través de la cosmovisión que explica y justifica el universo real e imaginario y se expresa mediante la manera de vivir individual y colectiva. Así planteada, no se limita a los sistemas de creencias, sino que además se hace énfasis en sus manifestaciones materiales e ideológicas, su manifestación mediante el comportamiento (no haciendo*

equivalente a cultura con conducta) y se enmarca en una cosmovisión que cambia a lo largo de la historia.”

Partiendo de la estrecha relación que ha habido históricamente entre la antropología y otras disciplinas particularmente relacionadas con el estudio de la salud y, considerando a la relación salud enfermedad como un proceso que debe ser estudiado integralmente, se entienden como factores socioculturales aquellos factores que influyen en los comportamientos asociados al cuidado de la salud y a la condición de la misma que no son de índole física, biológica o química, sino que son producto de la acción y la experiencia humanas, esto es: conocimientos, creencias, percepciones, significados, miedos, emociones y necesidades con respecto a un fenómeno específico, en este caso, la lactancia materna y la crianza infantil. Resulta importante conocer, identificar y comprender estos factores para entender porqué las personas tienen determinados comportamientos con respecto a su salud. En el caso de este trabajo, resulta prioritario, no sólo saber cómo se comporta la práctica de la lactancia materna, sino cuáles son las razones por las que las mujeres deciden o no amamantar, qué es lo que saben sobre la lactancia, qué piensan sobre ella, cuáles son sus principales temores y cuáles sus principales necesidades.

Sin embargo, compartiendo la propuesta de Menéndez de que es cierto que no se asimila todo lo que marca la cultura y que existen variaciones, esto es parte de lo pretende analizar este trabajo de investigación para el caso concreto de la lactancia materna y de la crianza infantil. Esto es, un estudio enfocado a la relación entre sujeto y cultura en un aspecto específico, partiendo de la premisa de que todo grupo y subgrupo produce necesariamente interpretaciones y prácticas para relacionarse con los prácticas de salud y con los padecimientos y sanadores producidos en su propia sociedad.

Así, para objeto de esta investigación se considerarán el conocimiento que la mujer tiene sobre el amamantamiento, su propia experiencia familiar (fue amamantada o no, tipo de modalidad y duración), su tradición de lactancia materna (qué se acostumbraba hacer en su familia de origen con respecto a la alimentación infantil y qué consejos se daban), la percepción que tiene sobre la lactancia, sus principales temores y necesidades y los significados que asocia a las prácticas de alimentación y de crianza infantil que ella ha determinado seguir dentro de los límites de su propio grupo social.

1.3 Justificación

Inicialmente este estudio fue planteado con un diseño de tipo epidemiológico que pretendía analizar la relación entre el momento de toma de decisión sobre el tipo de alimentación infantil y el éxito de la lactancia materna. El diseño original pretendía trabajar con una amplia muestra de mujeres que serían captadas en hospitales y que serían seguidas durante algunos meses para observar y determinar que sucedía con la lactancia materna en caso de haber sido el patrón seleccionado. Sin embargo, conforme se fue afinando el diseño y se seguía leyendo bibliografía, y ante la falta real del financiamiento que hubiera sido necesario para desarrollar un estudio de este tipo, se decidió modificar el diseño y realizar en verdad un proyecto antropológico con gran capacidad de profundización entre un grupo mucho menor de mujeres, pero el cual permitiera identificar con claridad cuáles son las determinantes socioculturales que influyen en la toma de decisión y en la práctica del tipo de alimentación infantil que se proporcionará a los neonatos durante los primeros meses de vida.

Lo anterior es de suma importancia, pues estudios recientes han confirmado que la decisión sobre el tipo de alimentación infantil se toma mucho antes del parto y en ocasiones hasta antes del embarazo (Losch, 1995, p. 508), razón por la cual los programas de promoción posparto poco efecto pueden tener en el inicio de la lactancia, sino más bien en la duración y modalidad. Y hasta ahora los principales esfuerzos realizados en México han sido encaminados hacia la promoción posparto bajo la iniciativa de los *Hospitales Amigos del Niño y de la Madre* bajo el auspicio y la dirección del *Programa Nacional de Lactancia Materna* decretado a fines de 1991. Dicho programa si bien ha tenido impacto en duración y modalidad poco ha impactado en inicio, además de sólo estar vigente en instituciones públicas de salud, en donde se cuenta con poca asistencia de mujeres de estratos socioeconómicos más favorecidos.

Conocer cómo se lleva a cabo la decisión de si se dará o no pecho a un recién nacido, por cuánto tiempo y bajo qué modalidad es un factor esencial si en verdad se desea realizar programas de promoción más sensibles. Identificar qué factores sociales y culturales intervienen en la toma de decisión y en la conformación de una imagen de la lactancia

pueden dar la pauta para la elaboración de programas más específicos y diferenciados por clase social y necesidades.

Hasta hoy no existe un estudio de este tipo en México, no sólo de las inquietudes, creencias y proceso, sino de toda la vivencia física y emocional que implica la lactancia, a pesar de las recomendaciones realizadas por algunos médicos y especialistas (Arrieta y Cravioto, 1985, p. 125, Menéndez, 2000 y Perdiguero y Comalles, 2000), y más particularmente, no existe estudio alguno sobre esta problemática entre mujeres de clases medias y altas. Los estudios realizados se han desarrollado entre mujeres de clases menos favorecidas, ya sean de extracción urbana, o campesina o indígena, lo cual se justifica puesto que estos sectores son aún los más numerosos en el país. No obstante, es también indispensable conocer qué sucede en otros sectores de la sociedad: cómo se toman las decisiones, qué actores sociales intervienen, que creencias se tienen, más, si partimos de la idea de que la lactancia es sólo una muestra de un patrón de crianza infantil mucho más amplio y compartido por grupos sociales específicos.

Este estudio es una contribución, un primer paso a la propuesta de desarrollar estudios integrales enfocados desde la perspectiva de la población lo cual permitirá el identificar factores, actores y causas, sin perder objetividad, aunque sabemos que los estudios son tan sólo una representación de la realidad social. Sin embargo, estudios que permitan desarrollar acciones y programas específicos son indispensables y estudios que permitan la expresión de vivencias y sentimientos primordiales de las mujeres para el desarrollo y la crianza de los niños son básicos en la línea de acción de los programas de salud reproductiva. En esta sociedad de rápidos cambios y de patrones generalizados de prisa y de reducción de etapas y tiempos (en todos aspectos) vale la pena detenerse un poco para analizar cuál es el modelo de crianza que seleccionamos, porqué lo hicimos así y qué pretendemos lograr con ello (cfr. Hays, 1998). E, institucionalmente, es necesario identificar con claridad los detalles cotidianos y reales de la crianza materna, así como las creencias y los actores sociales que influyen pues esto es, finalmente, lo que determinará el funcionamiento y el éxito de diversos programas.

1.4 Planteamiento del problema de investigación

Cuáles son los factores socioculturales y personales que intervienen en la decisión y práctica del tipo de alimentación infantil que se llevará a cabo con los infantes durante los primeros meses de vida en un grupo de mujeres con similares características socioculturales y socioeconómicas.

1.5 Hipótesis de trabajo

La decisión de lactar o no lactar a un infante y la modalidad y duración de la lactancia estarán determinados prioritariamente por los factores socioculturales más que por factores de índole biofísica.

Así, se considera que los factores socioculturales tienen mayor impacto en la práctica de la lactancia que los factores biomédicos y que la percepción que tiene la mujer sobre el amamantamiento, su conocimiento específico, sus creencias, las experiencias de su historia personal (prácticas de alimentación infantil desarrolladas entre su grupo familiar cercano y su grupo de pares) generan una actitud específica ante la lactancia e influyen en su comportamiento y práctica. Es necesario conocer estos factores para comprender como es que las mujeres “toman la decisión” de lactar o no a sus hijos, por cuánto tiempo y en qué modalidad.

1.6 Diseño del estudio y metodología

Partiendo de la firme idea de que “la investigación cualitativa es un tipo de investigación que nos ayuda a comprender la naturaleza, la fuerza y las interacciones entre las variables y que puede encontrar la causalidad de los eventos o de los comportamientos sociales buscando el porqué y no enfocándose en la frecuencia” (cfr. Black, 1994, p. 425) el estudio quedó conformado por una serie de 12 mujeres, la cual fue determinada por el “punto de saturación”, esto es, la repetición de situaciones, el ya no aportar nada nuevo a la investigación y la capacidad de pronóstico del comportamiento (Bertaux, 1993, p.142).²

² Se parte también de la propuesta realizada por Romney y colaboradores (1986) sobre que la información proporcionada por los informante puede tratarse como probabilística y que en una escala del 1 al 10, mientras más informantes contesten lo mismo a una misma pregunta lo más posible es que sea la respuesta cultural

Todas las mujeres fueron invitadas a participar en el estudio bajo los siguientes criterios de inclusión: estar embarazada o tener por lo menos un hijo menor de dos años, pertenecer a un grupo socioeconómico de clase media alta, tener una pareja estable viviendo con ella (casada o en unión libre) y aceptar la realización de cuatro o cinco entrevistas. El trabajo de campo fue desarrollado entre los años de 1997 y 1998 a través de visitas personales en casa de las mujeres que aceptaron participar en el estudio. A lo largo de la investigación se “perdió” a dos mujeres que habían aceptado participar en el estudio debido a motivos personales: un proceso de divorcio y un cambio de residencia.

Con todas las mujeres se siguió un mismo esquema de investigación bajo una guía previa de temas a investigar. La principal herramienta para la recolección de la información fue la entrevista semiestructurada debido a las múltiples ventajas de obtención sistematizada del mismo tipo de información en todos los casos y la posibilidad que esto genera para realizar una posterior comparación e identificación de recurrencias y una interpretación ordenada de los datos (cfr. Silverman, 1993; Denzin, 1989 y Guber, 1991, entre otros y recuérdese la propuesta de Romney citada anteriormente).

El esquema partió con un trabajo de entrevistas semiestructuradas (entrevistas que siguen un guión previo en las cuales se abordan las mismas temáticas en todos los casos) reconstruyendo, bajo la técnica de las historias de vida, los momentos determinantes en la vida y toma de decisiones de las mujeres. Estos momentos corresponden, en general, a ciclos de vida claramente identificables y relacionados con la cuestión de la reproducción humana incluyendo diferentes aspectos: biológicos, sociales, culturales y personales. Así, en realidad, se trabajó “tejiendo” con las propias mujeres entrevistadas las historias de diferentes momentos cruciales en la vida de la gran mayoría de las mujeres: historia de infancia y adolescencia, historia de matrimonio, historias de embarazos, historias de partos, historias de lactancias o no lactancias, historias de crianza para finalmente terminar con una reflexión individual sobre lo que es la maternidad y la elección de un modelo específico de crianza.

más informantes contesten lo mismo a una misma pregunta lo más posible es que sea la respuesta cultural correcta. Así el aspecto de la cultura que se quiere investigar es “que parte se retiene en la mente de sus miembros”, entendiendo la cultura como “eso que la gente tiene que aprender diferente a lo que es su herencia biológica...”.

Posteriormente, mediante un cuadro de resumen y un cuestionario de preguntas con opciones de escala se valoraron los saberes y creencias individuales de las mujeres acerca de la lactancia, de la alimentación con fórmula y de los diferentes patrones de crianza infantil, así como el tipo de relación con su propia madre.

Finalmente siguiendo las recomendaciones de Knodel (1997) y Morgan y Krueger (1997) sobre la utilización y desarrollo de los grupos focales, tras una primera revisión y análisis de los datos se trabajó en dos sesiones grupales con ocho de las doce mujeres, pues cuatro no pudieron asistir por diversos motivos. Durante estas sesiones se presentaron las primeras tablas de características generales y se discutieron las primeras conclusiones con las mujeres participantes en el estudio. Sobra mencionar que el aprendizaje mutuo entre investigadora y sujetos de estudio fue muy gratificante y altamente satisfactorio generándose algunas discusiones de sumo interés no previstas y afirmándose o tomando otro matiz algunas de las conclusiones finales.

Así, con todas las mujeres se inició el estudio con una reconstrucción generalizada de infancia y adolescencia identificando actores importantes para los propios sujetos y condiciones sociales y culturales de desarrollo personal: tipo de familia, lugar en la familia, número de hermanos, relación con los padres y con hermanos, ambiente familiar, desempeño escolar, inicio a la sexualidad, tipo de sentimientos y experiencias, etc. Generalmente dichos puntos se cubrían durante la primera entrevista.

En un segundo momento se hizo la reconstrucción de la historia del actual matrimonio o relación de las mujeres, detallando lo más posible en circunstancias, cualidades de la otra persona, experiencias, sentimientos y la toma final de la decisión para establecer una relación y un compromiso de pareja. Generalmente esta información se reconstruía en una segunda entrevista.

A partir de ese momento se iban reconstruyendo las historias de cada uno de los embarazos, logrados o no de cada mujer, así como los casos de adopciones detallando lo más posible, la identificación de actores, de sentimientos, de experiencias, de temores, de deseos, de decisiones. Posteriormente, y bajo la misma lógica de detalle, se reconstruyó cada uno de los partos de cada mujer identificando claramente el ambiente, los actores sociales y su papel, los miedos, los sentimientos, la experiencia.

El siguiente momento a reconstruir lo constituyó cada una de las lactancias o no lactancias de las mujeres entrevistadas detallando y diferenciando según cada caso, pues no necesariamente una historia de una primer lactancia satisfactoria garantiza la siguiente y viceversa. Nuevamente se identificó con claridad el momento de la toma de decisión, los actores sociales que intervienen en pro y en contra, los primeros sentimientos, los miedos, los problemas, las soluciones, la reacción de la pareja y la propia experiencia.

Las entrevistas concluyeron con un momento de reflexión sobre lo que significaba la maternidad para cada una de las mujeres entrevistadas, así como sobre el tipo específico de modelo de crianza que ellas habían seleccionado.

Como se mencionó anteriormente, todas las entrevistas se desarrollaron siguiendo los temas de la guía previamente desarrollada para este proyecto. En todos los casos se abordó el orden de los temas generales, pero se respetó la flexibilidad de cada una de las mujeres y sus historias. Sin embargo, es importante resaltar que en las entrevistas con todas las participantes se rescataron las categorías relacionadas con la toma de decisión y práctica de la lactancia, tanto las previamente definidas por la investigadora, como las que fueron emergiendo de las propias mujeres a lo largo de sus historias. Todas las sesiones fueron grabadas y transcritas y, posteriormente, vaciadas en cuadros resumen individuales (proceso de síntesis y codificación de la información).

Finalmente, y para poder llevar a cabo el procesamiento, análisis e interpretación de los datos, todos los casos fueron vaciados en cuadros comparativos por temática. Este concentrado de datos en los cuadros, mismos que se incluyen en el anexo, fue lo que permitió realizar una selección de información, una codificación de la misma y una identificación de las recurrencias y las diferencias, así como las tendencias en comportamientos y decisiones de las madres. Lo anterior posibilitó, entonces, la determinación clara de tres grupos de patrones de lactancia y el análisis giró sobre las características comunes que tenían cada una de las mujeres "pertenecientes a los diferentes grupos", tratando sobretodo de identificar los actores sociales y los factores que determinaron la decisión y práctica, así como el comprender la lógica de pensamiento que determinó la elección en cada una de ellas con respecto a su práctica de lactancia materna.

CAPÍTULO II

ENFOQUES TEÓRICOS

"Knowledge is power"
[El conocimiento es poder]
Dicho popular ingles

*"We are drowning in information,
but starving for knowledge"*
*[Nos ahogamos en información, pero
tenemos sed del saber]*
John Naisbett

Para plantear la problemática de la lactancia materna y tomando en cuenta que el objetivo principal de este estudio ha sido detallar cómo se toman las decisiones del tipo de alimentación que se proporcionará a los infantes durante los primeros meses de vida, es decir, estudiar y comprender el proceso y no sólo describir los resultados, se utilizaron diferentes enfoques teóricos que ayudan a contextualizar y a comprender el desarrollo y la terminación o pérdida de la lactancia, así como a profundizar en el tema de la toma de decisiones, a saber: la relación entre la antropología y la epidemiología, el enfoque economicista, el de la teoría evolutiva (incluyendo la ecología de la lactancia) y la discusión de la práctica de la lactancia como una más de las prácticas de la crianza materna con sus infantes.

2.1 La relación entre la antropología y la epidemiología y la crítica al modelo biomédico

Una de las relaciones con más historia en el desarrollo de la ciencia moderna es la que ha existido entre la antropología y la epidemiología, que a su vez, es un botón de muestra de la relación entre las ciencias sociales y las ciencias médicas/de la salud. Y aunque pareciera que son una novedad y una tendencia importante de unos cuantos años al presente, en realidad un rastreo histórico nos permite identificar la vieja relación por lo menos a partir del siglo XVIII, formalmente (cfr. Trostle, 2001). De hecho, llama la atención que, particularmente a partir de la década de los 80's en países desarrollados y de los 90's en nuestro contexto nacional y en Latinoamérica, las agencias internacionales financiadoras de protocolos de investigación incluyen un componente cualitativo, aún dentro de los estudios tradicionalmente de corte cuantitativo, como los epidemiológicos,

por ejemplo. Se convierte entonces, ahora, en una tendencia, en una moda y “repentinamente” los estudios de corte cualitativo y los científicos sociales tienen nueva cabida aún en los ambientes científicos más “duros” como los de las ciencias médicas o las económicas. Técnicas tradicionalmente utilizadas por antropólogos y sociólogos desde hace años son ahora utilizadas y altamente valorados en diversidad de estudios: entrevistas semiestructuradas, grupos focales, incluso se habla de estudios de caso o de historias de vida.

Como bien lo señalan diversos autores nacionales y extranjeros (Menéndez, 2000, Perdiguero y Comelles, 2000) históricamente se desarrollaron una serie de factores identificados como de crisis que “pusieron en jaque” a la fuerte tradición biomédica occidental y a las grandes expectativas que ésta había generado. La transición epidemiológica que tuvo lugar durante las décadas de los 70's y 80's permitió el cambio importante de la estructura poblacional a causa de la menor mortalidad infantil, la “reducción” o control de diferentes enfermedades infecciosas y la mayor esperanza de vida, así como el desarrollo y resurgimiento de diferentes enfermedades crónicas que se pensaban ya superadas para fines del siglo XX. Por otra parte, pero fuertemente relacionado con la crisis de la biomedicina moderna, los movimientos migratorios de diferentes grupos poblacionales y socioculturales con diferentes creencias, prácticas cotidianas y comportamientos asociados a la condición de salud, y la crisis de la relación médico-paciente son sólo algunos de estos elementos que han “cuestionado” el modelo biomédico occidental como la única y la mejor alternativa de vida, y que –de paso- vienen a “cuestionar” el modelo de progreso y modernidad actual en otros ámbitos: económico, educacional, político y social.

Finalmente, el problema de esta investigación se inserta en el campo de la salud pública, y específicamente en el de la salud reproductiva, tocando el ámbito de la salud sexual y emocional de la mujer que es quien practica o no el amamantamiento, a través de su propio cuerpo y experiencia. Por esto resulta determinante comprender que se hizo en las investigaciones sobre lactancia y bajo que contexto específico se desarrolla y cobra auge la promoción y las políticas internacionales y nacionales a favor la lactancia materna.

Lo primero que resalta cuando se hace una revisión sobre cuáles han sido las investigaciones sobre lactancia materna es la escasez de estudios en México que tomen

en cuenta aquellos factores que impulsan a las madres a tomar la decisión de lactar o no a sus hijos, así como sobre “el papel estructural que cumple la mujer en la atención primaria a la enfermedad” (Lerín, 1994).

Por años las investigaciones a escala internacional y nacional sobre lactancia fueron básicamente de corte epidemiológico y se pueden agrupar en tres bloques: los de tipo transversal, los retrospectivos y los de proyección o cohorte (Ibidem). Empero, a pesar de las diferencias entre ellas, es importante resaltar que en todos los casos se trata de estudios cuantitativos que tienen como principal objetivo el de medir la incidencia de tal o cual variable; en el caso de la lactancia, variables consideradas de relevancia tales como: el inicio, la modalidad, la duración y diferentes índices asociados a morbilidad y mortalidad infantil durante los primeros meses de vida. Poco se investiga sobre los factores sociales y culturales que pueden estar influyendo en las prácticas desarrolladas por las madres para la alimentación de sus hijos, y, sobretodo, con relación al proceso durante el cual se va conformando la decisión final.

Los estudios transversales se realizan en un solo momento con el propósito de identificar incidencias y patrones por lo cual deben utilizarse muestras representativas de la población con la que se trabaje. Una de las principales limitantes se refiere a que el tamaño de la muestra debe ser considerablemente grande para poder plantear generalizaciones y proyecciones. Además, como afirma Lerín (1994), estos estudios nos informan sobre lo que está sucediendo en un lugar o momento determinado, pero no hacen referencia al contexto, ni pueden explicar cuáles son los factores que intervienen en las decisiones finales que toman las madres con respecto a la alimentación de sus hijos.

Los estudios retrospectivos en lactancia materna recopilan su información básicamente con la técnica de los recordatorios y van hacia atrás en los recuerdos que las mujeres tienen de su experiencia de lactancia (ibidem). Estos estudios suelen proporcionar más datos sobre la situación nacional o regional y pueden incluir información de mayor número de informantes. La principal limitante está relacionada con la propia técnica de recolección de información debido a la posibilidad de falta de precisión a mayores lapsos de tiempo, de hecho, en algunos estudios de este tipo solamente se trabaja ahora con los recordatorios de 24 horas. Otra de las limitantes es que, al igual en los transversales,

generalmente se utiliza un instrumento con reactivos cerrados que categorizan a priori las diferentes modalidades de lactancia que no siempre responden a la categorización propia de la población con la que se trabaja, además de que se limita la profundización en aspectos más finos del proceso.

Los estudios de cohorte, longitudinales, o de proyección se realizan en diferentes momentos "siguiendo" a las mismas madres y sus hijos para poder observar qué va sucediendo con las ideas y decisiones en torno a la alimentación infantil. Lo anterior implica no sólo tiempo dedicado al estudio, sino recursos económicos y humanos, así como un gran apoyo logístico que permita "seguir" a las madres durante varios momentos.

Los estudios de corte cualitativo sobre salud desarrollados durante el Siglo XX en contextos internacionales desde los 70's a la fecha, y en México, particularmente desde los 80's, con especial énfasis durante la década de los 90's (Menéndez, 2000 y Mercado, 1999) dan un giro a la forma tradicional en la cual se venían desarrollando los estudios que seguían el modelo biomédico imperante y centran su atención —en el caso de la lactancia y de muchos otros temas de salud reproductiva- no sólo en la mujer como la que desarrolla la lactancia, sino considerándola como el sujeto central del análisis en la práctica de la alimentación infantil debido a su posición central dentro de la reproducción y crianza del grupo familiar y considerando la necesidad de profundizar en el estudio del proceso que hace posible la práctica final del amamantamiento (Ibidem). Se hace necesario, entonces, considerar los saberes, las creencias, las percepciones, los temores o dudas y las necesidades que las mujeres tienen sobre el proceso de alimentación infantil. Esta forma de aproximación al proceso de la lactancia implica también la identificación de fuentes de información y de diferentes actores sociales que van apareciendo y que mucho contribuyen en las decisiones y prácticas finales que desarrollan las madres con sus hijos.

¿Qué elementos de esta relación se utilizan en la forma de aproximación al objeto de estudio y en análisis e interpretación de los datos? Esta relación permite la aproximación al problema de la investigación desde una *perspectiva más integral enfocada en el proceso mismo de la decisión* y no sólo en la mera descripción e identificación de factores asociados a uno u otro tipo de patrón de lactancia como tradicionalmente lo hacen los estudios epidemiológicos. Favorece también *el acercamiento desde la perspectiva y*

experiencia de las propias mujeres y permite el análisis de una serie de testimonios que son permeados más por la condición de género que por la de clase social y, en este sentido permite el cuestionamiento a la macroestructura de medicalización existente actualmente con relación a varios fenómenos de salud reproductiva y específicamente de crianza infantil y de maternidad. Finalmente, permite, por supuesto, el rescate y el análisis de la parte emocional y muy cotidiana con la que se va “tejiendo” (construyendo) la imagen y la decisión de la lactancia y permite rescatar información estratégica para comprender entonces cuáles son los factores que hacen una diferencia real en el desarrollo de comportamientos específicos entre un grupo socioeconómico aparentemente homogéneo.

2.2 El enfoque “economicista”

Como se ha mencionado en la introducción de este trabajo hablar de lactancia materna “mueve” muchas emociones y genera diversas reacciones; por ejemplo, la promoción de la lactancia provoca reacciones favorables y desfavorables entre las propias mujeres, los especialistas (médicos, investigadores, etcétera) y las instituciones relacionadas.

Por una parte, quienes se manifiestan en contra argumentan –básicamente- que la lactancia materna “esclaviza” y determina a la mujer y haciéndola responsable directa de la reproducción familiar (cfr. Badinter, 1991, entre otras). Por otra, quienes se manifiestan a favor suelen otorgar alta prioridad a las múltiples ventajas (inmunológicas, nutricionales, de desarrollo, afectivas, psicológicas, etc.) que tiene la lactancia para los infantes y las propias madres (Blaffer Hrdy, 1999 y Trevathan, 1987).

Se considera que para comprender adecuadamente la problemática debemos comenzar por identificar cuáles fueron las principales razones por las cuáles se desarrolló un modelo diferente de la alimentación anterior y una vez que se tenga claro el punto de partida se analizará e interpretará lo que sucedió después.

El desarrollo de los sucedáneos de la leche materna tuvo su auge como parte del modelo económico basado en la industrialización y en el uso masivo de la fuerza de trabajo, incluyendo, particularmente, la de las mujeres, dentro de un contexto paralelo de fuerte crecimiento urbano. Como se podrá rastrear en el próximo capítulo, el desarrollo de las

llamadas “fórmulas infantiles” y de los biberones no es, solamente, una “ganancia” de las mujeres, como algunos grupos han querido interpretarlo, sino una *necesidad e imposición* de una estructura económica y social que necesitaba incorporar a las mujeres como fuerza de trabajo barata dentro de las grandes industrias cada vez más en auge. De ahí que, si bien es cierto que se tienen evidencias de que en algunas culturas había habido casos de mujeres que no deseaban o no podían lactar, este no era el modelo de alimentación imperante y sobretodo, *reconocido socialmente como el adecuado para el desarrollo de los infantes de nuestra especie* (cfr. Stuart-Macadam & Dettwyler, 1999, Blaffer Hrdy 1999 y Badinter, 1991). En todos esos casos se buscó a alguna otra mujer que cumpliera con la función nutricia y de alimentación que se consideraba era la óptima para el buen desarrollo de los neonatos porque, además, las opciones existentes eran escasas y en términos generales, poco prácticas y seguras para la supervivencia de los infantes.

Así, si se revisa la historia de la lactancia y de los sucedáneos de la leche materna, el desarrollo de otra alternativa de alimentación infantil no es sólo un “*avance científico*” en “*beneficio*” de las madres y de los niños, sino también acorde al desarrollo industrial y urbano requerido y a las nuevas formas de vida cotidiana y patrones familiares que se iban desarrollando, Tanto, que después de la Segunda Guerra Mundial, cuando se masificó la fabricación de fórmulas y de biberones, se comienza a “construir” masivamente la idea de que la alimentación artificial era la “mejor alternativa para el desarrollo infantil”. Además, la Segunda Guerra Mundial en Estados Unidos de América marcó un momento crítico, ya que se requería la mano de obra de las mujeres para producir bienes, y al mismo tiempo se les empleó como estímulo visual para los soldados que combatían, por lo cual se generó la exaltación del cuerpo de la mujer con un objeto bello y con un valor de mercado. Paralelamente, las mujeres comenzaron a incorporarse masivamente a la industria o a otras labores, comenzaron a parir en hospitales y a modificar sus patrones de crianza infantil dependiendo cada vez más de los nacientes especialistas, los pediatras.¹

Fueron muchas las consecuencias de este cambio en el modelo de alimentación infantil, tanto para las madres, como para los infantes y para la propia sociedad. Y es importante

¹ Este fenómeno se profundizará más adelante en el capítulo dedicado a la historia, sin embargo, se recomienda leer a Jelliffe, 1978, especialmente los capítulos 10 y 11.

mencionar que el fenómeno no se limitó a los Estados Unidos, sino que repercutió e otras regiones, incluyendo a México. Entre las más significativas podemos considerar las siguientes:

1) Se modificó e impactó la relación madre-hijo y se afectó el conocimiento y la capacidad que se le reconocía la madre en sus decisiones de crianza y cuidado infantil. Al introducir cambios artificiales en el modelo de alimentación de los infantes se “perdió” el conocimiento y el “poder” que anteriormente tenía la madre. Además, al modificarse los patrones de crianza infantil, se cuestionó la existencia del instinto materno, y se desvalorizó el cuidado de las madres hacia los hijos en aras del supuesto progreso, de la industrialización, de la modernidad, de la era de las especialidades.

2) Obviamente, lo anterior fomentó el desarrollo y fortalecimiento de toda una serie de instituciones que se hicieron “cargo” del papel que las madres trabajadoras no podrían cumplir: hospitales, para parir y ser vigiladas científicamente; guarderías, para el cuidado de los infantes mientras la madre trabajaba; pediatras, los especialistas, “poseedores” del conocimiento sobre el cuidado infantil, manuales y otros textos sobre alimentación y crianza. Esto, por supuesto, fue diferenciado según el grado de desarrollo de las sociedades, y en el caso de países en vías de desarrollo las abuelas u otras mujeres se hicieron cargo parcial de estas actividades, por ejemplo, del cuidado de los niños.

3) Durante el largo proceso del perfeccionamiento y ensayo de las diferentes fórmulas alimentarias se desarrollaron patrones de morbilidad y mortalidad infantil específicos (cfr. Jelliffe, 1978 y Fildes, 1999) que quedaron encubiertos por el avance sanitario real y la mejora en condiciones higiénicas a nivel general. Es cierto que en términos de mortalidad infantil hubo reducciones importantes, pero también es cierto que en determinadas fases del perfeccionamiento de las leches maternizadas hubo secuelas y padecimientos específicos, sobretodo gastrointestinales en los infantes (ibidem).

4) Se “construyó” una imagen y un modelo de alimentación infantil artificial del cual apenas hasta hace unos años se comienzan a observar los resultados y a seguir las consecuencias (cfr. Jelliffe, 1978 y Quandt, 1998). Como especie esto es uno de los mayores experimentos cuyas consecuencias a largo plazo aún no conocemos.

Con relación a la primera de las consecuencias aquí mencionada se debe comentar lo siguiente: de ninguna manera, el desarrollo de los biberones y de las fórmulas alimenticias, “liberaron” a todas las mujeres de la crianza infantil. En la mayoría de los casos, la mujer siguió siendo la responsable (y lo es en la actualidad, sobretodo en ciertos contextos de los países en vías de desarrollo), sino que el modelo infantil anterior se modificó trayendo como consecuencia, sobretodo inicialmente, dificultades y confusión y, a la larga, desvalorización del propio conocimiento y capacidades femeninas, aún por las propias mujeres.

Se “perdió” la cultura de la lactancia materna (entendida como una práctica generalizada entre un grupo social y todo el conocimiento que ello conlleva) ante la cada vez menor tendencia de amamantar lo que provocó que el conocimiento acumulado por generaciones tendiera a desaparecer y ya no existiera más como patrón generalizado de alimentación infantil. Es decir, se cuenta cada vez menos con el apoyo y conocimiento del grupo de pares que habían amamantado y que podían –con base a su experiencia- dar consejos y soluciones (*doulas o similares*), al grado de haberse tenido que crear organizaciones sociales para apoyar a quienes desean amamantar sus hijos, y que no tienen los conocimientos necesarios, por ejemplo, la Liga de la Leche.

Se “cargó” a la mujer con más de una jornada de trabajo, no sólo la realizada fuera de casa (la remunerada), sino la que se debe seguir desarrollando en casa, porque el modelo de estructura social no se modificó sustancialmente, sólo se modificó el hecho de que la mujer pudiera vender su fuerza de trabajo (generalmente en peores condiciones que el hombre), pero las relaciones internas/domésticas no cambiaron y no se resolvió la cuestión de la reproducción de la fuerza de trabajo (entre la cual se encuentra la crianza y la lactancia materna). Si bien es cierto que en algunas sociedades se cuenta con más apoyo por parte del varón para la crianza infantil y que el desarrollo profesional de las mujeres en ciertas regiones y sectores sociales sin duda ha beneficiado cuestiones de autoestima y autonomía, esto no es una situación generalizada ni en todos los sectores sociales y menos aún en países en vías de desarrollo. No obstante no se niegan las otras “ganancias” sociales que se adquieren cuando se incorpora a ámbitos laborales, como por ejemplo: relaciones con otros, conocimientos, ingreso, etc.

Además, es importante considerar que se conjuntaron varios factores, como se expondrá en el capítulo sobre la historia de la lactancia. Hubo una real presión e intereses tanto de compañías productoras como de fármacos e industrias alimenticias para lograr el desarrollo de un sustituto de la leche materna junto con el desarrollo de una “etapa del cientificismo” en donde se pretendía poder controlarlo y medirlo todo y la tendencia, en todos sentidos, no sólo en términos de alimentación infantil, fue alejarse de lo instintivo y de lo natural y poder llegar así a la era del progreso, entendida como la posibilidad de dominar, de controlar todas las situaciones (inclusive las del ámbito doméstico, cfr. Boltanski, 1974), para lo cual había que medir y cuantificar todo. Así, era muy difícil saber qué cantidad de leche de pecho tomaba un niño, pero sí se podía calcular con *exactitud* que cantidad consumía utilizando el biberón y la leche de vaca modificada. Y ese se convirtió en el patrón imperante, había que cuantificarlo y ordenarlo todo y esto tiene un efecto directo sobre las relaciones de crianza materno infantiles pues las madres deseaban ser “mejores”, “modernas” y “científicas” y alejarse de sus simples instintos para dejarse guiar por la nueva corriente de médicos, agentes especializados y reconocidos, que sí “sabían” con precisión lo que era mejor para sus hijos.

Con relación al segundo punto se debe considerar también lo siguiente: paralelamente al cambio en el patrón de alimentación infantil se desarrolló también toda una corriente y serie de instituciones científicas para la buena crianza materno-infantil. Los partos se llevaron a cabo cada vez con mayor frecuencia dentro del ámbito hospitalario, con todo lo que esto significa: horarios de alimentación estrictos, medicamentos de rutina, separación madre-hijo, etc. Curiosamente fue la etapa en la que la pediatría y el psicoanálisis se desarrollaron y se consolidaron surgiendo “los médicos especialistas en el desarrollo infantil”, siendo una de las más recientes especialidades de la medicina. Asimismo, se desarrollan las guarderías infantiles y los “jardines de niños” y el patrón de crianza se modifica “cediendo” los primeros años de contacto entre madre e hijo, pero con fuertes recomendaciones de los especialistas hacia las madres para tratar de recuperar el “vínculo” que se consideraba se estaba perdiendo. Paralelamente se va construyendo un discurso que responsabiliza a la madre individualmente, de los resultados de la crianza, con una base científica y no solo moral.

Con relación al tercer punto se debe comentar que con las rutinas hospitalarias y durante la etapa de desarrollo de las fórmulas lácteas se afecta severamente el estado de salud

de miles de infantes, no sólo en cuanto a mortalidad real, sino en cuestión de morbilidad y se desarrollan y “aparecen” diferentes enfermedades no desarrolladas anteriormente: desde infecciones y alteraciones gastrointestinales diversas hasta deficiencias o excesos en nutrimentos, etcétera.

Por otra parte, es pertinente comentar que al realizar una revisión histórica de la crianza infantil y del papel de las madres se observa que es durante las últimas décadas cuando se ha desarrollado un patrón dominante de responsabilidad exclusiva e individual de las mujeres sobre la crianza de sus hijos. Anteriormente se observaba la práctica de una crianza infantil compartida entre las madres biológicas y las consideradas *allo maters* (del griego, otras madres), y, en cierto sentido, la sociedad se responsabilizaba colectivamente de la crianza y de la reproducción de la especie. Sin embargo, de hace unas décadas para acá, y especialmente en ciertos sectores sociales y urbanos la tendencia dominante es la de responsabilizar a la madre individualmente de la crianza y de todos sus resultados, constituyendo para muchas mujeres una labor difícil de desempeñar tomando en cuenta las múltiples tareas que además se debe desarrollar cotidianamente.

Finalmente, es importante manifestar que el utilizar este enfoque permite rescatar y comprender *la historicidad de la lactancia y la crianza infantil* como parte determinante de la maternidad y el papel de cuidadora y responsable del grupo doméstico que tradicionalmente se le ha asignado a la mujer. Asimismo permite comprender y dimensionar el *desarrollo de la biomedicina moderna y los efectos específicos que la medicalización de la vida cotidiana* han tenido sobre las prácticas reproductivas y de crianza infantil. También posibilita la discusión del *papel de la mujer actual ante su doble papel como cuidadora y como trabajadora*, pues, a pesar de que se “abrió” el mercado laboral para su integración, la responsabilidad de la crianza siguió siendo una responsabilidad individual que sigue recayendo en las mujeres y no una responsabilidad de la sociedad que les permita un desarrollo personal integral. Particularmente permite la aproximación hacia *la condición de clase en el contexto mexicano actual* y da cabida al acercamiento sobre *la falta de seguridad y autoestima* con la que un sector importante de mujeres asume su papel en el ciclo reproductivo de sus vidas.

2.3 El enfoque evolucionista

Cuando se toma como referencia el marco del evolucionismo biológico en cualquier disciplina las reacciones no se hacen esperar y suelen ser fuertes. En el caso específico de este estudio se parte de la premisa de que somos otra especie más entre los mamíferos, y como todas las demás hemos ido evolucionando y conservando las características y comportamientos que mejor han permitido nuestra supervivencia. Además, y aunque la cultura puede “permear” algunas de las múltiples cuestiones biológicas, existen procesos reales que no pueden ser del todo modificados (por ejemplo: acción de algunas hormonas ante ciertos estímulos).

También se considera que como una de las principales características de la especie, de hecho, la que le da su nombre, practicamos la lactación (acto de lactar), siendo conocido el periodo de su duración como lactancia y siendo lactantes ambos agentes sociales y biológicos involucrados en el proceso, a saber: la madre y el crío. Somos unas de las 400 especies que la practicamos entre el millón reconocido por la zoología moderna (Bourges, 1997, p. 12). Se concuerda en que la lactación es una forma de alimentación transitoria la cual después se complementa con otros alimentos hasta ser finalmente sustituida, pero que, durante la *misma es esta la única y más completa forma de nutrición para los miembros de la especie* y que la función evolutiva de la misma debe ser básica para la supervivencia y para el desarrollo óptimo. Recordemos que la leche de los mamíferos no es un simple alimento, sino la dieta completa durante la primera etapa de su vida.

Así, como dice Quandt *“debe haber habido fuertes presiones selectivas para conservar el código biológico de los comportamientos que promovieron la lactancia materna a lo largo de la evolución humana”* (1998, p. 223). Y como afirma Bourges *“... la lactación pareciera ser una respuesta evolutiva a las necesidades especiales de alimentación de una clase zoológica cuyas crías nacen en un estado de maduración tal que durante cierto periodo no les permite alimentarse con la dieta “definitiva” de la especie. Ninguna otra clase de animal nace con esas limitaciones y ninguna otra clase de animal es capaz de lactar”*. (1997, p.12)

Al respecto, Threvathan (1987, p. 32) también afirma que este desarrollo *“altricial”* de la especie seguramente se conservó como tal porque durante la etapa de dependencia de la

cría con la madre se desarrollan, no sólo funciones y crecimientos físicos y biológicos de la especie, sino toda una serie de conductas y aprendizajes sociales que serán básicos para el nuevo miembro de la especie: el desarrollo del lenguaje, por ejemplo, el aprendizaje de las reglas sociales, etc.². Así, al dejar de practicar la lactancia no sólo se están perdiendo ventajas inmunológicas y nutricionales, sino ventajas específicas de socialización como miembro de una especie determinada. Por tanto, se coincide en que como especie, la lactancia materna permitió nuestra supervivencia y desarrollo y se considera que el “alterar” en forma generalizada una de las características centrales de la especie podría ocasionar a futuro diversas consecuencias.

Para concluir se puede afirmar que sin querer entrar en la inútil discusión de la “buena madre” pues de hecho se considera que todas las madres sanas tratan y consideran que están haciendo lo mejor para la crianza y el desarrollo de sus hijos, la pérdida de la lactancia, por un lado, no ha sido una elección “libre” e informada para las mujeres³ y, por otro, que es la cultura la que ha “distorsionado y destruido” la imagen y la práctica de un patrón fundamental en nuestro desarrollo como especie. Y que, además, si todas las mujeres sanas tuvieran el apoyo y el reconocimiento social adecuado, así como la información y las facilidades pertinentes para lactar, la mayoría de ellas optaría por la lactancia materna.⁴

¿Qué elementos de este enfoque se utilizaron para el desarrollo de la investigación y el análisis de los datos? Este enfoque permite la realización de un acercamiento inicial y un análisis posterior a *las razones* que las propias mujeres tienen para lactar o no a un hijo y acercarse a la explicación del tipo de patrón y duración de lactancia practicada con los infantes. El enfoque también permite la aproximación a las reflexiones que hacen las propias mujeres sobre *cuál es actualmente la función de la lactancia* considerando que

² Consúltense a Scott S. y su interesante artículo sobre la desobediencia y la agresión infantiles, así como su interesante concepto de “*defficient parenting*”, en el cual se habla de etapas específicas de desarrollo y aprendizaje. También refiérase a Jelliffe (1978) y a Trevathan (1987) cuando hablan de las diferentes etapas de desarrollo y socialización en primates y a Morales Carmona y Luque Cuqui (1977) quienes consideran que la lactancia es un logro evolutivo cuyo costo es el tiempo de dependencia de los críos.

³ Concepto actualmente muy discutido y practicado entre los profesionales públicos de la salud, tanto en el caso de otros países (por ejemplo, Gran Bretaña, cfr. Charles, C. y colaboradores, 1999), como en el caso de México, ejemplo específico del “*consentimiento informado*” en la decisión de la anticoncepción IMSS, 1997.

⁴ Cfr. consúltense diferentes estudios en otros países (Rousseau y colaboradores, 1982, Ellis, 1981, Yeung y colaboradores, 1981, Mackey y Fried, 1981, Matich y Sims, 1992 y Sarett y colaboradores, 1983, entre otros; y los casos concretos del estudio de promoción de la lactancia en el estudio sobre contaminación por plomo en el D. F., INSP, 1995-1996 y el recién citado en Lancet, 1999, de Morrow y colaboradores.

tecnológicamente hay otras alternativas de alimentación infantil, y esto permite – lógicamente- la identificación y reflexión sobre las *ventajas actuales* que las madres encuentran en la lactancia o en la alimentación artificial de los infantes y que suelen estar fuertemente relacionadas con la decisión de lactar o no a un recién nacido, así como con el tipo de patrón y la duración de la lactancia,

Finalmente cabe comentar que una vertiente del enfoque evolucionista de corte ecologista de reciente desarrollo en algunos países anglos considera que hace falta realizar una adecuada promoción de lactancia basada en los estudios experimentales (controlados) que pueden plantear y desarrollar los antropólogos físicos con un enfoque evolucionista con base a su doble ámbito de experiencia: lo social y lo biológico. Ellos plantean que lo novedoso de su modelo es el incluir no sólo las influencias sociales que plantean los modelos de salud pública sino también el registro de las bases biológicas del comportamiento (etología) (cfr. Quandt, 1998, p. 222).

Uno de los nuevos conceptos manejados por esta corriente es el de *“breastfeeding structure”*, estructura de la lactancia, también conocido como el *“breastfeeding style”* o estilo o patrón de lactancia, y es la medición de estos patrones o comportamientos (frecuencia, duración de tetadas, número de tetadas, etc.) lo que se considera como la llave para el logro de una lactancia exitosa y por ende, para poder comprenderla y promocionarla adecuadamente.

Así, se recomienda el estudio sistematizado de los comportamientos en el posparto temprano que se relacionan con la lactogénesis (el establecimiento inicial de la producción de leche). *“...el contacto temprano entre madres y crías no humanos es necesario pues es lo que dispara las hormonas que promueven el comportamiento materno”* (Quandt, p.224, 1998) y actualmente comienzan a realizarse estudios sistematizados sobre esa misma relación entre el binomio humano (madres e hijos). Este comportamiento materno retroalimenta la organización del cerebro materno de tal forma que fomenta el proceso psicológico de la lactancia (Hatton, 1990) liberando la oxitocina hormona crucial para el reflejo de la bajada de la leche y el establecimiento de la lactancia materna.

Por lo tanto, aunque existan reglas culturales y sociales específicas de cada grupo, que intervienen en la decisión de la lactancia ellas constituyen el parámetro mayor en donde se pueden tomar las decisiones pero hay una serie de procesos biológicos que se llevarán o no a cabo dependiendo de los comportamientos desarrollados y, para lograr una promoción adecuada es necesario registrar estos comportamientos y las consecuencias biológicas a través de diseños experimentales. Por ende, no sólo basta con seguir documentando los múltiples beneficios de la lactancia, sino que ahora se debe explicar también cómo se dan las relaciones que generan esos comportamientos (cfr. Vitzhum y Aguayo, 1998). Y esto es parte de lo que pretende hacer este estudio en particular, explicar cómo es que se dan estos comportamientos y porqué.

Algunas consideraciones más: i) Se considera básico el reconocer que la evolución y los aspectos biológicos se desarrollan dentro de un marco cultural-social específico y que para poder comprender, explicar y tener impacto en cualquier problemática relacionada, se deben forzosamente considerar ambos ámbitos. Hablar de evolución en nuestra especie, no tendría sentido, si no consideramos la cultura, que es el escenario sobre el cual se llevó a cabo; pero hablar de cultura sin reconocer nuestras raíces biológicas como especie significa negar y desconocer nuestro origen. ii) La lactancia materna es una de las prácticas humanas en donde más claramente se observa la obvia relación entre el ámbito biológico y el cultural y en donde gran cantidad de estudios han demostrado la importancia de las redes de apoyo social (*social support*) para lograr impacto significativos en la práctica real y en los factores biológicos (liberación de hormonas específicas ante estímulos concretos).

Qué elementos de este enfoque se utilizaron en la forma de aproximarse al fenómeno y en el análisis final y la interpretación de los datos: Este enfoque permite la identificación y descripción del *contexto específico* donde se desarrolla la decisión y práctica de la lactancia, así como la *identificación de los factores asociados* a la decisión y a la práctica, asimismo sugiere la posibilidad de detallar acciones cotidianas de prácticas de alimentación y de salud que pudieran ser relevantes de describir y analizar con el objeto de incorporar en programas de salud específicos según diferentes grupos de población. El enfoque permite, de hecho, la *descripción diferenciada de creencias, saberse y prácticas específicas de alimentación infantil según diferentes grupos socioculturales*.

2.4 La lactancia materna como una más de las prácticas de crianza

Finalmente, la discusión de la temática central de esta tesis, es decir la toma de decisión de lactar o no a un infante, tiene que ver necesariamente con lo que se consideran las prácticas de crianza infantil, en donde la lactancia es tan sólo una de las acciones más que se ejercen para el desarrollo de los miembros de la especie, y tiene que ver también con tratar de comprender porqué se ha “perdido” la cultura de la lactancia. Esto es, si la lactancia es una práctica expropiada a las madres por el desarrollo de un nuevo modelo económico, la modernidad, y la medicalización de la vida cotidiana o una más de las exigencias que recientemente se han aceptado como parte de la maternidad.

Tal como se ha visto a lo largo de la historia y a través de la revisión de prácticas de crianza de diversas culturas en el mundo y, como se retomará en el capítulo siguiente dedicado a la revisión histórica de la práctica de la lactancia materna, no existe un patrón único para lograr la supervivencia y el buen crecimiento de los infantes; como, por supuesto, no existe una sola manera de criar a los niños. Esto obedece y está determinado por múltiples factores entre los cuales destacan: el contexto histórico específico, el ambiente, la aceptación y la expectativa cultural de cómo criar a un infante por determinado grupo social, la invención de diversos utensilios o sustitutos alimenticios, el apoyo social con que una mujer cuente, las actividades que desempeñen las mujeres, etc.

Tomando en cuenta que el tema de investigación de este estudio fue comprender el proceso para tomar la decisión de lactar o no en un grupo de mujeres con características sociodemográficas y culturales similares, identificando los actores y factores que impactaban en esa decisión se revisó el trabajo y las propuestas de cuatro autoras que han abordado el tema de la lactancia, no como el eje central de sus trabajos, pero sí como una práctica determinante de la crianza infantil: Badinter, Blaffer Hrdy, Crodorow y Scheper-Hughes. Llama la atención que en los cuatro casos se cuestiona la idea del llamado “instinto materno”, que particularmente Blaffer Hrdy y Scheper Hughes cuestionan las ideas sobre la maternidad, el amor y la crianza infantiles considerando sus propias experiencias y reflexionando sobre lo difícil que ha sido a lo largo de la historia y hasta la actualidad el desempeño de la maternidad entendida como la serie de acciones que

deben tener las madres u otros cuidadores para lograr la supervivencia y un adecuado desarrollo de sus hijos. También llama la atención que las cuatro mencionan la importancia actual de la temática de la crianza infantil y como aún existe un fuerte debate en torno a las políticas y a los discursos sobre la maternidad y las prácticas de cuidado y atención infantil que se le asocian y que han ido cambiando a lo largo de la historia.

En 1978, Nancy Chodorow, psicóloga y feminista escribe su obra titulada "*The reproduction of mothering. Psychoanalysis and the sociology of gender*" y continúa con una de las discusiones que más tiempo han estado vigentes entre estudiosos de diversas disciplinas durante la última mitad del Siglo XX y en la actualidad: la que versa sobre la crianza materna. De acuerdo a Chodorow las teorías que hasta entonces se habían aproximado a la explicación del proceso diferenciado de crianza en el cual la mujer resulta ser la principal responsable, debido a su condición de género, dejan de lado un elemento central que va más allá de lo biológico y de lo social: el aspecto psicológico. La contribución de la autora es la de aportar elementos para poder comprender cómo ha sido posible que de generación en generación se haya transmitido un modelo dominante de crianza que, contradictoriamente, es reproducido por la propia mujer. De acuerdo a Chodorow la explicación va más allá de la simple imitación de comportamientos aprendidos desde la niñez, sino que tiene que ver con la internalización y aceptación voluntaria de las niñas (convencimiento interno) de que dicho comportamiento es el adecuado y, al no cuestionarlo, puede reproducirse indefinidamente.

Desarrollando un interesante recorrido histórico sobre cómo fue transformándose la estructura y composición de la familia y de la vida cotidiana, pasando de ser familias extensas a nucleares y separándose las actividades antes realizadas en el ámbito doméstico al generarse espacios específicos de trabajo para hombres y posteriormente para mujeres, Chodorow va resaltando las implicaciones que dichos cambios tuvieron en la convivencia familiar y en el cuidado y crianza de los niños. Y, si bien es cierto que actualmente muchas mujeres se han incorporado al mercado laboral, siguen siendo las principales responsables del bienestar físico y emocional de sus hijos y siguen uniéndose con hombres y siguen teniendo hijos. Así, las mujeres han aprendido que los cambios en las relaciones sociales de producción no necesariamente significan cambios significativos en las relaciones domésticas de reproducción.

¿Porqué las mujeres siguen reproduciendo un patrón de relaciones afectivas y sociales que es diferenciado con sus propios hijos? ¿Porqué priorizan, en general ciertos aspectos de comportamiento en sus hijas mujeres que no son igualmente fomentados en el caso de sus hijos varones? La división sexual y familiar del trabajo en la cual la mujer es la que cría y está más involucrada en relaciones interpersonales y afectivas en comparación con los hombres genera una división en las capacidades psicológicas de sus hijas y de sus hijos que los conduce a reproducir esta misma división al ser adultos. ¿Porqué son las mujeres las que crían a los niños? Porque la crianza infantil es prioritaria para la división sexual del trabajo y porque el desarrollo de las fuerzas productivas y de los Estados modernos les permitieron modificar y organizar el mundo social y laboral, pero aún se necesita que alguien se haga cargo de ese aspecto cotidiano que es la reproducción de la familia y el desarrollo de los niños.

Además, y este es un aspecto central que vuelve a ser retomado por Blaffer Hrdy algunas décadas después, Chodorow postula uno de los pilares centrales para comprender la crianza materna: que ésta significa e implica mucho más que sólo criar = cuidar a un infante, sino socializarlo y fomentar el desarrollo de capacidades psicológicas específicas. En este sentido las primeras experiencias que un infante tiene con relación al ser atendido, sentirse seguro y amado son significativas para su futuro desarrollo emocional y social. Por eso la relación primaria con un cuidador es condición central del proceso de convertirse en humano, lo que se cuestiona es porqué tiene que ser la madre biológica la única que puede desarrollar ese papel.

Ahora bien, estas experiencias primarias en la infancia tienen fuerte influencia en la manera cómo una persona adulta criará y desempeñará el papel de madre y padre al crecer. Así, Chodorow sostiene que el aceptar y convertirse en madres es producto de un entrenamiento femenino para asumir el papel de ser mujeres y en una identificación para con ese papel. Las niñas reciben constantes mensajes y estímulos a lo largo de sus vidas sobre el cómo llegar a ser mujeres y sobre el cómo las mujeres son madres; y el identificarse con sus madres, conforme van creciendo, significa identificarse con el ser madres. El ser madres, entonces, es un papel social e histórico, pero también es un papel con bases psicológicas, pues implica una experiencia personal del yo en relación a un infante, el desarrollar una capacidad y un sentido del yo maternal. Además, como cualquier otra relación social la práctica de la maternidad implica una base interactiva de

expectativas. La sociedad crea expectativas en la gente de lo que se considera normal y apropiado y de cómo se debe actuar y para su propia continuación necesita que alguien se encargue de la crianza de los niños. Las propias mujeres se reproducen a sí mismas como madres a través del desarrollo de estructuras de personalidad específicas y de desarrollo afectivo y relacional diferenciado. Por eso es tan importante hacer el análisis tomando como eje la historia de vida, la relación con la propia madre y la propia infancia y crianza.

El punto de partida de Badinter (1991), psicóloga y feminista, es la discusión de la existencia o no del llamado "instinto materno" con base en la práctica desarrollada durante los siglos XVII y XVIII en Francia del envío de infantes al campo para ser amamantados por nodrizas de leche y el alto índice de mortalidad infantil asociado. Badinter discute la relación entre el amor materno y el supuesto instinto y cuestiona la idea de que todas las madres estén dispuestas y preparadas por naturaleza para la crianza de un infante. Propone, además, que el amor materno, como cualquier otro sentimiento "es frágil e imperfecto" y considera que debe realizarse un estudio de las actitudes maternas para poder comprender sus razones. Bajo estas premisas realiza una revisión histórica de los patrones de crianza infantil en Francia desde el Siglo XVII al XX e identifica tres actores centrales en el proceso (madre, hijo y padre) y cambios diversos de expectativas de la sociedad con respecto al comportamiento materno, siendo cada vez más acentuado el énfasis de la madre como principal responsable de la crianza y de los resultados de la misma.

Así, transitando desde la existencia de la autoridad paterna y la desigualdad "natural" (divina) entre hombres y mujeres, la dualidad de imágenes de la mujer como sinónimo de fragilidad y perversidad en el discurso de la Iglesia Católica y la rigidez en la educación y crianza de los hijos; hasta las primeras concepciones de la niñez y preocupación social por su supervivencia (relacionado con el interés del Estado por la fuerza de trabajo), el reconocimiento social de la necesidad de la protección a las mujeres y a los niños y la idealización de Rousseau sobre la relación madre-hijo; y, finalizando en la época moderna, con el desarrollo del psicoanálisis y la propuesta "científica" de que la madre es el agente social más importante en la primera infancia y la principal responsable de los resultados a futuro, Badinter deja claro que nunca antes en la historia de la humanidad se había esperado socialmente, justificado científicamente y exigido a la mujer a nivel

individual la dedicación que actualmente se espera de ella para con la crianza infantil. Además, también proporciona los elementos suficientes para al menos cuestionar empíricamente el supuesto y natural apego de las madres hacia sus hijos. Lo interesante es que ella misma apunta el camino que después retomarán Blaffer Hrdy y Scheper Hughes cuando tratando de comprender cuál era la lógica de las madres para enviar a sus hijos recién nacidos al campo para ser amamantados y criados por otras mujeres, en ocasiones desconocidas, termina reconociendo que las madres tomaron decisiones basadas en un contexto y en una necesidad específica, era más conveniente contratar nodrizas para hacerse cargo de los infantes y así poder seguir desempeñando las labores de trabajo remunerado que ellas desempeñaban, pues curiosamente eran más las mujeres trabajadoras las que enviaban a sus hijos a ser criados por otras. Así, la supuesta "falla" del amor maternal obedece a la presión social específica de una época histórica. Sin embargo, es prioritario reconocer, como señala posteriormente Blaffer Hrdy que estas madres evitaban el contacto con sus recién nacidos, en la mayoría de las ocasiones ni siquiera verlos y mucho menos cargarlos o ponerlos al pecho para poder "desapegarse" de ellos con mayor "facilidad" (cfr. recordar, incluso, como se buscaba a las que se consideraba "las mejores nodrizas" en la medida de lo posible, p. 95-98, Badinter).

Por otra parte, Badinter señala que en el siglo XIX el discurso sobre la maternidad comienza a tener cambios sustanciales responsabilizando cada vez a las mujeres de la crianza infantil (relación con el interés de los Estados por la fuerza de trabajo y la producción de mercancías) porque, además, aparecen en escena los médicos y los primeros especialistas en crianza infantil (puericultura) y van apareciendo factores y actores reales que tienen fuerte influencia en las decisiones maternas de cuidado infantil, incluso en la actualidad. Para el siglo XX y con el desarrollo del discurso del psicoanálisis se legitima la importancia exclusiva de la madre biológica como la principal cuidadora y única fuente de seguridad emocional del niño y la responsabilidad y la culpabilidad de no atender de manera adecuada a un infante van consolidándose en la sociedad, sobretudo en ciertos sectores sociales, los dominantes y en el discurso biomédico. Es entonces cuando se postula que una madre deficiente no puede criar hijos sanos emocionalmente y que con mucha probabilidad sus propias hijas no puedan ser madres adecuadas porque repetirán el mismo patrón de crianza de sus madres (Badinter, p. 248). De ahí que argumentos como los de Winnicott sobre que la primera condición de la maternidad es una madre que se pueda adaptar a las necesidades del niño comienzan a hacer sentido

entre ciertos grupos dominantes privilegiados y se comience a desarrollar una única propuesta de crianza infantil olvidándose de la gran variabilidad de situaciones y contextos existentes en donde no siempre la madre puede adaptarse a las necesidades del hijo debido a diferentes factores, entre otros, la mera supervivencia de ella misma o del resto de su grupo familiar. En conclusión se va desarrollando un discurso dominante hasta la actualidad sobre la gran necesidad de que la madre se dedique al infante por el bien de la sociedad, pero, contradictoriamente, no hay apoyo social para hacerlo, y lo mismo sucede con la lactancia materna, generándose, con frecuencia, confusión, ansiedad, miedos y culpas en aquellas mujeres que desean desarrollarse profesionalmente pero que también quieren comprometerse en la crianza de sus hijos.

Ahora bien, Sarah Blaffer Hrdy (1999), antropóloga, feminista y evolucionista, sostiene y defiende la misma tesis central de la gran exigencia social a nivel individual que ahora se tiene para con la mujer en cuanto al cuidado de los infantes, basándose en su trabajo antropológico considerando la existencia de diversas culturas en el mundo a lo largo de diferentes épocas históricas, y postulando la importancia de las llamadas *allo maters*, que prestaron un apoyo social determinante para la supervivencia de la especie y que aún lo hacen actualmente en diversas culturas; pero además aporta a la discusión algunos elementos relevantes. En primer lugar su trabajo no se reduce al análisis del comportamiento materno en un solo país y cultura como Badinter lo hace (a pesar de que toma algunos ejemplos sobre prácticas en otros países europeos, como Inglaterra). Blaffer Hrdy retoma sus experiencias desde sus primeros estudios con diferentes especies de primates pequeños hasta las evidencias encontradas en diversas culturas humanas tradicionales aún existentes con un grado de desarrollo tecnológico muy "limitado" en comparación con las sociedades altamente desarrolladas; además también toma datos reportados de grupos poblacionales desarrollados. Así, su "muestra" de datos y de culturas es más rica en variedad de creencias, hábitos, contextos; necesidades y... decisiones maternas, lo cual constituye el punto central de su tesis.

Blaffer Hrdy propone que todas las mujeres a lo largo de la historia de la humanidad han tenido que tomar "decisiones" dentro de su contexto específico, decisiones relevantes para la supervivencia de sus grupos y de la especie. Decisiones que incluyen la factibilidad y conveniencia de criar un infante y de poder desarrollar las actividades que normalmente desarrolla para su propia supervivencia y para el grupo social al que

pertenece. Tomando en cuenta la inversión de tiempo y de cuidados que una madre u otros miembros del grupo social deben realizar, así como los requerimientos nutricionales y energéticos que la propia madre u otros miembros requieren para que una cría humana llegue a una edad cuando pueda independizarse y valerse por sí mismo la única explicación evolutiva que permite comprender, por un lado, las características “altricial” de la especie (esto es la falta de desarrollo y la prolongada dependencia y vulnerabilidad con el que nacen las crías humanas en comparación con todos los demás mamíferos y primates), y, por otra, la práctica de la crianza demandante de los infantes es la cooperación entre más miembros del grupo, esto es la organización social del cuidado infantil. Refiriendo datos de diversas especies que tienen más éxito en su supervivencia y desarrollo debido a la cooperación del macho o de algunas otras hembras en el cuidado de las crías, así como de diversos grupos humanos en donde no sólo el padre biológico de un infante, sino varios machos (posibles padres), otras mujeres (pares), mujeres mayores (ligadas o no consanguíneamente a la madre) y niños mayores (ligados o no consanguíneamente a la madre) cooperan en el cuidado durante la infancia Blaffer Hrdy concluye que solamente las especies que viven en grupos y cooperan en diversas tareas pueden desarrollar esta práctica que constituye un *plus* en la lógica de la evolución y la supervivencia. Este aporte a la comprensión de las prácticas de la crianza resulta de crucial importancia cuando se reflexiona sobre las formas de vida actuales y las cada vez mayores presiones sobre las madres trabajadoras porque permite discutir como parte de las políticas de maternidad la necesidad cada vez más evidente de contar con apoyo social para y que la crianza infantil se convierta entonces en lo que siempre ha sido, una cuestión central de supervivencia para la especie, además de las gratificantes experiencias que para algunas mujeres esto pueda significar.

Es importante mencionar también que Blaffer Hrdy realiza el análisis sobre el supuesto “abandono” y desinterés infantil por parte de las madres trabajadoras urbanas que enviaban a sus hijos a ser criados por nodrizas en áreas rurales en Francia durante los siglos XVII y XVIII y aporta algunos elementos que le permiten afirmar que estas madres de ninguna manera estaban desapegadas de sus hijos, precisamente por eso no los veían y no los cargaban, ni mucho menos los ponían la pecho⁵. De acuerdo a esta visión lo que

⁵ Tómese en cuenta que la succión del niño sobre el pecho materno es el disparador de una serie de procesos biofisiológicos específicos, como la producción de ciertas hormonas (prolactina), que generan diversos cambios en las madres y contribuyen al desarrollo de la impronta y del sentido de protección y cuidado. Este dato ha sido constantemente reportado en estudios y experimentos, desde el citado por Blaffer en París en el siglo XVIII cuando se forzó a un grupo de mujeres indigentes que

en realidad refleja este comportamiento es la necesidad de las mujeres pobres tomando una decisión entre las opciones reales que tenían ante su condición imperante de mujeres trabajadoras: el abandonar a sus hijos con un mucho mayor porcentaje de posibilidad de muerte o el mandarlo al campo lo que significaba una reducción en el riesgo comparado con el abandono, más aún si la madre lograba trabajar y pagar el equivalente para mantener la lactancia de una nodriza al menos un año, logrando entonces una posibilidad de supervivencia del 60%.⁶

Por otra parte, Blaffer Hrdy realiza un análisis sobre las señales biológicas y físicas que se han desarrollado a lo largo de miles de años de evolución entre las crías humanas y sus madres con el principal propósito de lograr la *impronta*, lo antes posible y reducir la posibilidad del abandono materno sobre la cría cuyo principal “instinto” es el de sobrevivir. Se ha señalado ya en diversos estudios (Blaffer, 1991 y Scheper Hughes, 1992) que aquellos infantes que reúnen algunas características específicas resultan más “atractivos” y “seductores” para sus madres o para otros cuidadores: ojos redondos y grandes, caras redondeadas, formas redondeadas, niños de mayor peso al nacer, entre otras, resultan “señales” que, independientemente de la cultura, hacen que las madres o los primeros cuidadores sientan que vale la pena la inversión de tiempo y de cuidado. Así, son los niños, y no las madres, quienes tienen especial interés en su propia supervivencia y lo que hace *la madre naturaleza* es “permitir” que la madre biológica o los cuidadores primarios “lean” e interpreten esas señales para poder desarrollar las primeras acciones que faciliten la *impronta* lo antes posible: el cargar al recién nacido, el acercarlo al pecho materno con el correspondiente desarrollo de procesos hormonales que esto implica y las consecuencias y sensaciones físicas sobre la madre o sobre la mujer que amamante permiten el desarrollo de lo que se ha llamado “el apego”. También se ha afirmado que mientras más cercanía haya entre madres o cuidadores primarios emocionalmente sanos y los infantes dicho lazo va fortaleciéndose paulatinamente. De acuerdo a la concepción evolucionista lo que hay en el fondo del instinto de supervivencia del recién nacido es el temor a poder ser abandonado por la madre o por el cuidador primario. Lo interesante del

pensaban abandonar a sus hijos a amamantarlos durante ocho días después del nacimiento con la correspondiente reducción del abandono del 24 al 10%, hasta el estudio de XXX reportado en Filipinas en donde se observan los mismos resultados con la promoción de la lactancia materna y el alojamiento conjunto por varios días.

⁶ Piénsese también en la similitud con las condiciones de las madres trabajadoras de ahora que si no tienen posibilidad de apoyo social buscan entre sus opciones y pueden terminar por “entregar” parte sustancial de la crianza de sus hijos a personas no relacionadas y no siempre tan conocidas, caso de las guarderías infantiles; ahora conocidas eufemísticamente como centros de desarrollo infantil.

análisis de Blaffer Hrdy es precisamente postular que si bien la teoría del apego es básica para la supervivencia y el desarrollo emocional del recién nacido, no es la madre biológica la única persona que puede desempeñar ese rol, sino que hay otros miembros en el grupo social que también pueden desempeñarlo.

Para concluir con Blaffer Hrdy el último punto de interés en su propuesta teórica es el que se refiere al análisis de las opciones actuales de cuidado infantil ante la cada vez mayor participación de mujeres y madres en el mercado de trabajo y la imperiosa necesidad de buscar opciones para la atención de su hijos. Las opciones, por supuesto, son muy variadas y dependen, nuevamente, del contexto cultural y económico. En términos generales en los países en vías de desarrollo, los latinos entre ellos, la posibilidad de apoyo social no remunerado, bien sea por familiares o por amistades es aún significativa, pero en los países desarrollados (particularmente en los anglos y los europeos) las posibilidades son escasas y las mujeres deben contratar servicios especializados costosos, bien sea en guarderías o estancias o con cuidadoras a domicilio. Sin embargo, y como bien cuestiona Blaffer Hrdy, el cuidado y la atención infantil va mucho allá de cubrir las necesidades básicas de los niños, existe una dimensión social y espiritual que debe ser atendida y que va desarrollando e internalizando en los infantes diferentes sentimientos y valores como la compasión y la empatía por otros seres, característica significativa de la especie humana (Blaffer Hrdy, p. 528 y 529). Y así, además del dilema entre la cantidad y la calidad de la crianza, la autora manifiesta su preocupación a mediano y largo plazo por el contenido de la crianza a nivel de desarrollo de estas habilidades humanas básicas como el poder pensar que siente el otro y el ponerse en su lugar, lo cual se relaciona también con el sentirse amados, seguros y cuidados durante la primera infancia.

Finalmente, la antropóloga y enfermera, Nancy Scheper Hughes (1992), ejemplifica las ideas anteriormente revisadas a través de un impactante estudio de campo de varios años en el Alto Cruzeiro de Brasil, en una comunidad urbano marginada con elevadas tasas de mortalidad infantil. En su muestra de 72 mujeres la media de embarazos fue de 9.5 y 251 niños habían fallecido, con una media de 3.5 hijos muertos por mujer. El principal objetivo de su investigación comprender las razones y la aceptación social de tan elevada mortalidad y el comportamiento y cuidado de las madres para con sus infantes. Scheper Hughes también cuestiona entonces la idea del llamado "instinto materno" y el modelo

idealizado propuesto por varios psicoanalistas e investigadoras que parten de una sola realidad social y no toman en cuenta las diferencias específicas del contexto en el que se desarrollan cotidianamente las muchas realidades sociales y las demandas y exigencias que este contexto específico, en este caso de miseria, marginación y pocas esperanzas, impone sobre las decisiones que las mujeres deben hacer, aún a costa de la vida de sus hijos.

Así, el primer factor que salta claramente a la vista es que la alta expectativa de mortalidad infantil en esta comunidad, a la vez determinada por las extremas situaciones de miseria, marginalidad, carencia de servicios, bajos niveles de escolaridad, altas tasas de migración masculina, condiciones deficientes de vivienda, etc. moldean el pensamiento y la práctica materna y no permiten el desarrollo del apego con un nuevo infante a menos que las madres "lean" en él señales que les permitan interpretar que el recién nacido tiene fuertes posibilidades de sobrevivir. Entre historias cotidianas de muerte infantil constante y cercana y las creencias, explicaciones y necesidades de madres que pueden mostrarse "indiferentes" con los "niños que sólo están prestados por Dios, los angelitos" y cariñosas y atentas con los otros niños "los que si tienen voluntad para vivir" Scheper Hughes va ejemplificando la necesidad de la toma de decisiones que textualmente considera ella "ninguna madre tendría que tomar". Comenzando por la negación o el retiro del pecho materno a aquellos niños débiles que son identificados como "sin voluntad para vivir" y racionando cada vez los cuidados, atención y alimentación las madres van permitiendo que se cumpla "el destino de los angelitos y la voluntad divina", contra lo que nada se puede hacer, y dejan ir a los infantes nuevamente con Dios contribuyendo al desarrollo del "plan divino". Y, así, a pesar de que las señales que las madres leen en sus infantes son mayoritariamente asociadas a grados de desnutrición y deshidratación, y que, en la mayoría de los casos serían evitados y superados con atención médica, rehidratación y ciertos cuidados, las madres toman la decisión de dejarlos ir por el bienestar del resto de los hijos y por el suyo mismo.

Así, Scheper Hughes postula que el amor materno no es natural sino que representa un conjunto de imágenes, significados, sentimientos y prácticas sociales y culturalmente producidas por un contexto específico lo cual le permite hablar de "la economía política de las emociones", las emociones moldeadas por el contexto económico y político, así como por la propia cultura. Y entonces, las propuestas de Badinter y la de Blaffer Hrdy sobre el

papel de las madres a lo largo de la historia y lo variable del amor materno se ven perfectamente ejemplificadas y se cierra el círculo y la discusión sobre el supuesto instinto materno y el desarrollo de comportamientos maternos diversos según el contexto. "Las prácticas maternas siempre han sido una respuesta a la realidad histórica de un niño biológico en un mundo social particular" (Ruddick, citada por Scheper Hughes). Por eso en ciertos contextos, no sólo en el caso reportado por Scheper Hughes, el amor materno se desarrolló de diferentes maneras, más lentamente, con miedo a la pérdida real y al sufrimiento materno y esto es lo que culturalmente permite el desapego. Entonces, como plantea Winnicott se necesita un cuidado materno adecuado para sacar adelante a un niño, no perfecto, sólo lo suficientemente bueno, pero en ciertos contextos estos cuidados definitivamente deben ser más allá de buenos para que un infante sobreviva y se desarrolle. Así, en contextos como este, el ser una "buena madre" implica aprender cuando dejar ir al niño y cuando apegarse a él si se considera que puede sobrevivir. "La gente rica sí puede criar a esos bebés débiles, pero la gente pobre necesita bebés sanos desde el comienzo, así que es mejor dejar morir a los débiles..." (p.368 Scheper Hughes).

Finalmente, como bien apunta Scheper Hughes, se puede concluir con la reflexión de que las emociones humanas pueden tener una base biológica, pero la naturaleza del amor materno y del apego es un fenómeno complejo que se construye socialmente y que cobra significado mediante la cultura, por eso se necesita un modelo más contextualizado del pensamiento, de los sentimientos y de las prácticas maternas que permite comprender las expresiones de la maternidad, cuidados y prácticas desarrolladas para la supervivencia y el desarrollo infantil culturalmente aceptado como el adecuado por los diferentes grupos sociales. Esto permite entonces reflexionar sobre la práctica de la lactancia como un comportamiento determinado por múltiples condicionantes macroestructurales (época histórica, contexto, modelo económico, discurso dominante, medicalización de la vida, etc.) y a nivel micro individual (grupo social y cultural, situación económica, actividades femeninas, apoyo social, etc.). De ahí, que a lo largo del siglo XX y del actual, la práctica de la lactancia haya transitado desde el desinterés de las políticas públicas hasta la significativa promoción en las últimas décadas como prioridad de salud en diversos planes y programas de salud, tanto en países en vías de desarrollo, como en países desarrollados. Y que, por supuesto, para algunas mujeres sea considerada como una imposición más sobre la serie de acciones que deben desarrollar para ser catalogadas como buenas madres, o que para otras sea una posibilidad de recuperar conocimiento y

control sobre sus cuerpos y sobre sus hijos, o que para otras simplemente sea una práctica que ni siquiera puedan cuestionar o reflexionar sobre.

¿Qué elementos se retoman de estas autoras y sus propuestas teóricas para el análisis y la interpretación de este trabajo sobre decisiones de lactancia en mujeres de clase media alta en México? En primer lugar, y muy claramente, la importancia tan significativa de estudiar el contexto específico en el que viven cotidianamente las mujeres de este estudio, que es totalmente extremo al caso de las mujeres de alto Cruzeiro en Brasil. Esto significa explorar y comprender cómo y en qué contexto fueron criadas y cómo vivieron su infancia, sus uniones, sus embarazos y partos. Conocer y comprender cómo fueron las condiciones concretas en las que ellas desarrollan sus expectativas de maternidad, desde el imaginario del embarazo y el parto, hasta el poder desarrollar y soñar la imagen de sus hijos y la experiencia de criarlos. En segundo lugar, el reflexionar entonces sobre la toma de decisiones de crianza y de amamantamiento que se dan en un contexto específico en donde varios de los elementos anteriormente mencionados por las autoras fueron identificados a lo largo del discurso de las mujeres, por ejemplo, el hecho de no temer al apego (“el lazo emocional”) con el bebé lo antes posible, porque en términos generales, sus condiciones de vida les permiten esperar resultados favorables de sus embarazos. Por eso, entre otras cuestiones, estas mujeres ni siquiera se plantean el tener varios hijos, dos o tres como ideal y sabiendo que con casi un 100% de certeza sus hijos sobrevivirán la primera infancia. En tercer lugar, el poder comprender cómo las mujeres tomaron la decisión por un patrón de crianza determinado valorando sus actividades y sus apoyos y de acuerdo a sus propias creencias, comprendiendo entonces los significados que aspectos específicos de la crianza, como la lactancia, tienen para las mujeres. En cuarto lugar, reflexionar sobre la teoría del apego temprano y la supervivencia, pero en un contexto determinado en donde la lactancia no es inminente para lograrla. Finalmente, el poder reflexionar sobre la importancia del partir de la historia de vida y de las experiencias tempranas, así como la relación con la propia madre para comprender si hubo o no procesos de identificación y posibilidades de cuestionar la propia crianza, lo cual daría pie a la posibilidad de desarrollar nuevas opciones de cuidados con los propios hijos.

CAPÍTULO III

REVISIÓN HISTÓRICA DE LA LACTANCIA MATERNA

*“La lactancia es una coreografía de la madre y el niño,
una danza íntima, coreografiada por la naturaleza y la cultura
que se ha desarrollado por años y que es óptima para el bienestar de
ambos, la madre y el niño...”*

Ellison

Durante la mayor parte de la historia de la humanidad todas las mujeres practicaron la lactancia materna como la forma principal de alimentación de sus hijos durante los primeros años de vida, en buena medida porque las alternativas existentes eran mínimas y poco prácticas. Todavía en el siglo XIX y durante la primera mitad del XX la lactancia constituía el modelo de alimentación infantil más practicado en el mundo, aún en países industrializados y urbanizados. La mayoría de nuestras abuelas lactaron a nuestras propias madres y no fue sino hasta mediados del siglo XX cuando se popularizó la idea de la alimentación infantil artificial con leche de otras especies, y como consecuencia muchos infantes de nuestra generación y posteriores ya no fueron amamantados por sus madres o iniciaron la complementación con otras leches u alimentos a edades más tempranas.

En realidad, como señala Leopoldo Vega Franco (1991), *“hace tan sólo tres generaciones que los niños recién nacidos pueden ser alimentados con sucedáneos de la leche materna sin que por esta razón sean expuestos, de manera inminente, a una muerte ‘prematura’”*. Lo curioso es que no hay evidencia alguna de que la alimentación con fórmula sea en realidad mejor o superior que la leche materna y sí evidencia sobre lo contrario (las evidencias sobre los múltiples beneficios nutricionales, inmunológicos, psicológicos, etc. de la lactancia materna abundan en la literatura¹) lo cual nos señala la existencia de una crisis biocultural en la concepción de lo que es la alimentación infantil.

¹ Para profundizar en los múltiples beneficios de la lactancia materna consúltese a Jelliffe, 1978 y a Stuart Macadam y Dettwyler, 1999, beneficios nutricionales para el crecimiento y desarrollo del infante, protección contra diversas infecciones en vías respiratorias y gastrointestinales, relación con menor número de casos de síndrome de muerte de cuna, relación con menor número de casos de abuso infantil, tendencia a mejor apego madre-hijo, prevención de cáncer mamario en la madre, etcétera. También el artículo de Villalpando (2001) sobre beneficios tempranos y tardíos del amamantamiento.

Si históricamente y como especie el ser humano ha sobrevivido y se ha desarrollado como tal basando la alimentación de los infantes en la leche del pecho materno durante los primeros meses ¿qué consecuencias puede tener el hecho de modificar un patrón de alimentación producto de nuestra historia biológica?, ¿Qué es entonces lo que ha determinado el cambio del patrón anteriormente utilizado? *“La decisión de una mujer para lactar se determina por su personalidad, educación, experiencia, familia, amigos y por la influencia de la comunidad política y de la publicidad”* (Vega Franco, 1985, p.IX)

Según diferentes estudios la capacidad humana que se tiene como especie para lactar es de un promedio de 3 a 4 años, obviamente complementada ya con otros alimentos desde aproximadamente los 6 meses de edad, y no entre el medio año y el año que se recomienda actualmente. El acortamiento del periodo recomendado se debe en realidad a una cuestión social, cultural y de desarrollo de alternativas de alimentación infantil masivas más prácticas y seguras que las anteriores opciones, así como a un patrón generalizado de medicalización en la vida cotidiana, especialmente en la crianza y alimentación infantil. Esto es en siglos pasados, las mujeres tomaban sus decisiones de crianza basadas en las experiencias de sus grupos de pares: sus hermanas, sus primas, sus propias madres, familiares o amigas. En cambio, desde mediados del siglo XIX, durante el XX, y actualmente, para buena parte de la población, el punto de referencia es la opinión del médico del hospital que suele tener muy poca información actualizada y científica sobre la práctica y los múltiples beneficios de la lactancia materna y quien está a su vez influido por diverso tipo de factores (políticas sobre alimentación infantil, publicidad a favor de las leches artificiales, poca información científica sobre la nutrición humana, etcétera) ²

Así, como dice Newton, en la reciente compilación de Stuart Macadam y Dettwyler (1999), esto ha ocasionado cinco fenómenos culturales diversos:

1. La pérdida del conocimiento individual, familiar y comunitario sobre la lactancia materna y el desarrollo de una nueva práctica de alimentación infantil a base de leche de fórmula maternizada y en biberón.

2. Una fuerte tendencia a otorgar la responsabilidad de la propia salud en manos de los médicos, pediatras, o a especialistas de la salud mental, como los psicoanalistas y psicólogos del desarrollo infantil, quienes desarrollaron la discusión sobre el vínculo madre-hijo, como si la madre fuera el único cuidador con quién el infante podía desarrollar una relación de apego y confianza.

3. El desarrollo de una actitud de superioridad por parte de los médicos hacia los pacientes basada en el hecho socialmente reconocido y científicamente sustentado de que es el personal de salud el único o quien mejor sabe sobre sus necesidades y desarrollo.³

4. El desarrollo de una mayor credibilidad en instituciones hospitalarias que necesitan de continuidad, regulación y horarios para su eficiente funcionamiento y que por ende tienden a regularizar todas las prácticas desarrolladas en su interior p.e. la alimentación de los infantes.

5. La existencia de protocolos hospitalarios prenatales basados en una serie de pruebas y procedimientos rutinarios, sin existir necesariamente una justificación médica, tales como: el monitoreo fetal, la suplementación alimenticia, el uso de oxitocina, la práctica excesiva de cesáreas, etc.

Actualmente, en muchos casos nuestra propia cultura encauza a las madres a dirigirse con el médico, el especialista, para resolver sus preguntas sobre la lactancia, antes que legitimar el contacto con otras mujeres que han pasado efectivamente por la experiencia; y estos médicos, quienes, en términos generales, tienen pocos conocimientos actualizados pueden proporcionar respuestas que biológicamente pueden tener impactos muy significativos a lo que sólo era una respuesta cultural.

² Para una excelente discusión de cómo se fue modificando este patrón de conocimiento a través de los propios pares y el desarrollo de una “ciencia” que modificó el ámbito doméstico de la crianza infantil consúltese la obra de Boltanski, 1974, sobre la puericultura.

³ Recuérdese, además, que por muchos años la profesión médica fue del dominio masculino, ocupando la mujer tan sólo un lugar de ayuda o apoyo en el papel de la enfermería.

La producción de la leche industrializada desarrollada a mediados del siglo XIX y popularizada durante el XX ha hecho posible por primera vez en la historia de la humanidad la supervivencia de la especie sin leche materna. Que su uso se haya masificado hace apenas unos 50 años en Europa y Norteamérica y a menor escala en otros países significa que hasta hace unas 2 ó 3 generaciones los niños seguían siendo mayoritariamente amamantados por sus madres. Apenas hace unos años se comenzaron a observar las consecuencias del cambio en el patrón alimentario: desarrollo de otro tipo de enfermedades, deficiencias de nutrientes, etc. ⁴ Y si bien es cierto que la mortalidad infantil ha disminuido en las últimas décadas no ha sido a causa de la alimentación artificial, sino al avance y desarrollo generalizado de mejoras sanitarias e higiénicas, así como de atención médica, y se sabe que esta situación es diferenciada según condición de pobreza y marginalidad (Lozano, 2000).

“La alimentación artificial infantil es el equivalente a un experimento nutricional en escala masiva como nunca había habido en la historia de la humanidad desde la revolución agrícola y no debe sorprendernos que la alteración de ese patrón de comportamiento pueda tener algunas consecuencias biológicas adversas”. (Stuart Macadam, 1999, p.28)

3.1 La lactancia en la prehistoria y en la historia antigua

Durante el 99.9% de nuestra vida en el planeta como especie los infantes humanos se han alimentado con leche de pecho, este es el método de alimentación para el que hemos sido seleccionados biológicamente, al cual nos adaptamos y gracias al cual hemos sobrevivido por millones de años (Stuart Macadam, 1999, p75)

Diversos estudios en restos fósiles (huesos y dientes) han permitido deducir que la lactancia materna se prolongaba hasta los 4 o los 6 años de edad en tiempos de la prehistoria y los evolucionistas sostienen que seguramente la lactancia cumplía con muchas otras funciones que la de simple nutrición, sino también la del apego, la de la protección, la del reconocimiento madre-hijo, etc. De hecho se sabe que la lactancia fue uno de los comportamientos y/o patrones que permitieron la supervivencia de la especie. ⁵

⁴ Para mayor referencia consúltese a Jelliffe, 1978, cuando habla de la alimentación artificial como el más grande experimento *in vivo* y sin control, p. 209.

⁵ Consúltese a Stuart Macadam en Stuart Macadam y Dettwyler, capítulo 3, *Breastfeeding in Prehistory*, así como a Blaffer Hdry (2001) quienes reflexionan sobre la protección inmunológica de la lactancia sobre los

Los primeros indicios de patrones de lactancia materna se encuentran en textos de diferentes pueblos y culturas de la antigüedad, en códices egipcios del año 3000 a.c. y en fuentes babilónicas en donde se habla de que la lactancia materna debía practicarse por espacio de dos a tres años. En tablillas hebreas se considera un tiempo recomendado de tres años y en textos médicos de la India (1500 a 800 a.c.) se habla que la leche de pecho debe darse como único alimento durante el primer año de vida del infante y sólo comenzar a introducir otros alimentos al segundo año de vida, iniciándose el destete de forma gradual hasta el tercer año. (Stuart Macadam, op.cit.)

En Grecia (año 1000 a.c.) se recomendaba la leche materna por un periodo de seis meses y luego complementando con leche de vaca hasta el año y medio. En Bizancio (4-7 a.c) se recomendaba el pecho entre los 20 y los 24 meses de vida del infante. En el Islam se sugería que fuera al menos de dos años, y en el Talmud (536 a.c.) de 18 a 24 meses (ibidem).

Existen también registros del uso de las nodrizas en algunas de estas culturas antiguas, es decir, de mujeres sustitutas que eran contratadas para amamantar niños ajenos, caso de Egipto, Mesopotamia, Roma y Grecia, pero en la gran mayoría de los casos fueron excepciones al patrón de crianza, es decir, que el patrón generalmente aceptado por las sociedades es que las madres amamantaran a sus propios hijos, recurriéndose a las nodrizas de leche solamente cuando esto era imposible, básicamente por enfermedad o muerte materna (ibidem).

Cabe también recordar la gran cantidad de mitos y leyendas a lo largo de la historia y en diversas culturas sobre la existencia de infantes que por diferentes circunstancias fueron amamantados por animales y lo que esta práctica suponía influenció en el temperamento y carácter de los niños, lo cual nos señala la importancia que se asociaba no sólo a las propiedades nutricionales e inmunológicas de la leche materna sino a las de índole psicológica (desde Esculapio y Dionisio que fueron amamantados por cabras, Telefo –el hijo de Hércules- que fue amamantado por una cierva, Cloe por una borrega, Pelio por

infantes, pero también sobre el hecho de mantener a las crías calladas y seguras con las madres o el clan, a salvo de depredadores.

una yegua, Ciro por una perra y Rómulo y Remo por una loba, hasta historias en el siglo XX ubicadas en la India sobre niños lactados por lobas (Vega Franco, 1991, p. 19)

3.2 La lactancia en la Edad Media y el Renacimiento

No es sino hasta la Edad Media que se comienzan a tener registros escritos de sustitutos de leche de pecho por leche de diferentes animales (cabra, vaca) y por el famoso “*dry nursing*” alimento en seco hecho de grano, pan, agua y/o leche. Además, es en esa misma época que se tienen registros de las primeras “*wet nurses*” o nodrizas, como un tipo de patrón alimenticio utilizado por un grupo social específico: mujeres de clases sociales acomodadas que contrataban mujeres campesinas para la alimentación al pecho de sus hijos.⁶ Y se observan, incluso, diferentes patrones, la nodriza contratada en casa de la propia familia o la nodriza que se lleva al infante al campo para ser criado y que lo regresa a casa paterna después de los primeros años de vida.⁷ Cabe mencionar que en la mayoría de los casos de “contratación de nodrizas” se estipulaba con claridad la serie de atributos que la candidata debería de cumplir para ser considerada una nodriza adecuada o de buena calidad porque, además, se consideraba también que el niño podría adquirir mediante la lactancia ciertas características específicas de la proveedora de leche.⁸ Ahora bien, las razones de esos patrones de utilización de nodrizas en esas clases sociales se deben a varios factores entre los cuales destaca el deseo de las clases acomodadas por tener mayor descendencia, pues desde tiempos antiguos se conocía la relación entre el amamantamiento y el espaciamiento de los embarazos, y el hecho de asociar la lactancia al desgaste físico de la mujer.

Sin embargo, y tal como apunta Badinter, lo que comenzó siendo una práctica de sectores acomodados de la sociedad terminó siendo una tendencia y en Francia durante los siglos XVII y XVIII para la mayoría de mujeres trabajadoras de las zonas urbanas quienes enviaban a sus hijos al campo para ser criados por las nodrizas y mientras más pobres eran las mujeres más lejos y con menor control se enviaba a los infantes. La razones de tal decisión obedecía diversas razones, entre las cuales destaca, como apunta Badinter,

⁶ Recuérdese, también, la existencia de las nodrizas de las casas reales europeas, con frecuencia pintadas en cuadros, amamantando a los hijos de reyes y reinas.

⁷ Según lo que Levin denomina el “*obscurantismo pediátrico*” tan sólo el 3% de los niños nacidos en las grandes ciudades de Europa eran alimentados al pecho por sus madres, citado por Vega Franco, 1991

⁸ Consúltese a Jelliffe, 1978, capítulos 9 y 10, a Stuart Macadam y Dettwyler, 1999, capítulo 4 y a Fides, 1986, p. 48.

las de costo beneficio en el sentido de que era más conveniente en términos económicos que las mujeres trabajadoras contrataran una nodriza para sus hijos a dejar de desempeñar las labores que realizaban. Pero, como señala, Blaffer Hdry, también se refleja el interés de las madres pobres trabajadoras por tratar de lograr la supervivencia de sus hijos teniendo que elegir entre las pocas opciones que ellas tenían y, normalmente, mientras más pobres son las personas, menos opciones se tienen (Blaffer Hdry, 2001). Las altas tasas de mortalidad infantil en el París de esos años indican severos conflictos de crianza materna, tanto a nivel individual, como social y se promulgan entonces leyes y normas para regular la función y características de las nodrizas, así como para tratar de reducir la práctica del envío de infantes, no sólo por el interés de los Estados en los infantes como futura fuerza de trabajo, sino por cuestión de política moral (ibidem).

Por otra parte, se tienen registros durante el siglo XV de algunos países nórdicos tales como Rusia, Suecia, Islandia, Finlandia, partes de Austria, el norte de Italia, Bohemia y Alemania en donde, como patrón general, no se amamantaba a los infantes, pero las tasas de mortalidad eran del 50%. De alguna manera lo extremo del clima favorecía al menor desarrollo de infecciones y enfermedades, cosa que no sucedía en países con clima más cálido en donde el riesgo de infecciones y descomposición de alimentos era mucho más elevado. (Stuart Macadam, ibidem).⁹

Para lograr la alimentación de los infantes que no fueron alimentados al seno materno de sus madres o de nodrizas se desarrollaron diversos implementos utilizados para la suplementación y alimentación artificial. Desde latas u ollas con chupones de tela, hasta cuernos para la leche de animales, botellas con chupón de tela y cucharitas. Y se sabe que se utilizaban diferentes mezclas de granos y leche de animales o azúcar y pan envueltos dentro de tela para chupar.

Para el siglo XVIII, poco a poco la alimentación en seco "*dry nursing*" y a mano "*hand feeding*" comenzó a volverse más popular y además más barata que el contratar a una nodriza de pecho. Sin embargo, se cuentan con diversos registros de aumento de

⁹ En esas regiones europeas el tipo de vestimenta típica de las mujeres, *el tyrol*, dificultaba considerablemente la lactancia materna y prácticamente la imposibilitaba, pues lo ceñido de la parte superior del atuendo, al igual que en el caso de los corsés utilizados por la damas de sociedad europeas del siglo XVI, achataban los pechos y en muchas ocasiones generaban pezones invertidos, Huggins, K. En *The Nursing Mother's Guide to Weaning*.

mortalidad debido al "*deseo de leche de pecho*". Como muestra, un botón: en el Dublin Foundling Hospital, entre 1775 y 1796 de un registro de 10, 272 infantes alimentados en seco (*dry nursed*) sólo sobrevivieron 45, es decir que la mortalidad fue del 99.6% debido a la falta de leche materna (Stuart Macadam, op.cit., p.83) y en 1660, en Inglaterra, se reportan casos del 50% de mortalidad entre infantes no amamantados, "*muerte por deseo de leche materna*" vs casos de tan sólo 20% de mortalidad entre bebés alimentados al pecho (Wickens, 1953, citado en Jelliffe, 1978).

Para la época del Renacimiento, ante la preocupación de los Estados por las altas tasas de mortalidad infantil, y con las ideas de la vuelta a la naturaleza de Locke y de Rosseau se comienza a regresar a los patrones más naturales de alimentación y crianza infantil en varios países de Europa y las madres, aún de clases acomodadas, vuelven a hacerse cargo de la alimentación al pecho de sus propios hijos, muy influenciadas por las nuevas políticas de los Estados nacientes y su preocupación por la supervivencia infantil debido a su futuro uso como fuerza de trabajo o como defensa (Badinter, 1991). Es precisamente en los textos de Rousseau se comienza a difundir la idea de la relación entre el flujo de la leche materna y el despertar del amor maternal (Ibidem). Cabe mencionar que en Francia el impacto de tales ideas fue reducido y se continuó el uso masivo de nodrizas de leche durante todo el siglo XVIII. Pero, independientemente de quien se hiciera cargo de la lactancia los registros indican un tiempo mínimo que va desde un año hasta los tres años o más (Fildes, en Stuart Macadam, op.cit., p. 103). Entre las principales razones identificadas para lactar en la historia antes de la Revolución Industrial y del descubrimiento de los antibióticos, así como del desarrollo de condiciones higiénicas y sanitarias generalizadas, se distinguen con claridad las siguientes: la mayor esperanza de vida para el niño, la salud de la madre y del niño, la belleza de la madre, el lazo emocional entre madre e hijo y el espaciamiento de embarazos.

Finalmente, a lo largo de todos los registros consultados sobre la alimentación infantil en esta época se detectan una serie de técnicas y procedimientos para el destete del infante, generalmente, drásticas: utilización de sustancia desagradables en el pezón de la madre o nodriza, utilización de opio en los infantes para adormecerlos, separación inmediata del infante con respecto a su madre o nodriza, etcétera. (Fildes, 1986, citado por Huggins, 1999).

3.3 La lactancia materna después de la Revolución Industrial

Después de la Revolución Industrial hubo muchos cambios que afectaron la alimentación infantil, no sólo por la serie de inventos e innovaciones, sino por los nuevos patrones de vida cotidiana que se hacían necesarios para lograr el buen funcionamiento de la industrialización (además de la paralela urbanización): es decir, la necesidad generalizada de que las mujeres de ciertos estratos socioeconómicos trabajaran en las fábricas, lo cual impactó en la menor existencia de nodrizas de pecho, pues los salarios en las fábricas eran mejores. Además, paulatinamente, la constitución de las familias fue cambiando de extendida a nuclear y también se fueron modificando los papeles de sus integrantes, adquiriendo el niño un papel central y cuestionándose por primera vez en la historia los derechos de la "infancia" y la preocupación social por la condición de las mujeres-madres (cfr. Jelliffe, 1978, p.183 y Badinter, p. 165).

A medida que las nodrizas de pecho desaparecían y que la necesidad de alimentar a los infantes con otro tipo de alimentos crecía se comenzó a utilizar el patrón de alimentación infantil basado en leche de vaca (principalmente) y/o en la complementación con otro tipo de líquidos, papillas o sólidos; al inicio, con riesgo considerable en la salud de los infantes.¹⁰ Empero para mediados del siglo XIX las observaciones de algunos médicos permitieron identificar con relativa claridad que el empleo de la leche de vaca propiciaba una mayor incidencia de diarrea entre los infantes y el peligro de que los niños enfermaran y murieran logró detener momentáneamente la generalización del nuevo patrón de alimentación. Así, la cuestión de lograr el mantenimiento en buen estado de la leche se convirtió en prioridad, comenzando a desarrollarse diversos procedimientos con el objeto de lograr un método que permitiera la conservación de la leche.

"Para 1856, en Francia, Borden logró desarrollar un método para concentrar la leche de vaca mediante un proceso de evaporación al vacío, preservándola luego mediante la adición del azúcar obteniéndose así la primera "leche condensada" (Vega Franco, 1991, p. 20). Poco tiempo después, en 1883, se logró la elaboración de la leche "evaporada"

¹⁰ Consúltese a Jelliffe (1978) y los registros de las altas tasas de mortalidad infantil en Inglaterra y en varias ciudades Europeas debido a la industrialización, al trabajo femenino y a la disminución de la lactancia materna (p. 183), así como la cita que el propio Jelliffe hace de Newman y su libro *Infant Mortality* (1906) en donde se considera a la mortalidad infantil como un problema social muy similar a lo observado actualmente en los países en vías de desarrollo ante la insuficiente condición de higiene en el lavado de biberones.

(esterilizada entre 90° y 115° C). El empleo del procedimiento acreditado al biólogo francés Pasteur conocido como "pasteurización" dio lugar a la aceptación gradual de la leche de vaca para alimentar a los infantes debido a la disminución del riesgo de diarreas.

Para ese entonces el desarrollo de la puericultura como la ciencia que instruía y capacitaba a las mujeres en el correcto desempeño de la crianza infantil estaba en auge y controlaba, en gran medida, las creencias de las madres sobre los anteriores patrones de alimentación y de crianza, imponiendo como necesaria tendencia, hacia el progreso y la modernidad, el control y la medición de todas las actividades que la madre desarrollaba con sus hijos, incluyendo, por supuesto, la lactancia, el uso de alimentos sustitutos o complementarios, el destete, etcétera. (cfr. Boltanski, 1974)

Asimismo, la medicina tenía un espectacular avance en los campos de la bacteriología, la asepsia, la cirugía, la anestesia y la radiología (cfr. Jelliffe, 1978, págs. 185-188) y se comienza a conceptualizar el parto como un proceso potencialmente patológico con la consecuente necesidad de aislar al binomio madre-hijo para que todo el proceso fuera lo más higiénico y controlado posible. Por supuesto, como dice Jelliffe, se desconocía el significado psicológico y biosocial del parto en el ambiente familiar.

Para 1920, la mayoría de los niños en Europa y Norteamérica estaban siendo alimentados de forma diferente a la natural, aunque había grandes diferencias entre el campo y la ciudad, en las áreas rurales la alimentación al pecho se siguió practicando casi de igual manera durante varias décadas más, pero en las áreas urbanas los infantes comenzaron a ser suplementados a las pocas semanas o meses de edad, más aún, si la madre trabajaba.

Para el periodo comprendido entre 1890 y 1900, que es cuando se comienzan a tener estadísticas sistemáticas de los patrones de alimentación infantil en países desarrollados se observan datos en áreas urbanas de poblaciones donde menos del 50% de los infantes habían recibido leche materna entre los 0 y los 3 meses de edad. Los horarios de trabajo y los requerimientos fabriles tuvieron mucha influencia en el desarrollo del nuevo patrón de alimentación, pues según registros en Inglaterra el horario laboral sólo permitía a la madre lactar a su hijo una vez en la mañana antes de irse a la fábrica y una o dos veces más en la noche cuando salía de la misma, razón por la cual el infante tenía que

ser alimentado durante el día con otro tipo de alimento y el destete se iniciaba a los pocos meses debido a la baja producción de leche ante la escasa demanda. Vale la pena mencionar que las ciudades inglesas de gran tradición fabril (como las molineras o las textiles) presentan las más altas tasas de mortalidad para mediados de 1800's, y, al igual que ciudades industrializadas de Norteamérica presentan las más bajas tasas de duración de alimentación al pecho y de inicio de la lactancia (Jelliffe, 1978).

Finalmente con la 1ª Guerra Mundial termina el uso de las pocas nodrizas que aún quedaban en zonas urbanas y contratadas como tales debido a la inserción masiva de mujeres en las fábricas y hubo diversas consecuencias. Por una parte, las mujeres pobres ya no se contrataban como nodrizas sino que entraban a trabajar a las fábricas, por lo tanto su número de embarazos creció y tuvieron más hijos con mayor frecuencia (con todas las consecuencias que esto implicó para la salud de la mujer), pero además, como ya no daban pecho, la mortalidad de sus hijos aumentó. Por otra, las mujeres de mayores ingresos tuvieron que lactar a sus hijos ellas o empezaron a dar biberón para suplementar. Si lactaban, tenían menos embarazos, menos hijos, hijos más sanos y si suplementaban, como sus condiciones de higiene y salud cotidianas eran superiores se observó una menor tasa de mortalidad infantil en comparación con lo observado entre los hijos no amamantados de mujeres de estratos similares.

Paralelamente, es interesante observar como se fue modificando el límite sugerido para iniciar el destete. Para la Europa del siglo XVII se observan recomendaciones de indicadores tales como la salida de los dientes y que el infante pudiera ya estar sentado como señales de inicio del destete. Para el siglo XVIII la mayoría de los infantes se estaban destetando antes de la salida de los dientes y aunque aún no pudieran estar sentados, y, curiosamente, comenzaron a detectarse diversos problemas gastrointestinales recurrentes. Coincidentemente, en 1884 se inventa la primera tetina de goma.

3.4 La lactancia en el siglo XX

A pesar de que durante la segunda mitad del siglo XIX hubo intentos por desarrollar sucedáneos de leche humana, utilizando leche de vaca adicionada con cereales y azúcar, las propuestas no tuvieron mucho éxito. No fue sino a principios del siglo XX cuando se

comenzaron a calcular los volúmenes de leche que consumía un infante así como los que se consideraban necesarios, tomando en cuenta desde sólo los componentes hasta la masa corporal del infante, según se iban desarrollando las investigaciones.

Para 1920, aproximadamente, se popularizó el empleo de complicadas fórmulas matemáticas para calcular la alimentación que debían recibir los niños y de ahí se tomó el término de “fórmula” como un sinónimo de un alimento indicado por el médico para la alimentación infantil (cfr. Vega Franco, 1991, p. 21). A partir de entonces y gradualmente la alternativa de alimentar con fórmula” a los infantes se comenzó a generalizar, así como la idea de que la sobrealimentación (mayor masa corporal) de los infantes era sinónimo de bienestar, salud y buen desarrollo, muy difundida por las primeras compañías productoras de alimentos sustitutos y complementarios para los bebés a través de diferentes publicaciones populares para mujeres (Newman y Apple, citados por Huggins, 1999) ¹¹

Obviamente, las primeras en poder iniciar destete a más temprana edad y abandonar la lactancia materna fueron las mujeres de estratos medios y altos porque podían pagar primero una nodriza y luego los sustitutos de leche materna, pero después, conforme la industria de la leche artificial se fue masificando también otros estratos menos favorecidos tuvieron acceso, sólo que en condiciones cotidianas y estructurales mucho menos adecuadas (deficientes condiciones de salubridad, higiene, acceso a servicios, etc.)

Por otra parte, alrededor de 1920 comenzó a cambiar la imagen que se tenía sobre la lactancia materna y simbólicamente se consideró a la leche materna como otra secreción más del cuerpo, como “*algo impuro y sucio*” (Jelliffe, 1978,) además de que los pechos de la mujer comenzaron a ser considerados como objetos eróticos, sensuales y fuentes de placer, negándoseles su función nutricia. ¹² Todo lo anterior motivó que la alimentación artificial fuera cada vez sinónimo de “*status*” y de “*modernidad*”.

¹¹ Revisar revistas del tipo de *Good Housekeeping* en donde se hacía énfasis en lo “*peligroso*” que podía resultar el seguir el “*instinto materno*” y la conveniencia de apegarse a las reglas científicas modernas de la alimentación infantil, años 1911 a 1915, así como diversos panfletos publicitarios en Jelliffe, 1978, capítulo 11.

¹² Para una excelente exposición al respecto de la erotización y comercialización de los senos consúltese a Dettwyler, “*Beauty and the Breast: the Cultural Context of Breastfeeding*” en *Breastfeeding: Biocultural*

Para mediados de la década de los años cincuenta había una gran variedad de fórmulas disponibles en el mercado con diferentes características según las supuestas necesidades de los infantes con el objeto de lograr un alimento más fácilmente digerible: leches maternizadas, enteras, semidescremadas, descremadas, proteinadas, acidificadas, etcétera. Para los 60's existían gran cantidad de alimentos infantiles procesados y el inicio el destete y/o de la ablactación se había reducido de los 24 meses, según la literatura médica de principios de siglo, a entre dos y cuatro meses de vida, e, inclusive, algunas madres comenzaban a introducir otros líquidos y alimentos semisólidos a la dieta del infante a las dos semanas de edad. Las principales razones: el supuesto buen crecimiento y mejor desarrollo de los niños, de acuerdo a las diversas campañas de publicidad (op.cit., p.201).

Además y aunado a lo anterior, en pleno siglo XX y en el auge del científicismo y de la medicalización de la vida en general, incluso se llegó a hablar de la superioridad de la leche artificial y como cada vez más mujeres comenzaron a parir en hospitales con rutinas médicas establecidas y con horarios rígidos, sedantes y medicamentos de rutina, cuneros separados para los recién nacidos, el uso del biberón y de la fórmula comenzó a ser algo "natural".¹³

Para concluir, en 1953 Sackett propone un nuevo concepto en la alimentación del bebé, "*alimentarlo de acuerdo a los horarios del resto de la familia*" y así se fueron cambiando las recomendaciones de cada dos horas hasta las de cada cuatro ó cinco. Había que lograr que el bebé se adaptara a la rutina de los demás miembros de la familia a la menor edad posible, y así, no sólo en Estados Unidos, sino en varios países de Europa se marcan horarios estrictos de alimentación de los infantes y se comienzan a desarrollar estrictas escalas de peso y de nutrición basadas en un criterio único, olvidando las posibles diferencias individuales por raza y etnia, por condición social, etc.¹⁴

Perspectives, Stuart Macadam y Dettwyler, 1999, y obsérvense las impresionantes estadísticas de las cirugías para el agrandamiento del seno y las terribles consecuencias en la lactancia materna.

¹³ "A principios de los años 20 los hospitales comenzaron a ofrecer otra atracción: el nacimiento bajo drogas, sin dolor. A la mayoría de las mujeres les encantó esta idea. Mientras que en 1900 menos del 5% de las mujeres norteamericanas daba a luz en los hospitales, en 1939 el 50% lo hacía, ayudada por la incrementada disponibilidad de automóviles. En 1950, más del 80% de las mujeres norteamericanas paría a sus bebés en hospitales (Wertz y Wertz, citado en Huggins, 1999)

¹⁴ "Las mamadas eran cada 4 horas y a veces cada 8 (Apple, citado por Huggins, 1999). Si un bebé lloraba entre mamadas o dormía entre ellas, no importaba. A cada mamada le seguía siempre un biberón. Las rutinas de los hospitales no sólo deben haber hecho sentir a las madres que amamantaban sucias e indefensas, sino que también frecuentemente retrasaban o limitaban su producción de leche, llevando por lo tanto a un destete

Durante la segunda mitad del siglo XX se siguieron desarrollando diversos estudios relativos a la elaboración de las leches artificiales para sustituir o complementar la lactancia materna y muchas más marcas fueron “lanzadas” al mercado cambiando los componentes principales o las cantidades de ciertos nutrientes o siendo recomendadas para diferentes edades. Muchas fórmulas anteriormente utilizadas han sido desechadas o modificadas y con frecuencia se realizan observaciones de diversos efectos en la salud, nutrición y desarrollo de los infantes como consecuencia de dicha forma de alimentación. Como mencionan Jelliffe (1978) y Stuart Macadam (1999) es hasta ahora que comienzan a observarse las consecuencias generalizadas del cambio en el patrón de alimentación infantil: descubrimiento de nuevas enfermedades, cantidades inadecuadas de ciertos componentes de las leches artificiales, etcétera.

Para fines de los 70's, después del auge de la alimentación artificial y muy relacionado con el desarrollo de diferentes movimientos sociales que proponían el “regreso a lo natural”, comienzan a emerger cada vez con más orden y claridad una serie de contra propuestas y de contra movimientos sociales y culturales. Ante la evidencia real de las diversas consecuencias de la disminución de la lactancia en la salud física y emocional de mujeres y niños algunos grupos de mujeres, padres e inclusive, de profesionales de la salud comienzan a cuestionar el “nuevo” modelo de alimentación imperante y surgen propuestas específicas para recuperar la lactancia dentro de un contexto más amplio que cuestiona la exagerada medicalización y control de la vida cotidiana y propone, entre otras cuestiones, el recuperar el poder femenino durante el parto y la crianza (“*women empowering*” y “*natural mothering*”), y el evitar prácticas médicas innecesarias. El inicio y fuerte desarrollo de instituciones tales como la Liga de la Leche (institución mundial creada a fines de los 50's y cobrando cada vez más auge tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo), así como la creación de diversos grupos de apoyo para la lactancia y la crianza infantil en diferentes países (cfr. Jelliffe, 1978 y Stuart Macadam, 1999) constituyen prueba fehaciente de la enorme necesidad de apoyo social y emocional, así como de orientación y necesidad de conocimiento que requieren las mujeres con respecto a la lactancia materna y a la crianza infantil.

temprano. La causa más a menudo citada para abandonar la lactancia materna era la “mala leche” o la “insuficiencia de leche” (Apple)”, citado por Huggins (1999).

Los datos de las altas tasas de lactancia registradas en países significativamente desarrollados tales como Finlandia y Suecia, así como la existencia de grupos a favor de la liberación de la mujer en Noruega y Australia que apoyan la lactancia conducen a la seria reflexión de que la lactancia no está “peleada” con la modernidad, ni con el progreso, ni con una condición de igualdad para las mujeres y proporciona evidencia real del impacto que se puede tener con programas de información y apoyo social.¹⁵

Actualmente, cada vez hay mayor evidencia no sólo de las ventajas inmunológicas y nutricionales de la leche materna¹⁶, sino de las psicológicas, y de que no ha podido producirse una leche artificial que contenga todas las ventajas y beneficios de la leche humana. Y ante tal evidencia cada vez se han desarrollado más regulaciones y políticas a nivel mundial para proteger al infante y controlar la producción y el uso de las leches artificiales, y diversos programas de promoción tratando de reconstruir la cultura de la lactancia perdida.¹⁷ Empero, las tasas de alimentación al pecho en términos generales no logran aumentarse según lo recomendado por los organismos internacionales de salud (OMS, UNICEF) debido a la serie de ventajas que esta forma de alimentación significa para algunas mujeres entre las cuales caben destacar las siguientes: independencia, comodidad, posibilidad de continuar desarrollando actividades laborales o sociales fuera del hogar, confianza en que es una forma de alimentación “segura” para el infante, posibilidad de que otras personas apoyen en la crianza, prevención de problemas en pezones y desarrollo de infecciones en pechos (grietas, mastitis, etc.), etc.

¹⁵ Consúltense las referencias de Jelliffe (1978) sobre el apoyo que algunos grupos a favor de la liberación de la mujer manifiestan cuando afirman que *“la mujer pueda voluntariamente desempeñar su papel biológico”*, p. 307, lo cual nos obliga a considerar con seriedad la propuesta de Dettwyler sobre la importancia de la *“decisión informada”* en todos los aspectos que se refieren a la salud reproductiva y a la crianza infantil, incluyendo la lactancia materna. También llaman la atención los datos reportados por el Dr. Peña Guitian, 1999, “Pero es tanto lo que nos jugamos (de la salud y el bienestar de los bebés depende nada más y nada menos que el futuro) que es hora de plantear cara al fenómeno y desplegar con inteligencia y decisión toda una serie de estrategias que permitan revertir la situación y alcanzar niveles de lactancia al pecho como tienen otros países como Suecia, donde el 80% de las madres todavía amamantan a sus hijos a los seis meses, o Finlandia donde más del 90% de las madres dan el pecho en los primeros 4 a 6 meses de vida” y en donde los padres han sido incorporados al proceso de promoción de lactancia y considerados en los programas oficiales de apoyo a la crianza infantil incluyendo permisos con goce de sueldo para cuidado de sus hijos durante los primeros meses de vida (Introducción al libro, Lactancia Materna para Profesionales, ACPAM, España, 1999).

¹⁶ Como un ejemplo de la múltiple lista de beneficios y ventajas de la lactancia materna, tanto para el niño, como para la madre, consúltense el documento “Cincuenta buenas razones para amamantar, del Dr. Ortiz, del Hospital Amigo de la Madre y el Niño, Rosario de Lerma, publicado en Boletín Enredados de Ibfan, 1999, así como los recientes estudios e investigaciones reportados en Stuart Macadam y Dettwyler, 1999.

3.5 La lactancia en México a lo largo de la historia

Los datos históricos existentes en el caso de México indican que, al igual que en la mayoría de las culturas antiguas, los grupos étnicos existentes antes de la Conquista practicaban la lactancia materna como la forma principal de alimentación infantil, aunque hubiera algunas diferencias según diferentes regiones del país y diferentes culturas. Los infantes recibían leche materna durante los primeros tres a cuatro años de vida, aunque la dieta comenzaba a complementarse desde los primeros meses mediante el uso de otros líquidos y alimentos. A la leche materna se le atribuía un gran valor simbólico y místico y se consideraba fuente de energía importante para la vida y la buena salud (Vargas, 1993, p. 13). Además, entre ciertos grupos étnicos, las mujeres eran altamente valoradas por su capacidad de generar el preciado líquido así como por su capacidad de engendrar vida, razón por la cual en caso de muerte de parto tenían un lugar privilegiado en el mundo de los muertos y pasaban a la categoría de una diosa (Chihuahueteto).

Asimismo la leche materna se consideraba tan necesaria que se afirmaba que al morir los infantes estos iban al "*Chichiulcuahuco*", el treceavo cielo, "*en este lugar se encontraban bajo las ramas de un árbol nodriza, el chichiualquiauitl (chichihua: nodriza, cuahuilitl: árbol) de cuyas ramas colgaban, como frutos, mamas destilantes de leche*" y decían "*allí viven en el árbol de nuestro sustento, de él chupan*" (Morales Suárez, p. 7) y esto servía de consuelo para las madres que habían tenido la desgracia de perder a un hijo lactante. Los datos también indican que a falta de leche en la madre, o debido a la muerte de la madre, se utilizaban los servicios de una chichihua o nodriza de leche. Llama también la atención la gran variedad de textos y consejos para aumentar la producción de leche o para aliviar las molestias de los pechos o cuando el niño rechazaba el pecho.

Después de la Conquista, durante la Colonia, las crónicas y relatos indican que el patrón de alimentación no parece haber variado mucho en el caso de todos los estratos sociales. Llama la atención que al igual que en otros grupos sociales de la Europa de la época, y posiblemente debido a esa influencia, sí se llegaron a utilizar los servicios de las nodrizas indígenas (chichihuas) para lactar a los hijos de los grupos sociales más favorecidos de la

¹⁷ Desde la *Declaración del Inocente* en los 90's, hasta diversas propuestas internacionales, como las reglas para los *Hospitales Amigos de la Madre y el Niño* (90's) y diversas regulaciones nacionales para la

naciente sociedad novohispana, pero la práctica no tuvo tanto auge en comparación con lo observado en Europa.¹⁸

En obras del siglo XIX como la novela de "La Quijotita y su Prima" y según la obra de Alonso Zurita, citado por Vargas (1993), "Breve y Sumario..." se recomendaba el seguir amamantando a los niños hasta los 4 años de edad y se reconocía el valor nutricional de la leche, recomendándose el uso de una nodriza solamente en caso de que la propia madre no pudiera amamantar al niño. Por otra parte, al igual que los datos de antes de la Conquista se observa la existencia de crónicas y relatos conteniendo gran serie de consejos, recetas y prácticas para el fomento y apoyo de la lactancia, así como para la solución de los posibles problemas.

Durante el periodo posterior a la guerra de independencia e inclusive hasta después de la Revolución el patrón generalizado de alimentación infantil seguía siendo el de la leche materna y se reconocía la gran importancia nutricional, inmunológica y afectiva de la misma, así como su relación con el control de la fertilidad (cf. texto de la novela La Nodriza, citado Vargas, 1993). No es sino hasta mediados del siglo XX cuando comienza a cambiarse masivamente el concepto de la dieta infantil comenzando a incorporarse poco a poco, primero en los estratos más acomodados y en las ciudades, la idea de que el uso de las fórmulas era no sólo bueno para el niño, sino símbolo de modernidad y de progreso. Existen pocos estudios que comenzaron a documentar el proceso, el estudio de Isabel Kelly en 1953, desarrollado en Coahuila, permite identificar el cambio de patrón de alimentación infantil de los neonatos y las nuevas creencias y actitudes asociadas.

Es interesante observar que, muy posiblemente debido al estrecho contacto con los Estados Unidos de América, y al papel que jugaron los laboratorios médicos, generalmente de origen extranjero, así como los propios médicos convencidos de las beneficios de las nuevas leches maternizadas, las revistas de consejos domésticos y la publicidad masiva, en general, hacen constante relación a las grandes ventajas de las leches artificiales: los bebés rozagantes y gordos, las madres liberadas, etc. (cfr. Jelliffe, 1978, p. 192) Para los años 50's en la Ciudad de México ya se contaba con la existencia

producción y distribución de leches artificiales.

¹⁸ Sin embargo, es interesante mencionar que la utilización de nodrizas de leche (*chichihuas*) todavía se practica en ciertas zonas rurales del país y que los niños amamantados al pecho por una misma madre se consideran como hermanos de leche, aunque no sean hermanos biológicos.

de 30 diferentes marcas en el mercado, siendo varias utilizadas en el Hospital Infantil (Vega Franco, 1991, p.21).

Por otra parte, las estadísticas existentes en el país indican que todavía para 1960 prácticamente el 100% de los infantes en México eran alimentados al pecho aproximadamente hasta los 6 meses, aunque la lactancia fuera complementada, pero este porcentaje bajó hasta el 45% para 1966 (cfr. Jelliffe, 1978, p. 217). Para la década de los 70's, la Encuesta Nacional de Nutrición indica que el 79% de los menores de un año inician la lactancia materna, sin embargo, en el 72% de éstos la duración es cuando mucho de tres meses (cfr. *Programa Nacional de Alimentación*, citado en Cuadernos de Nutrición, vol. 14, 1991, p. 21¹⁹). Para en 1988, la misma fuente indica que el 14% de los infantes en México nunca fueron amamantados, que el 25% recibió leche materna por menos de cuatro meses y que del 61% que sí recibió alimentación al pecho, la mitad fue complementada con otros líquidos o sólidos. Sólo el 11% de la muestra había recibido lactancia materna exclusiva. Para el mismo año la Encuesta Nacional de Salud de la SSA señala incluso porcentajes menos alentadores, pues se reporta un total de 19% de infantes que nunca fueron amamantados y un 40% que recibieron leche materna por un máximo de tres meses.

Obviamente que se observan diferencias sustanciales según zona del país (norte, centro, sur), condición de urbanización (zonas rurales, semirurales, urbanas y metropolitanas), de etnicidad y según estrato socioeconómico (estratos bajos, medios y altos) (cfr. Encuesta Nacional de Salud de la SSA, 1988 y la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 1992 del INEGI). Además, estudios recientes han identificado que variables tales como la edad materna, el empleo materno fuera de casa, la paridad, el sexo del bebé, la existencia de salpingoclasia, etcétera están claramente relacionadas con el inicio y la duración de la lactancia. (Salas, 1995, Pérez Escamilla, 1993, Hernández Garduño y col., 1999)

Sin embargo, en términos generales, y a pesar de los valiosos esfuerzos de promoción a la lactancia a través del *Programa Nacional de Lactancia* (1991) y de la iniciativa del *Hospital Amigo del Niño y de la Madre*, se puede afirmar que la práctica de la lactancia

¹⁹ No se señala cuál es el año de la Encuesta referida, pero se sobreentiende por los datos de las otras décadas consultadas que debe ser la encuesta de la década de los 70's.

materna en México aún está en peligro (Pérez Escamilla y col., 1993), que la cultura de lactar a los infantes se ha visto grandemente influenciada por los factores de modernidad y supuesto progreso y que, a pesar de los valiosos esfuerzos por normar la práctica, tales como el propio desarrollo del *Programa Nacional de Lactancia Materna* y promoción de la misma (a través de las iniciativas de los *Hospitales Amigos de la Madre y del Niño*, la práctica del alojamiento conjunto en los hospitales públicos del país, la no distribución de muestras médicas de sucedáneos, la no propaganda de leches de fórmula en instituciones de salud pública, etcétera), aún falta mucho por hacerse, entre otras acciones el desarrollo de apoyo social necesario para lograr una buena lactancia, lo cual implica que la sociedad, como tal se responsabilice de la práctica y de la crianza infantil y no solamente se haga responsable a la madre.²⁰

²⁰ Aunque es gratificante observar que tanto a nivel nacional como a niveles locales existen también en nuestro país diferentes instituciones no gubernamentales de apoyo a la lactancia, además de los centros existentes en algunos hospitales públicos. Por ejemplo, en el ámbito oficial, El Centro Nacional de Lactancia Materna en el Hospital General de la Ciudad de México, y en ámbitos no oficiales, los diversos centros de la Liga de la Leche y centros privados que ya se promocionan inclusive por internet como el Centro de Profilaxis Nacer y Crecer S.C., en Nuevo León y su Club de Lactancia.

CAPÍTULO IV

LAS EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS

*“Yo no tuve problemas con
mi lactancia prolongada,
pero la sociedad, si los tuvo...”*

Mujer entrevistada

En este apartado se reconstruirá brevemente la historia de vida de las doce mujeres entrevistadas a lo largo del estudio, tomando en cuenta los puntos centrales de análisis de la investigación: origen familiar, infancia, sexualidad, historia de matrimonio o relación actual, historia de embarazos, historia de partos, historia de lactancia o no lactancia y reflexión sobre la maternidad y la crianza infantil. El objetivo del apartado es el de explorar y comprender cómo fue que se tomaron las decisiones de lactancia y de crianza infantil, esto es que factores y actores se ven relacionados y qué significados asume la lactancia en el discurso de cada mujer.

Es importante mencionar que al analizar las historias de las mujeres se pudo identificar tres patrones principales en la práctica de crianza y es así como se presentan a continuación. Los patrones identificados fueron los que corresponden a la duración y práctica del amamantamiento y la clasificación es realizada haciendo una comparación interna entre los casos y no con referencia a algún parámetro biomédico. Así, se identificó un primer grupo de lactancia corta y complementada (días, semanas y hasta los tres meses); un segundo grupo de lactancia media complementada, lo esperado en el grupo social (de tres a nueve meses); y un tercer grupo de lactancia prolongada (exclusiva en sus inicios), muy atentadora según las normas y expectativas del grupo social, de más allá del año, llegando hasta los dos o tres. Los verdaderos nombres de las mujeres entrevistadas han sido cambiados por obvias razones, pero su historia, sus testimonios y sentimientos han sido rescatados tal como fueron narrados durante las diversas entrevistas del estudio. Finalmente se debe recordar que el trabajo de campo fue desarrollado entre 1997 y 1998 y las edades y datos rescatados corresponden a dichas fechas.

4.1 Las experiencias de lactancia corta: “Se trató, no se pudo... se perdona...”

Las tres historias de las mujeres agrupadas en este grupo corresponden a experiencias de lactancia corta, para fines prácticos menos de tres meses, porque existe una tendencia a agrupar por trimestres o semestres los lapsos de lactancia considerados como ideales, aún entre mujeres legas nada cercanas al campo de la salud reproductiva. Empero, hubo experiencias de escasas semanas complementadas con leche artificial o de uno o dos intentos (pegadas al pecho). Todas son mujeres que aparentemente compartían el contexto socioeconómico de las otras y que, sin embargo, tomaron decisiones de lactancia y crianza diferentes a las de los otros dos grupos.

¿Qué tienen en común entre sí estas tres mujeres con experiencia de lactancia corta? En primer lugar una muy buena relación con su madre y además, no se cuestionaba el modelo de crianza desarrollado por éstas. En dos de los tres casos la madre no las lactó a ellas y no existía una cultura de lactancia en el ámbito familiar o entre el grupo cercano de pares. En el caso de la mujer que sí fue lactada, a pesar de la buena relación con la madre, se tenía una visión crítica acerca del papel social tradicional que su madre cumplió a lo largo de la vida.

En segundo lugar, en dos de los tres casos, para los cónyuges la lactancia materna no era importante, incluso en un caso se desmotivaron los escasos intentos de la madre al iniciar la lactancia. En el tercer caso, el de la mujer que sí fue lactada, a pesar de que la lactancia era importante para el cónyuge y que hubo cierto apoyo, no era primordial y se priorizó la decisión y los sentimientos de la madre con relación a una particular situación de adopción de la primera hija que permeó en mucho la relación de crianza y amamantamiento desarrollada con la hija biológica.

En tercer lugar, en dos de los tres casos, un escaso conocimiento - muy elemental- de los beneficios de la lactancia materna para el infante y, menos aún, para la propia mujer, y la firme creencia de que la alimentación con leche artificial “puede ser tan buena como la leche materna”. El tercer caso, que sale del esquema, es el de la mujer que sí fue lactada pero cuya experiencia personal de haber adoptado primero a una hija y no haberla lactado va influyendo en mucho el proceso de lactancia con la hija biológica, es por esto que a

pesar de sí tener información más especializada y considerar que la leche materna es mejor que la de fórmula la lactancia se suspende antes de los tres meses.

En cuarto lugar, en dos de los tres casos, no se contó con apoyo social alguno para lactar, ni por parte de los cónyuges, ni por parte de otros familiares (la propia madre, hermanas, primas o amigas) porque no se “creció” en una cultura de lactancia, por ende ni era importante para los otros actores sociales cercanos, ni se tenía experiencia o consejos que se pudieran transmitir a la nueva madre. Por el contrario, se compartieron experiencias negativas asociadas a lo difícil del destete o a lo complicado de acostumbrar a los niños lactados a tomar leche maternizada y/o aceptar el biberón. La excepción vuelve a ser el caso de la madre adoptiva que ya se ha descrito anteriormente, en el cual a pesar de sí provenir de un hogar con cultura de lactancia, el evento mismo de la adopción no permite el desarrollo de la lactancia como eran los planes iniciales de la madre.

En quinto lugar, y muy relacionado con lo anterior, no se contó con apoyo médico alguno. Ningún miembro del personal de salud que atendieron los partos, y todos fueron atendidos en ambiente hospitalario privado, prestó ayuda o proporcionó información alguna sobre la lactancia, salvo en el caso de la madre que adoptó su primer hija. Tampoco posteriormente se contó con el apoyo de un pediatra a favor de la lactancia, pero, y este es un punto interesante de reflexión, son las propias mujeres quienes, en este grupo social, identifican a aquellos pediatras que no favorecen demasiado la lactancia y se acercan a ellos para la consulta y el seguimiento personal de sus hijos.

Es importante mencionar que todas las mujeres habían tomado la decisión de lactar o no a sus hijos desde antes del embarazo, de hecho, todas manifestaron que cuando se embarazaron por primera vez ya sabían si iban a lactar y qué tipo de lactancia iban a tener y consideraron que este es un proceso que se viene desarrollando desde la propia infancia, de acuerdo a lo que uno ve y cree.

Finalmente, en los dos primeros casos, la actitud de las madres hacia la lactancia no era muy positiva y durante las entrevistas a lo largo del embarazo de una de ellas se identificó con claridad que la madre no intentaría demasiado el amamantar pues no era de importancia para ella según sus creencias de crianza y desarrollo infantil. Debe

mencionarse también que de toda la serie de mujeres estas dos eran las más jóvenes.

La excepción al grupo sería el caso de la tercera mujer, Nuria, quien a pesar de cumplir con todos los elementos socioculturales para haber desarrollado un patrón de lactancia más prolongado termina practicando una lactancia más corta a lo que ella misma planeaba debido a la experiencia específica de la adopción de su primera hija y la nula experiencia de lactancia. Los sentimientos de “igualdad” en la crianza que esta nula lactancia genera en su segunda experiencia de maternidad motivan que ella misma decida suspender el amamantamiento antes de lo planeado. Aquí entonces, es una experiencia personal (historia personal) de vida lo que explica el cambio de la expectativa de la propia mujer e incluso del modelo de toma de decisión y práctica de la lactancia desarrollado en la investigación.

Llama la atención que aún cuando las mujeres de este grupo no “cumplen” del todo las expectativas sociales (que van más en el patrón de una mayor duración complementada con leche maternizada) son más aceptadas social y médicamente que las que infringen el límite social del amamantamiento (que en este grupo es de máximo un año).

4.1.1 La historia de Ana

Ana es una mujer de 28 años, hija de padre europeo y madre mexicana, nacida por cesárea en Europa, pero criada en México desde los dos años. Tiene un solo hermano menor que ella por un año, también nacido por cesárea. Ella recuerda su infancia y su vida familiar como agradable, feliz y estable, en general. Su madre perdió un bebé después de su hermano menor y ya no pudo embarazarse de nuevo por cuestión de salud. Ella considera que sus padres hicieron un buen papel de crianza y está de acuerdo en casi todas las prácticas de crianza infantil que su madre desarrolló con ellos.

“Mi madre, no nos pudo lactar, creo que no tuvo leche o tuvo muy poca, pero a pesar de eso nosotros dos, sus hijos, estuvimos bien y muy sanos, casi no nos enfermábamos”.

Ana estudió siempre en escuelas privadas, no tuvo muchos novios, su padre era un tanto estricto con eso, pero sí tuvo amigos y le gustaba salir a fiestas y a bailar.

“Cuando conocí a Roberto, quien ahora es mi esposo, me atrajo mucho su forma de ser. Él era un hombre maduro y serio, me llevaba poco más de 6 años, era más formal que cualquier otro de los muchachos que había conocido, y me enamoré de él. Hasta tuve relaciones sexuales antes de casarme, a pesar de que soy muy religiosa, porque ya había un compromiso formal ... obtenía de él lo que yo esperaba, en prácticamente, todos los sentidos: seguridad, confianza, experiencia, formalidad, empeño... y, finalmente, sabía que él respondería si pasaba cualquier cosa”.

Ana se casó por el civil y por la iglesia a los 25 años muy enamorada y quedó embarazada dos años después del matrimonio porque así lo habían decidido ella y su esposo. Ella ha trabajado desde hace varios años y le gusta mucho trabajar. No terminó la licenciatura porque no hizo la tesis, pero ha trabajado como maestra de idiomas de niños preescolares en escuela particular los últimos tres años. Y ella había decidido que regresaría al trabajo en un lapso corto después del parto, posiblemente un año o dos, porque no le gusta quedarse en casa todo el tiempo, le gusta salir y le gusta mucho su trabajo.

“Mi embarazo fue muy tranquilo y feliz, trabajé sólo hasta el segundo trimestre, porque si no hubiera tenido que dejar mi grupo nuevo a mitad del semestre, pero el resto de mis actividades sí las seguí haciendo normalmente.”

“Subí sólo 7 kilos porque soy tan delgada, pero me gusto, me sentía muy bien con el cambio de mi cuerpo y hasta me gustó porque por fin tuve más pecho. ...mi actividad sexual se mantuvo casi igual hasta el final del embarazo.”

“No hice muchas compras para mi bebé porque mi mamá me había guardado muchas de las cosas de cuando yo fui pequeña y eso fue lo que usé. ...las pocas compras que hice, pues sí las hice muchas con mi mamá y otras con mi esposo”.

“Tomé un curso psicoprofiláctico con Gloria, (la más reconocida instructora de la Cuernavaca), y sí me ayudaba, pero, sin embargo, todo el embarazo tuve miedo al momento del parto porque yo soy muy miedosa para todo lo que se relacione con hospitales, jeringas, etc. ... Es que de pequeña se me rompió la nariz y como mi mamá estaba embarazada no pudo entrar conmigo a los rayos X y tuve que entrar sola y no me

gustó, me dio miedo, desde ahí siento mucho temor a todo lo relacionado con médicos y hospitales.”

“Yo hubiera preferido que uno pudiera saltarse la parte del parto o que me hipnotizaran o que me quedara dormida y al despertar ya estuviera el bebé conmigo, pero, ni modo, el bebé tenía que salir por algún lado, no?”.

“... también tuve miedo de que el bebé estuviera mal y hasta que al cuarto mes me hicieron un ultrasonido estuve tranquila en ese aspecto. Pero el miedo del parto no se me quitaba, aunque tomar el curso me ayudaba a saber lo que podía pasar.”

Cuando Ana quedó embarazada comenzó a pensar en cosas de bebés y de crianza que nunca había pensado antes y entonces pensó que *“si le podía dar pecho a mi bebé, que bueno, pero si no, no me iba a traumar, porque al fin y al cabo mi mamá no nos pudo dar a nosotros, a ninguno de los dos, y los dos crecimos bien, y fuimos niños sanos”.*

Para su pareja el dar pecho era más importante que para ella, porque en su familia sí se acostumbra, incluso alguna de las cuñadas es de la Liga de la Leche y entonces comentan mucho sobre los beneficios de la lactancia. *“En mi casa también era importante, pero no como en casa de sus tías que eran “fanáticas” de la lactancia y bien “mochas”.*

En el curso le dieron mucha información sobre la lactancia y les dieron consejos de lechadas con almendra y chochitos de homeopatía, pero *“yo sabía que lo importante era darles los primeros días, por lo del calostro, y también sabía que no iba a insistir demasiado en eso si no se podía.”*

En el caso de Ana, su médico la programó para hacerle la cesárea a las 38.5 semanas de gestación. La bebé venía sentada y ya no había tiempo de que se volteara le dijo el médico, y además, ella es muy estrecha y la bebé no iba a poder salir. El médico consideró que eso podía ser riesgoso y habló con ellos y les dijo que tomaran la decisión. *“A mí también me daba miedo la cesárea porque es una operación, pero mi mamá había tenido dos cesáreas y entonces pensé que podía tener sus ventajas, ... hasta quería que me durmieran toda y luego me dieran al bebé, como a mi mamá, pero el doctor me explicó que eso ya no se hace y que solamente me bloquearían. Y acepté pero poniendo como*

condición que mi esposo estuviera conmigo todo el tiempo".

Ana fue atendida en un hospital particular de la Ciudad de Cuernavaca, ella considera que la atención recibida fue muy buena y de calidad, las enfermeras fueron amables y también los doctores. Los procedimientos fueron menos dolorosos y agresivos de lo que ella se imaginaba (el lavado y el bloqueo). Su esposo estuvo con ella todo el tiempo y tomó video. Ella estuvo muy tranquila y sintió cuando jalaron y sacaron a la niña, pero nada le dolía. Cuando la sacaron se la pusieron unos minutos en el pecho y luego se la llevaron para limpiarla y hacerle los exámenes. Se la llevaron al cuarto como a las 3 horas cuando ella ya estaba recuperada. La niña pesó 2.6 kilos y midió 48 cm.

"La primera vez que la lacté fue en el cuarto del hospital con todo y visitas Yo creo que eso fue muy poco apropiado, hasta incómodo, porque no hay intimidad. No tuve problemas para iniciar la lactancia porque tengo buen pezón y la niña se prendió al pecho y jalaba un buen rato y no lloraba, así que debía de estar mamando, eso me dijo el doctor."

"La leche me bajó al día siguiente y fue mucha, el pecho se me puso muy duro y me chorreaba la leche y eso me daba miedo y me hacía sentirme un poco incómoda. Me daba miedo que le doliera porque algunas de mis amigas con hijos me habían dicho que dolía horrible y como tengo muy bajo umbral al dolor temía que no fuera a aguantar, pero no, hasta eso, no me dolió."

"Los primeros días sólo le di leche a la niña, pero no se llenaba y comenzaba a llorar y yo me sentía mal. Además, la niña tuvo ictericia y estaba en tratamiento bajo una lámpara de luz con un antifaz, y no dormía, y con tal de que se llenara el médico me dijo que le diera un biberón en la noche para que estuviera tranquila y yo pudiera descansar, y entonces la niña se acostumbró al biberón, y al mes ya sólo quería biberón y no quería el pecho, y como ya casi no tenía leche, pues suspendí la lactancia. Sin embargo, yo sé que lo más importante es el calostro y eso sí se lo di todo y además como por una semana sólo le di leche de pecho, así que me siento bien, satisfecha porque sé que le di lo mejor... que sí lacté a mi hija."

Cuando Ana reflexiona sobre su lactancia considera que ella sí tuvo la información suficiente, la del curso, pero en realidad nadie estuvo con ella presente para apoyarla en la lactancia. *“Yo creo que la lactancia es una cuestión de actitud y también de problemas físicos, no? ... Porqué cuál es el caso de lactar angustiada o incómoda si el bebé lo siente todo y entonces ¿dónde está la unión especial entre madre e hijo? Además lactar implica mucho esfuerzo físico y emocional, y a veces estás cansada y nadie te puede ayudar, en cambio si usas el biberón tu esposo te puede ayudar o una amiga o tu mamá. ... Lactar es pesado y el cuerpo acaba de pasar por un gran esfuerzo físico después del parto y a lo mejor necesita un descanso.”*

Pero Ana misma reflexiona, *“... aunque, bueno, ¿cuándo se ha oído que una mujer de pueblo no pueda lactar o no tenga leche?”* Por eso concluye que es básicamente una cuestión de actitud.

Ana puede reconocer con facilidad las principales ventajas de la lactancia, entre las cuales destacó: *“primero, que nada, la del apego con el bebé, o el lazo entre la madre y el hijo y lo de las defensas que proporciona el calostro al bebé”,* estas son, además, sus principales razones para haber lactado. También, menciona que *“me encanta la idea de que un hijo dependa totalmente de ti durante un tiempo...”*

Pero también reconoce desventajas: lo cansado que es, que nadie te puede ayudar, que da pena lactar en público y que no puedes salir.

Además, por otro lado, ella reconoce que otras ventajas del biberón son: el poder compartir la experiencia con el padre del bebé, el que no tienes que estar todo el tiempo con el niño, el que lo puedas dejar encargado con diferentes personas y el que no te da pena alimentarlo en público. Y, como otras desventajas, identifica: el tener que cargar cosas como biberones y leche, el gasto, y que la leche artificial no nutre ni protege igual al bebé.

Ana sabe que la lactancia materna es buena para el bebé, pero ella piensa que *“con cuidados y detalles se puede lograr casi lo mismo con la leche de fórmula”* salud y lazo emocional con el bebé, sobretodo cuando, como ella, *“sí se les da el calostro a los niños.”*

Ella considera que *“todas las madres deberían de dar pecho al menos un mes”*, pero esto depende mucho del deseo de la madre, si la madre no se siente a gusto no debe ser una obligación. Además, ella piensa que el tiempo máximo de lactancia debe ser de seis meses, porque la leche materna es para bebés pequeños, y *“la idea de un niño de seis meses que ya come papillas y otras cosas me causa rechazo, no me gusta, ¿cómo vas a mezclar leche de pecho con otras cosas?”*. Ella considera que en la dieta del bebé se deben de incorporar otros líquidos entre los 2 y los 3 meses y alimentos (frutas para comenzar) entre los 3 y los 4, y así lo hizo bajo el consejo de su pediatra.

Muy relacionado con lo anterior Ana considera que un bebé debe de dormir fuera del cuarto materno, en su cuna, máximo a los 3 meses de edad y así lo hizo con su hija. Para dormirla la lleva a su cuna en su cuarto, que ella misma pintó y decoró, y la acompaña y le canta mientras se duerme, pero no la carga para arrullarla *“porque esa es una muy mala costumbre que es difícil de quitar más grande.”* Lo sabe por experiencia propia, la niña tenía 5-6 meses y ella la arrullaba y ya no podía más hasta que se dio cuenta de que en la cuna con el chupón se dormía perfecto y eso fue una bendición. *“Cuando tenga otro hijo voy a tener especial cuidado con eso.”* Actualmente ya no se está cuidando porque ya desea volver a embarazarse y tener, al menos, un hijo más.

Con relación a cuándo se debe de atender el llanto de un bebé, ella cree que *“no es necesario atenderlo de inmediato, al contrario, es también una mala costumbre pues después se hacen muy demandantes...”*. Pero, eso le cuesta mucho trabajo. *“Casi siempre dejo que la niña lllore un poco, no mucho, antes de atenderla, ... bueno, además, también depende de que no esté enferma o algo así.”* Ella considera que un niño sano, a más tardar al año debe de dormir toda la noche sin despertarse, lo otro ya es mañana. Su hija de 8 meses ya duerme casi todas las noches de corrido y sólo rara vez despierta por frío. Regularmente ella va a atenderla.

Finalmente, cuando Ana reflexiona sobre su experiencia con la lactancia materna se da cuenta de que mucho influye tu propia actitud, tus ideas y las experiencias de amigas o personas cercanas a ti. En su caso no tiene una sola amiga que haya tenido una lactancia satisfactoria, todas tuvieron historias de lactancias complicadas: dolorosas o de difícil destete y ella cree que eso sí tuvo que ver en su propia experiencia. Además, no tuvo consejos de gente en la que ella confiara y aunque uno tome la decisión desde antes de

tener al bebé mucho depende de cómo te vaya en la práctica real.

4.1.2 La historia de Fernanda

Fernanda nació en la Ciudad de México hace 31 años. Es la menor de una familia de dos hijos, su hermano es el mayor. Fernanda recuerda su infancia como *“una época feliz y estable, en general, aunque cuando éramos adolescentes mis papás se divorciaron y nosotros nos quedamos con mi mamá”*. Sabe que su madre los lactó algunos meses, los primeros, pero que siempre complementó la lactancia con biberón. La relación con su madre fue casi siempre buena, algo de distancia en la adolescencia, pero siempre confianza y plática y búsqueda de consejos en momentos difíciles. Fernanda considera que su madre hizo un buen papel de crianza con ellos dos.

Estudió en escuelas privadas y cuando terminó la preparatoria estudió una carrera de secretaria bilingüe y comenzó a trabajar. No era muy “noviera”, pero sí tenía muchos amigos y le gustaba salir a fiestas y a bailar. Un día, en un consultorio conoció al hombre quien ahora es su esposo, él trabajaba en México unos días y en Cuernavaca otros. Al comienzo no le atrajo mucho porque era un hombre mayor y divorciado, con un difícil divorcio y ex relación, pero poco a poco *“me fue ganando, pues era detallista y sabía como tratar a una mujer y yo me sentía halagada y segura, no era como andar con los muchachos de siempre, este era un hombre formal”*. Su madre lo aceptó sin problemas y como su padre casi no interviene en su vida, el noviazgo fue formalizado rápidamente. Aunque su madre sí la hizo reflexionar sobre lo que implicaría hacerse cargo de los dos hijos que ya tenía su futuro esposo.

Fernanda se casó por el civil a los 23 años, su esposo tenía 36, y dos hijos de otro matrimonio que Fernanda crió durante algunos años por mutuo acuerdo. Ya no volvió a trabajar y se dedicó al hogar y a la crianza de los niños. Tuvo relaciones sexuales antes del matrimonio porque estaba segura de su pareja y sabía que *“él me respondería si cualquier cosa sucedía”*.

Cuando Fernanda tenía 24 años quedó embarazada, no lo había pensado para ese momento, hubiera preferido esperar un poco más, pero tampoco significaba un problema, así que de inmediato se hizo a la idea y se dedicó a su embarazo a la par que criaba a los

otros dos niños.

Su primer embarazo fue muy deseado, si bien no planeado, porque ella siempre había soñado con una familia, le encantan los niños y ya tenía ganas de ser mamá. El embarazo fue mejor de lo imaginado, no tuvo ninguna molestia y podía hacer su vida como siempre. Su único temor era el parto, porque siempre ha sido miedosa y su umbral de dolor es bajo. Aumentó como 11 ó 12 kilos, pero se sentía a gusto con su cuerpo, pudo seguir teniendo relaciones sexuales casi hasta el fin del embarazo sin problema alguno y aunque ella sí tenía preferencia de sexo (quería una niña) no preguntó.

“Yo no sabía bien si iba a lactar o no a mis hijos, la verdad nunca había pensado mucho en eso, bueno, claro, sabes que las madres lactan, pero no era algo como muy importante, al menos para mí, si se podía lo haría...si no, pues no, para eso hay biberones y leches, no?”

A mediados de junio Fernanda tuvo los primeros avisos de que venía el parto, dolores leves en la cintura y líquidos. Su marido tiene una profesión muy relacionada con la medicina y él la atendió junto con otro médico en una clínica particular. Fernanda no tomó un curso de preparación al parto porque ella no le daba mucha importancia y, sobretodo, porque su esposo no tenía una buena opinión sobre ello. En realidad su esposo fue como su ginecólogo pues él era quien llevaba el control prenatal y estuvo a cargo de todo el proceso y las decisiones.

Tuvo un parto muy largo, estuvo cerca de 36 horas en el intento. Estaba cansada y desesperada. Se utilizó el bloqueo y la oxitocina porque el trabajo de parto no comenzaba y aunque, finalmente el parto fue vaginal, *“fue demasiado esfuerzo físico y emocional, yo no me lo imaginaba así... Tuve mucho miedo del bloqueo y todo el tiempo estuve temiendo que fuera a terminar en cesárea. Más que dolor, yo creo que me desesperé por lo largo del parto y porque fue más difícil de lo que yo esperaba”*. Sus sentimientos durante el parto fueron muchos: desesperación, cansancio, emoción, miedo y emoción y el primer sentimiento que tuvo cuando le dieron a su hija fue de ternura. Dio a luz una niña de 48 cms y 2.65 kilos de peso y no fue separada de ella, más que el tiempo en que la limpiaron y la revisaron, tal vez como una hora.

“Después de la revisión y la limpieza y ya que habían terminado conmigo me llevaron a la niña y me la dejaron, y la verdad es que yo estaba muy cansada y no me sentía capaz de tener a la niña y no sabía bien qué hacer y entonces traté de que mamara, pero no pudo y fue terrible. Yo no tengo buenos pezones, son muy cortos, entonces la niña no agarraba el pezón y luego como que le daba asco mi pecho y yo toda cansada y ahí con toda la gente que había ido de visita y la presión de todos, sobretodo de las mujeres y que le des, que es muy bueno, que es importante y yo sintiendo que no podía y no sabía cómo...”. A final de cuentas Fernanda no pudo iniciar la lactancia nunca, ni ahí en la clínica, ni en su casa, no lo intentó mucho, lo confiesa, “estaba un poco desesperada y confundida, tal vez si hubiera tenido apoyo de algún profesional, pero mi esposo tampoco me insistió mucho y él sabe de esas cosas y bueno, no, no pude, no le di ni el calostro, y ahora pienso que sí me duele y que me hubiera gustado darle. Me estuve sacando algo de leche por 6 semanas y traté de dársela con el biberón, pero era un problema y era más fácil darle leche de fórmula. Sí, estuve deprimida por dos o tres semanas después del parto, no sé, me sentía triste y mal y, sí, me llegue a sentir una mala madre”.

Cuando Fernanda reflexiona sobre su experiencia en la lactancia ella piensa que hubo muchos factores que influyeron para que no pudiera lactar: no tuvo apoyo social, al contrario se sintió presionada (por su suegra) y juzgada, no tenía información adecuada, por ejemplo, ella pensaba que lo de los pezones era normal y no consultó a nadie, la lactancia no tenía mucha importancia para ella ni tampoco para su esposo, ni para su madre, su niña lloraba de hambre, *“ah!... y para acabarla de amolar, la ex de mi marido sí pudo lactar a sus dos hijos por varios meses”*. Finalmente, ella cree que no fue muy consciente de lo que era la lactancia y además cree que si hubiera ido con un ginecólogo o pediatra más consciente o a favor del amamantamiento su experiencia hubiera sido otra. Ahora cree que el poco interés y apoyo de su marido tuvo mucho que ver.

Dos años después de su parto Fernanda volvió a embarazarse de nuevo, pues ella y su esposo habían decidido tener por lo menos dos hijos. Estaba feliz, fue un embarazo fácil de lograr, sin embargo, el primer trimestre del embarazo fue muy difícil debido a que se presentó placenta marginal y hubo constantes sangrados con amenaza de aborto. Tuvo que guardar semanas enteras de reposo absoluto. Tuvo mucho miedo de perder a su bebé y lloró mucho. Afortunadamente tuvo una muy buena ayuda doméstica y social para la crianza de su primera hija y con los cuidados adecuados se logró salvar el embarazo.

Obviamente debido a lo anterior este embarazo fue muy diferente al primero, con gran disminución de actividad física, muchos cuidados y tensión emocional. Ella lo evalúa como una experiencia difícil, pues el miedo de perder al bebé no pasó al primer trimestre, sino que quedó latente durante todo el embarazo e inclusive durante el parto. Así que todo el embarazo sus temores principales fueron: perder al bebé, la salud del bebé y cómo iba a ser el parto. Además, *“si en el embarazo anterior, que había sido tan bueno, el parto fue tan difícil, que podía esperar en esta ocasión...”* En este segundo embarazo subió 14 kilos y no tuvo problemas con la aceptación de su nueva figura, pero su actividad sexual se vio severamente disminuida debido a los riesgos reales.

Debido a como se desarrolló el embarazo, a la anterior experiencia de parto, y a que el bebé no se volteaba, su marido decidió programar una cesárea. A ella le daba mucho miedo una operación, pero también le daba miedo el parto y además su marido sabe de esas cosas, así que nuevamente aceptó su decisión. La experiencia tampoco fue agradable, es más, cree que fue aún peor que la primera vez. Su marido y su amigo hicieron la operación, pero, *“aunque no hubo dolor, porque estás anestesiada y no sientes nada, sangré mucho, no sé porque, y eso me espantó bastante. Además, fue una sensación desagradable, como de mucha agresión, no? hacia mí, hacia mi cuerpo..., si tuviera que escoger otra vez yo, sin duda, elegiría el parto vaginal. Además, cuando por fin sacaron a la niña lloraba mucho, demasiado, y yo tenía angustia por eso y ya quería cargarla y tenerla junto y no podía por la operación...”*. El inicio de su actividad sexual se demoró aún más que en la otra ocasión, pues la recuperación de una cesárea es lenta y tuvo depresión posparto más fuerte y por más tiempo, *“siempre me quedó la sensación de que ninguno de mis dos partos fueron como debían de ser”*.

En esta segunda ocasión *“mi experiencia con la lactancia volvió a ser tan mala como en la primera, no pude dar el pecho porque mi pezón era corto y porque la niña tenía asco. Y otra vez no tuve apoyo..., mi esposo fácilmente aceptó que le diera el biberón. Me volví a sacar la leche como 4 semanas, pero es muy difícil, te sacas muy poca y se las das y la niña con hambre y entonces trae la de fórmula..., es mucho relajo. Y la verdad es que ni tuve apoyo, ni tuve mucho interés..., me sentía mal por la cesárea y sólo quería que la niña no llorara”*.

Fernanda cree que *“todas las madres deberían de lactar a sus hijos aunque sea unos 3 o*

4 meses, pero debería de haber apoyo, porque no todas las mujeres sabemos cómo lactar. Yo conozco las principales ventajas de la lactancia materna, pero creo que hace falta más que conocerlas, hay que estar verdaderamente consciente y convencida". También considera que el *"máximo tiempo de lactancia debe ser el año de edad, pues después de eso el niño ya está grande y ya es desagradable verlo, no? De hecho a mí la leche materna me da asco, no soportaba ni siquiera olerla..."*.

Con relación a otras prácticas de crianza infantil, Fernanda considera que un bebé debe de dormir en la misma habitación que sus padres, pero en su propia cuna, hasta los 6 meses. Sí considera que es necesario arrullar o acurrucar un niño pequeño en brazos para que se duerma. Si cree que es bueno dejar llorar un poco a los niños antes de responder a su llamado y que un niño sano ya no debe despertar en la noche alrededor de los 6 meses de edad.

4.1.3 La historia de Nuria

Nuria nació en la Ciudad de México hace 38 años. Hija de una familia de cinco hermanos, es la segunda, en orden de mayor a menor, y la mayor de las hermanas, y colaboró en la crianza de sus hermanas más pequeñas. Recuerda su infancia y, especialmente su adolescencia, como *"una etapa difícil en mi vida, mis padres peleaban mucho porque mi padre era alcohólico y mujeriego"*. Su madre casi siempre trabajó para poderles dar una mejor educación y ambiente, cosa que para ella era muy importante. Con su madre se llevaba bien en general, igual que con sus hermanos, pero recuerda que desde pequeña se cuestionaba *"porqué a las mujeres nos tocaba ese papel"*. Su padre era autoritario y muy celoso de sus hijas y de su honor, las cuidaba mucho y no las dejaba tener novios ni amigos, aunque todas los tenían.

Nuria considera que la crianza que su madre practicó con ellas fue adecuada y que *"una no comprende -muchas veces- a las madres hasta que tiene a sus propios hijos"*. Sabe que su madre los amamantó a casi todos por cerca de seis meses, menos a los más chicos por lo del trabajo, a ellos les dio poco tiempo.

Nuria estudió en escuelas públicas y privadas, según se pudiera, y cuando terminó la preparatoria entró a la normal, a sugerencia de su madre, y terminó su carrera de

educadora, después tomó diversos cursos y diplomados en educación y en terapia psicoafectiva y emocional.

Cuando estaba estudiando en la Universidad Nuria conoció a un amigo de su único hermano, quien fue haciéndose muy amigo de la familia, y poco a poco, *“sin darme cuenta me fui identificando mucho con él porque ambos veían muchas cosas de la vida de forma similar, además tenía un excelente sentido del humor y la convivencia con él era grata y sencilla, como muy natural. Nunca había sentido eso con alguien más”*. Se hicieron novios y tuvo relaciones antes de casarse porque para ella él era la pareja adecuada y la virginidad siempre le ha parecido un mito. Se casó a los 24 años de edad por el civil y por la iglesia, pero fue una boda muy estresante porque *“mi madre siempre quiso aparentar que tenían más dinero del real en las bodas de todas sus hijas”*.

Ambos habían acordado esperar un poco antes de tener familia, a los dos les gustaban los niños, pero había mucho que hacer y aprender antes de aventurarse con una familia propia. Para ese entonces a ella la trasladaron a Cuernavaca a trabajar. Como a los tres años después de casada Nuria comenzó a sentir deseos de tener un hijo y quedó embarazada a los cuatro, sin haberlo realmente planeado, pero no importaba, ellos deseaban un bebé. Sin embargo, para su desgracia, el embarazo presentó problemas a las pocas semanas y le tuvieron que hacer un legrado. *“La pérdida de ese bebé me afectó mucho, demasiado, porque yo no deseaba un legrado y no podía comprender que era lo que estaba mal conmigo y con mi cuerpo, lo único que me dijeron los médicos es que había tenido algunos problemas con mi matriz, que todavía no estaba preparada para tener hijos, pero nada más, nada claro.... A partir de entonces la maternidad se convirtió en algo muy importante para mí, trataba de embarazarme y no lo lograba y cada mes cuando me llegaba la menstruación me soltaba a llorar porque veía pasar el tiempo sin resultado alguno. Hasta tuve que entrar a terapia con un especialista porque emocionalmente estaba mal, muy deprimida”*.

A los tres años después del primer aborto, y después de varios intentos, volvió a embarazarse de nuevo, pero al igual que en la primera ocasión, a las pocas semanas tuvo un aborto y perdió un segundo bebé. *“Esta vez el impacto fue mucho más fuerte que la primera ocasión, me sentía mal conmigo misma y con mi cuerpo y me sentía frustrada e incompleta. Tuve mucho coraje por sentir que mi cuerpo no respondía a una función que*

yo consideraba natural en las mujeres y tuve muchas ganas de reclamarle a la vida por ponerme en esta situación". Afortunadamente ella estaba en cursos de terapia y tuvo apoyo de colegas "muy humanos" y en especial el de su propio esposo que respetaba su dolor y su proceso, aunque ella sabía que él también sufría porque también deseaba un hijo.

Después de casi ocho años de intento sin éxito y de mucho trabajo interior consigo misma, Nuria se comenzó a cuestionar si todos los hijos tienen que llegar con sus padres a través del embarazo o si algunos de ellos deben de llegar por otros medios y comenzó a pensar seriamente en la adopción. *"Yo tenía demasiado amor y capacidad para criar un niño y no iba a rendirme sólo porque mi cuerpo no era el canal adecuado para que llegara, pero cuando lo comenté con mi esposo él me pidió que esperara, que aún no estaba listo para esa decisión y prefería que me hicieran más estudios. Sin embargo, yo ya estaba cansada..."*

"Entonces Dios fue muy sabio y puso en mi camino una niña preciosa recién nacida, a quien su madre no quería y daría en adopción." La mamá de Nuria quien trabajaba en un hospital y a quien la partera le ofreció a la niña la llamó inmediatamente y ella sin pensarlo más le comentó a su esposo, quien finalmente cedió. Entonces se lanzaron los dos a México, con una frazada y unas cuantas prendas y unas horas después tenían a la criatura en brazos.. Ahora ella está convencida de que *"los niños escogen a sus padres, pero a veces tienen que seguir otros canales para poder llegar con ellos."*

Nuria estaba feliz, después de ocho años de intentos tenía una hija y todo su amor maternal se desarrollaba tan naturalmente como siempre lo pensó. *"Siempre supe que iba amamantar a mis hijos, desde cuándo, no lo sé... Así que me puse a esta niña al pecho y traté de amamantarla, pues había leído de casos en que se puede producir leche si se estimula el pecho y la hormona correspondiente, pero no lo logré. Sin embargo, yo me daba cuenta de que la niña era feliz y se reconfortaba si estaba pegada a mi pecho".*

Ella había escuchado muchas veces *"esas historias, ya sabes, de que cuando adoptan luego luego se embarazan las mujeres y me daba coraje oírlas, porque no las podía creer, pero a los tres meses de adoptar a mi hija, quedé embarazada y fue muy fuerte para mí porque lo primero que pensé es que estaba traicionando a mi hija adoptiva y me sentí*

culpable, aunque también sentía felicidad, pero me daba miedo y la culpa era muy grande, tanto que tuve que trabajarlo en terapia”.

Su embarazo no fue sencillo, aunque finalmente se logró, pero ella cree que fue por un fuerte trabajo interior y un cambio de actitud y de aceptación de su parte, un verdadero deseo de aprender lo que fuera para poder lograr tener un hijo natural y fue tan fuerte la decisión que el médico que la vio en esta ocasión, un médico alternativo, le dijo claramente que si ella no dejaba de trabajar y se dedicaba de lleno a ese embarazo, volvería perder al bebé. En realidad ahora, cuando ella reflexiona, *“pienso que los bebés tienen mucho que venir a decirnos y a enseñarnos, que mueven muchas cosas y sentimientos, que nos forzan a regresar a ritmos más adecuados y que son una excelente oportunidad para congraciarnos con la vida y con la creación”.*

Este embarazo estuvo lleno de *“contradicciones, de miedos, de autocontrol, de dedicar toda mi energía a la crianza de la niña que ya tenía en brazos y en fluir con la vida que sentía germinar dentro de mí. Todo el tiempo pensando en que sí se lograba o no Dios sabía porque, y ahora creo que por eso llegó una hija antes, porque gracias a que estaba ocupada con esa niña, pude tener un embarazo más relajado y mis miedos se fueron desvaneciendo con la crianza de mi primera hija”.* Su madre vino a apoyarla durante todo el embarazo y, en general, tuvo mucho apoyo social y emocional, y ella cree que eso es muy importante, y que *“esa energía se siente y ayuda”.* A su hija adoptiva *“le pedía en silencio que le dijera al bebé que estaba dentro de mi vientre cómo crecer sano y fuerte y una vez frente al espejo, en voz alta, yo misma le dije al bebe que tenía que nacer bien, si no tendría muchos problemas”.* Aunque no fue a un curso de preparación para el parto meditaba constantemente, se sentía a gusto con sus cambios físicos y se alegraba de que su cuerpo *“estaba cumpliendo con su función”.* No tuvo relaciones sexuales durante todo el embarazo por un gran miedo de provocar un aborto y sobretodo, al final, llegó a sentirse muy en equilibrio, aunque *“el fantasma de la muerte siempre te ronda...”*

Cuando pasaron los dos primeros trimestres ella decidió que era hora de contactar con una partera, pues *“deseaba que su hijo naciera entre música y flores en su propia casa y contactó con una partera profesional en Cuernavaca”.* Hacia mediados de octubre, un año exacto después de haber recibido a su hija adoptiva. Nuria sintió las primeras

contracciones y supo que la hora había llegado. A pesar del apoyo social que tenía y de sus conocimientos ella *“tenía mucho miedo del parto y, para mi mala fortuna, éste se desarrolló muy lento y comencé a cansarme y desesperarme..., además tuve problemas de presión y después de más de 24 horas intentando, la partera sugirió que me llevaran a un hospital, donde me bloquearon y todavía pasaron más de 8 horas para que se lograra el nacimiento de mi segunda hija”*. A Nuria le dio mucha tristeza y desilusión no haber podido dar a luz en su casa porque ella cree que así deberían de ser los nacimientos, pero agradeció mucho haber tenido una hija biológica y haber tenido la maravillosa experiencia de un embarazo y de un parto. Sin embargo, *“los sentimientos de culpa aparecían constantemente mezclados con los de felicidad y el miedo acerca del amor que cada uno de nosotros, mi esposo y yo, íbamos a sentir por las niñas”*.

La lactancia con su hija biológica se inició en el hospital a las pocas horas de nacida, pero tuvo problemas porque *“tenía poca leche y se me hicieron grietas en los pezones y le tuve que dar biberón desde el comienzo.”* Su hermana y su madre, ambas trabajadoras en el área de salud reproductiva, la motivaban a lactar y ella sabía que era muy bueno, pero *“para el segundo mes la niña no se llenaba y estaba inquieta y yo me sentía tan culpable con mi hija adoptiva que cuando daba el pecho cargaba a la recién nacida de un lado y a la otra niña del otro..., pero para el tercer mes ya no pude más porque volteaba y veía los ojos enormes de mi hija adoptiva y sentía demasiada culpa y decidí que tenía que ser parejo. Mi doctor no lo podía creer cuando antes de los tres meses suspendí la lactancia y le di sólo biberón”*.

Cuando Nuria reflexiona sobre su experiencia en la lactancia se da cuenta de que tu historia personal puede afectarte mucho y que *“uno no debe juzgar a otras personas porque tú no sabes lo que hay detrás de las decisiones que uno toma en la vida”*. Ella sabe que estaba convencida de lactar y conocía todas las ventajas emocionales, nutricionales e inmunológicas de la lactancia. Siempre imaginó que lactaría y que lo haría por unos seis meses o más. Ella cree que *“la lactancia es el lazo natural entre madre e hijo y que es parte del ser madre y me alegré enormemente de que mis pechos sirvieran para lo que fueron hechos..., y estaba rodeada de gente que lactó..., pero cuando pensaba en mi hija adoptiva, no pude más porque sentía que la estaba traicionando”*.

Con relación a otras prácticas de crianza. Nuria considera que un bebé debe de dormir

con sus padres en la misma cama durante los primeros tres meses y luego hasta el año en la misma habitación que sus padres pero en su cuna. Después del año ya es conveniente que duerman en otro cuarto con sus hermanos, si es el caso. Ella sí considera adecuado dormir a un bebé arrullándolo o acurrucándolo y esperar con ellos hasta que se duerman. Además, cree que cuando un bebé llora sí debe de haber respuesta y acompañamiento, aunque a veces el llanto es necesario. *“No estoy segura de hasta cuándo un niño estando sano ya no debe despertar en la noche..., creo que depende del niño y de la etapa que esté viviendo”.*

Para Nuria la maternidad es *“algo maravilloso, sin duda, pero la mayoría de las mujeres se lanzan de lleno, sin pensarlo mucho, y finalmente, un hijo es un compromiso, y sí es algo que debe pensarse”.* Pero, además, *“la maternidad y la crianza infantil no implican que se acabe la mujer y su propia vida”* y Nuria cree que es importante reflexionar sobre esto y considerarlo dentro del plan de tener hijos.

4.2 Las experiencias de lactancia media: “lo socialmente esperado...”

Todas las historias de las mujeres agrupadas en este apartado corresponden a experiencias de lactancia media, para fines prácticos de tres a nueve meses. Todas son mujeres que aparentemente compartían el contexto socioeconómico de las otras y que tomaron decisiones de crianza muy de acuerdo a lo que las mujeres de este grupo social esperarían: lactancia de mediana duración, generalmente complementada con leche de fórmula en biberón.

¿Qué tienen en común entre sí estas seis mujeres con experiencia de lactancia media, qué factores y actores sociales aparecen relacionados con la toma de decisión y la práctica final de la lactancia?: En primer lugar una relación satisfactoria con sus propias madres, sin ser considerada exageradamente buena, pero no criticada. Además, sus propias madres las lactaron casi en todos los casos, pero por pocos meses y siempre complementando con la leche artificial (recordemos que todas ellas fueron criadas durante la década de los 60's, en el auge de la leche maternizada y el biberón), por tanto no existía una cultura de lactancia exclusiva en el sentido estricto dentro del ámbito familiar o entre el grupo cercano de pares. Además, en ningún caso se cuestionaba la propia crianza infantil que sus madres habían desarrollado con ellas y con sus hermanos y/o

hermanas.

En segundo lugar, si bien sus cónyuges apoyaban relativamente la lactancia, más bien apoyaron las decisiones personales de las mujeres y cedieron la crianza infantil a la consideración de las propias madres, para ninguno de ellos la lactancia era especialmente necesaria, aunque en uno de los casos la familia política de él sí estaba muy involucrada con acciones de apoyo de lactancia (Liga de la Leche). De hecho, se pudo observar que la participación de los cónyuges de este grupo en la crianza infantil es bastante limitada y se apegan más al rol tradicional de proveedores, cediendo a las mujeres el rol tradicional de cuidadoras y reproductoras.

En tercer lugar y, con respecto a la información que se maneja en este grupo sobre lactancia materna y beneficios para niños y madres se observó que, nuevamente, la información era bastante elemental, se conocía sobre los efectos inmunológicos de protección vs infecciones gastrointestinales y/o respiratorias, pero no sobre otro tipo de ventajas reportadas más recientemente y casi no se tenía conocimiento sobre ventajas para las propias mujeres. Había una fuerte tendencia a creer que con los cuidados adecuados un bebé podría crecer tan bien con la leche de fórmula como con la de pecho y de que nada cambiaba sustancialmente si se combinaban ambos tipos de leche, lo cual se consideraba muy práctico debido a que el cónyuge podía dar apoyo a la madre durante la crianza, aspecto que resulta muy importante para las mujeres, pero pareciera poco importante para los hombres.

En cuarto lugar, y muy relacionado con la escasa cultura de lactancia materna, el apoyo social para amamantar con el que contaron estas mujeres sí existió, aunque fue limitado a las propias experiencias de sus madres o de sus pares cercanas. Sin embargo fue mayor que en el caso del grupo anterior y menor que en el siguiente grupo, como se detallará más adelante. Los consejos estuvieron influenciados por las tradicionales creencias de tomas de té, o agua, jugos a edad temprana y complemento con leche maternizada porque eso fue lo que experimentaron y conocieron sus propias madres, nueras, hermanas o amigas. En pocos casos se dio la lactancia exclusiva por más de seis meses según lo recomendado por la OMS, pero en cuatro casos sí se practicó por alrededor de cuatro meses, en parte por información y en gran parte por comodidad y debido a experiencias positivas con la lactancia.

En quinto lugar, y con relación al apoyo médico, vuelve a observarse la relación identificada en el grupo anterior, esto es, que las mujeres de este grupo saben que pediatras apoyan o no la lactancia y escogen un especialista de acuerdo a sus propias expectativas y creencias. Adicionalmente, sólo en un caso de parto en hospital público y otro con partera se recibió información y apoyo para la lactancia por parte del personal que atendió el parto. En el resto de los casos se trató de partos atendidos en ambientes hospitalarios privados sin información, ni apoyo alguno. La otra excepción es la información sobre lactancia que se proporciona en ciertos cursos psicoprofilácticos ofrecidos de forma privada en la Ciudad.

Finalmente, en lo que se refiere a la actitud se identifican variaciones internas dentro del grupo, pero, en general, se observó una valoración más positiva hacia la lactancia y hacia los efectos de la misma y se la relacionó como parte misma de la maternidad y la crianza, siempre y cuando no exceda el límite social de un año. Es importante mencionar que cinco de las seis mujeres habían tomado la decisión de lactar antes del embarazo y sólo una manifestó haberla tomado durante el embarazo. Al igual que en el grupo de lactancia corta se consideró que la toma de decisión sobre lactar o no a un infante es un proceso que se viene desarrollando a lo largo de la vida de las mujeres.

4.2.1 La historia de Ximena

Ximena viajó mucho por el mundo porque su padre era diplomático y llegó a México ya en su adolescencia tardía. Recuerda su infancia como una época de poca estabilidad en todos sentidos. *“Mis padres tenían problemas y eso me afectaba mucho a mí a mis hermanas. Tuve dos hermanas antes que yo, yo soy la menor...”*

“Sé que mi madre acostumbraba la lactancia materna por alrededor de 6 meses, pero era lactancia junto con biberón, siempre fue así...”

Ximena terminó sus estudios profesionales y ha trabajado desde entonces por cuenta propia en el campo de su profesión. Le gusta mucho trabajar y considera que es importante para las mujeres, además su tipo de trabajo le permite planear actividades y tiempo para con sus hijos y eso le agrada mucho porque ella controla sus tiempos.

Conoció al que ahora es su esposo en México y poco a poco se fue estableciendo una relación basada en intereses comunes y factores intelectuales. Ella sentía que *“él era un hombre maduro y adecuado para una relación, a pesar de que es algunos años menor que yo y además ya había llegado el momento en mi vida...”* En general su relación es buena y de mucho apoyo en cuestiones domésticas y de crianza infantil. Contrajo matrimonio cuando tenía 27 años de edad y el 24. Sólo se casaron por el civil, de mutuo acuerdo.

Ximena inició su vida sexual a los 18 años y a esa misma edad tuvo su 1ª menstruación, había tenido muchos problemas de alimentación y eso influyó en el retardo. Para ella *“la virginidad no tiene mucha importancia, es como cualquier otra cosa ... no usé anticonceptivos durante mis primeras relaciones sexuales, porque no sé, pero tardé tiempo en comenzar a usarlos..”*

A los 28 años Ximena tuvo un primer embarazo y un aborto deseado porque *“no era el momento de tener una familia... En aquel momento la decisión de abortar, que fue mutua, no representó algo tan fuerte, pero después de mi primer parto, todo cambió. Y entonces hasta me cuestioné fuertemente si uno tiene derecho a decidir sobre la vida de otro... en fin, ahora, después de haber sido madre por segunda vez, estoy segura de que no volvería a abortar nunca y que no lo hubiera hecho ni siquiera en aquella ocasión.”*

A los 35 años Ximena tuvo su primer embarazo, planeado y deseado por ambos con todas las ganas de una pareja consolidada y de una mujer madura que se siente emocional y físicamente preparada para iniciar una familia y un compromiso. *“Mi embarazo fue maravilloso, algunas náuseas el primer trimestre, pero mis actividades fueron normales hasta el final del mismo. Tomé un curso psicoprofiláctico en México y me dedicaba de lleno al embarazo y al trabajo. Fueron días muy hermosos, llenos de ilusión, de los mejores en mi vida ...”*

“Subí 12 kilos y eso fue lo único que no me agradó mucho, porque yo sí soy muy vanidosa y no me gustaba el cambio físico en mi cuerpo. ¿Mi actividad sexual?... pues se mantuvo prácticamente igual durante todo el embarazo.”

La señal de aviso del parto fueron las fuertes contracciones que iniciaron en la casa, lo cual motivó que se fueran al hospital ella y su esposo. Ximena dio a luz un niño en un hospital privado en México en un parto vaginal que duró aproximadamente 8 horas. La atención recibida fue buena, su marido estuvo con ella todo el tiempo. Ella sintió gran control sobre sí misma y sus expectativas de lo que era un parto fueron altamente alcanzadas. El niño 3.5 kilos y midió 52 cm. Lo único que a Ximena no le gustó es que *“apenas me pusieron unos minutos al bebé sobre el pecho y se lo llevaron muy rápido para limpiarlo y atenderlo. Después me llevaron a recuperación y luego me subieron al cuarto y estuve mucho tiempo separada del bebé, cuánto?... pues échale cuentas, como por 16 horas aproximadamente y no me lo traían antes, aunque yo lo pidiera...”*

La lactancia materna se inició en el hospital a las 16 horas posparto. *“Yo no tuve problemas con el comienzo de la lactancia ni con su desarrollo posterior ... pero yo ya había decidido desde antes que la lactancia sería combinada con biberón, por mi tipo de trabajo y por comodidad, y que sería corta, la verdad, por vanidad. Así que desde el comienzo le di pecho combinado con algunas botellas, especialmente en la noche, para que mi marido participara en la alimentación del bebé. Eso era importante para mí, que él se comprometiera y que hiciera contacto con el niño.”*

“¿Cuándo me bajó la leche?... cómo hasta los 4 días posparto y eso sí me preocupó un poco, a pesar de que tenía información sobre la lactancia por el curso... pero, bueno, finalmente bajó.” A este bebé le dio pecho por tres meses y realizó el destete de forma paulatina, no tuvo ningún problema.

Ximena volvió a embarazarse a la edad de 38 años porque *“yo así lo había decidido: dos hijos y nada más, el mundo ya no está como para tener más hijos por familia y además yo no podría mantener bien a más de dos hijos.”*

Su segundo embarazo fue igual de bueno que el primero con la salvedad de *“tuve náuseas durante el primer trimestre y ya tenía un niño pequeño de quien cuidar, ... las cosas entonces son muy diferentes”*. En ese sentido, se hizo un poco más pesado el embarazo por la atención y los celos naturales del pequeño. En este embarazo subió 18 kilos, cosa que no le gustó y obviamente volvió a sentirse incómoda por los cambios en su cuerpo. Sin embargo, para este embarazo *“mi vanidad había comenzado a perder*

importancia y decidí que, como iba a ser mi último hijo, trataría de gozarlo más y dedicarme más a él, y, entre otras cosas, le daría pecho por más tiempo... “ Al igual que en su otro embarazo preguntó el sexo del bebé y le dio mucho gusto que fuera una niña para tener ambas experiencias de crianza.

Durante el primer parto Ximena había temido mucho por la salud del bebé, cosa muy influenciada por su edad y por el sistema médico y su propio doctor, quien le decía que era una *“mujer añosa para dar a luz”*. Durante este segundo embarazo volvió a tener miedo por la salud del bebé, pero además, también por el parto mismo. Su embarazo lo vivió con normalidad hasta el final, manteniéndose su actividad sexual de la misma manera.

Cuando se encontraba en la 40ª semana de gestación, aunque según el médico era ya la 41ª, Ximena fue a revisión y *“mi doctor me sugirió y, en verdad, me presionó para que se me practicara una cesárea. Yo tuve miedo y me sentí muy insegura, mi esposo también... Y no muy convencida, ante tantos argumentos médicos, y lo de mi edad ... pues finalmente acepté que se practicara la operación, de lo cual me arrepiento ahora enormemente.”*

La internaron un miércoles en el mismo hospital de la ciudad de México en el que había dado a luz la vez anterior (un hospital muy renombrado) y trataron de inducir el parto, usaron oxitocina pero nunca comenzó la dilatación. A petición de ella la dejaron descansar una noche y al día siguiente lo volvieron a intentar y nada. Entonces comenzó la presión más fuerte, que si ya había sufrimiento fetal, que si ella era muy añosa, que si era su responsabilidad... y finalmente ella aceptó. *“La experiencia de una cesárea es terrible, sumamente negativa y una agresión física para la mujer”*, opina Ximena, con rabia y sentimiento, *“sobretudo cuando has tenido ya la experiencia de un parto vaginal”*. Ella no veía nada porque te ponen la sábana, pero su esposo sí, y él que no se impresiona fácilmente, estaba impactado con lo que vio, porque, finalmente, se trata de una cirugía mayor y realmente *“te abren la barriga y te sacan a la criatura, te la arrancan del vientre, cuando ella todavía estaba calentita y tan a gusto, yo lo sentí, sentí como me la quitaron del vientre...”*

La experiencia no sólo emocional, sino física, fue terrible para Ximena, *“tuve problemas*

serios de presión y una recuperación mucho más tardía aunada a una bronquitis terrible. Siendo una mujer muy preparada y aparentemente segura de mí misma, me sentí tan indefensa y manipulada, más aún cuando después el médico reconoció que no había una razón real para la cesárea y que aún estaban a tiempo de haber esperado". Ximena opina que "definitivamente hay ocasiones en que la cesárea es necesaria para salvar vidas ni hablar, pero hay muchas veces que la cesárea se utiliza en balde y creo que eso no está bien." Ella considera que el hecho de experimentar el trabajo de parto y de salir por el canal natural de nacimiento tiene una razón de ser y compara el desarrollo de su hijo mayor con el de la niña y ve diferencias que ella atribuye instintivamente a la forma de nacimiento tan diferente.

Ximena estuvo 24 horas separada de su hija, triste, angustiada y con mucho coraje por no haber sido más fuerte para oponerse a la cesárea. *"Pensé mucho que si así me presionaron a mí que soy una mujer preparada y con recursos, que no les harán a otras mujeres menos favorecidas..."* Inició la lactancia en el hospital y tuvo una fuerte depresión posparto *"lloraba y lloraba como desesperada, cosa que no me pasó ni un momento después de mi primer parto, y aunque fue corta, una semana, fue realmente muy fuerte para mí"*.

La experiencia con esta segunda crianza ha sido muy diferente para Ximena, *"el hecho de saber que es la última vez que tendré a un bebé pequeño me hizo reflexionar sobre el pasar más tiempo y el gozar más tiempo a mi hija..."*. Entre otras cosas, amamantó a su hija durante 9 meses e inició el destete paulatinamente. No tuvo problemas con la lactancia ni con el destete. La leche le bajó igual a los 4 días, pero no se preocupó porque ya sabía que era normal. Practicó desde el inicio la lactancia mixta, amamantó en público sin pena, cosa que le costó mucho trabajo en su primera lactancia y tenía mucha más información sobre el amamantamiento que en la primera ocasión, información proporcionada por amigas cercanas con experiencias largas y exitosas de lactancia.

Cuando Ximena reflexiona sobre la lactancia considera que *"tiene mucho que ver la historia personal de cada quien, y con la actitud que cada quien tiene ante la misma, que sé yo, el tipo de información con que se cuenta, también tus amigas cercanas y, finalmente, la experiencia misma..."*

Ella conoce la mayoría de las ventajas de la lactancia materna, sobretodo las relacionadas con la salud, y esa junto con la del apego fueron de hecho sus principales razones para lactar. Pero *“yo estoy convencida de que la lactancia debe de ser combinada con biberón, para que alguien más pueda apoyar en esa parte de la crianza, sobretodo ahora que tantas mujeres trabajan.”*

Finalmente, sobre las otras prácticas de crianza analizadas tales como que los niños sólo duermen en el cuarto de los padres y en su cuna durante los primeros 3-4 meses de vida, fueron iguales para los dos hijos. El que no hay que responder inmediatamente porque se pueden volver demasiado demandantes también fue igual, aunque no los deja llorar mucho. El considerar que los niños deben de dormir toda la noche estando sanos, lo cual para Ximena sucede entre los 6 meses y el año, dependiendo, también se desarrolló igual. La introducción de líquidos y sólidos entre los 5 y 6 meses, igual. Lo que cambió fue la duración de la lactancia y la calidad del tiempo que pasa con la niña menor. Ella considera que el sexo de la niña no influye, sino el hecho de que sea la última hija que tendrá, aunado a que ella maduró y decidió vivir esta crianza de otra manera.

4.2.2 La historia de Mariana

Mariana nació hace 28 años en la Ciudad de México y creció en la Ciudad de Cuernavaca y en la de Querétaro, donde vivió hasta que regresó a México para realizar sus estudios profesionales en educación preescolar. Recuerda su infancia como *“feliz y sencilla, sin mayores complicaciones, aún cuando mis padres se divorciaron siendo nosotros pequeños.”* Ella es la tercera de una familia de 5 hijos, un solo hombre, el mayor, y cuatro mujeres. Siempre mantuvo una buena relación con su madre y recuerda que había confianza para platicar y compartir muchas de sus experiencias como niña y adolescente. Su madre y sus hermanas fueron excelentes compañeras.

Conoció al que ahora es su esposo en la Ciudad de México, en un retiro espiritual y tras un noviazgo interrumpido de algunos años contrajeron matrimonio por el civil y por la iglesia y vinieron a vivir a Cuernavaca, debido al trabajo de él, ella tenía 26 años y él 31. *“Sí tuve relaciones sexuales antes de casarme, pero sólo con él, porque ya había un compromiso serio y formal y porque él representaba la mayor parte de las cosas que yo buscaba en un hombre... era serio y responsable y compartíamos la misma idea de la*

vida, muchos valores y gustos comunes... ". Mariana se casó enamorada e ilusionada y sus primeros meses de vida juntos fueron buenos. Ella seguía trabajando como maestra porque le encantan los niños y esa es su vocación.

Poco antes de cumplir su primer año de casados Mariana tuvo su primer embarazo, no fue un embarazo planeado, ambos habían dicho que deseaban esperar un poco antes de comenzar a formar una familia, pero no se cuidaron bien y el embarazo llegó. Fue difícil porque Mariana deseaba mucho al bebé y su esposo no estaba tan convencido como ella, tenía otros planes en ese momento. Sin embargo, a los 2.5 meses Mariana tuvo un aborto debido a un desprendimiento de placenta. *"Fue muy triste para mí y muy difícil de aceptar porque yo ya había establecido contacto con ese bebé y ya lo sentía presente. Y fue difícil porque mi esposo no lo había aceptado inicialmente y eso generaba problemas entre ambos, me daba mucho coraje y hasta un sentimiento de que había sido por su culpa... De hecho cuando yo me di cuenta de eso y se lo medio dije decidimos solicitar ayuda profesional y estuvimos en terapia para poder acomodar y superar el problema juntos. Yo no deseaba volver a embarazarme nunca más porque tenía mucho miedo de volver a perder al bebé, además tuve mucho resentimiento con mi esposo y me costó mucho trabajo "perdonarlo" y decidir que sí volvería a embarazarme."*

Al año y medio, y después de la terapia, Mariana vuelve a embarazarse de nuevo, fue un embarazo planeado y deseado, pero con mucho temor desde el inicio y hasta el final. Ella pasó los primeros meses bloqueando toda relación entre ella y el bebé y no estableciendo contacto como la vez anterior debido a que *"no quería volver a sufrir lo que había sufrido la primera vez cuando perdí a mi bebé"*. Mariana aceptó participar en el estudio a los 4 meses de embarazo.

Mariana pasó su embarazo inquieta y con varios temores, especialmente durante los dos primeros trimestres. Pero conforme avanzaba su embarazo comenzaba a sentirse un poco más segura, aunque el miedo de una pérdida estuvo siempre presente hasta el momento del parto. *"Sufría tanto que mi esposo me decía que yo misma me iba a provocar la pérdida del bebé si seguía pensando todo el tiempo en la primera experiencia... Entonces entré a un curso psicoprofiláctico y eso me ayudó bastante."*

Pero, no fue un embarazo sencillo. Tuvo sangrados durante el primer trimestre y amenaza

de aborto además de muchos vómitos y náuseas. Subió 16 kilos de peso y no le gustaba verse y sentirse gorda. Preguntó el sexo del niño y le dio mucho gusto que fuera hombre porque ella siente que se relaciona mejor con los hombres. *“Mi actividad sexual bajó casi al máximo entre su falta de deseo y mis muchos temores... Yo sólo deseaba que el embarazo terminara y que mi bebé estuviera a salvo en mis brazos.”*

En su familia *“la lactancia materna es una costumbre de crianza... mi madre amamantó y todas mis hermanas con hijos han amamantado, aunque ha sido lactancia junto con el biberón y no de larga duración, pero todas han lactado...”*.

Además, Mariana sabía lo importante que es la leche materna debido a su preparación profesional y sabía que es básica para el desarrollo emocional del niño. Y, dada la especial situación de bloqueo que existió durante el comienzo del embarazo entre ella y el bebé Mariana deseaba reconstruir la relación bloqueada durante el embarazo a través de la lactancia. Para ella era primordial lactar. Lo decidió desde antes del parto, de hecho, desde antes de embarazarse. *“Yo siempre supe que cuando tuviera un hijo lo iba a lactar, el lactar era parte del paquete de la maternidad, nunca ni lo dudé, pero después de lo que pasó al comienzo del embarazo, la lactancia se convirtió en algo básico para mí, era cómo poder volver a tener un contacto especial con el bebé, el que no tuve al comienzo por miedo...”*

Mariana fue atendida por una ginecóloga en un hospital de maternidad de los más reconocidos en Cuernavaca. Su marido la acompañó y apoyó durante el parto. Su madre y una hermana habían llegado unos días antes para ayudarle con el bebé. Cuando sintió las primeras contracciones supo que había llegado el momento y esperó tres horas en casa hasta que las contracciones fueron más seguidas y fuertes. El miedo a la pérdida seguía presente. Fue un parto vaginal con bloqueo y con algunas complicaciones porque el bebé *“se regresaba”, “no quería salir”* y ella se angustiaba. Finalmente el niño nació pesando 2.85 kilos y midiendo 49 cm. La primera sensación de Mariana fue de triunfo y satisfacción, lo había logrado y el niño estaba bien. *“Era como una lucha que había terminado y me sentí agradecida y maravillada con la vida”*. Fue separada del bebé casi de inmediato y éste fue llevado al cuarto donde lo cuidaron su madre y su hermana.

Mariana inició la lactancia en el hospital 3.5 horas posparto, tuvo problemas, el bebé no

agarraba el pecho y ella se angustiaba. Me llamó al día siguiente, a unas cuantas horas de haber dado a luz: necesitaba apoyo, quería lactar y no sabía cómo. Llegué al hospital y estuve con ella y con su esposo hasta que pudo lactar. Mariana inició la lactancia entonces y con apoyo profesional posterior de un pediatra a favor de la lactancia amamantó a su bebé durante 9 meses, 5 de los cuales fueron de lactancia exclusiva. La leche le bajó hasta el cuarto día y *“de no haber tenido información previa y apoyo social de su familia, amigas y pediatra, creo que me hubiera dado por vencida.”*

La principal razón de Mariana para lactar fue el apego, la necesidad de establecer un lazo fuerte entre ella y el bebé. Además, ella sabía de todas las ventajas que en cuestión de salud significa la lactancia, aunque reconoce que el tiempo que se necesita para implementar la lactancia, sobretodo la exclusiva, es considerable, tal vez sea su única desventaja.

Cuando ella reflexiona acerca de su experiencia con la lactancia y de los factores que intervienen para que uno lacte o no ella considera que el tipo de información y apoyo que uno tenga es básico, además de lo convencida o no que estés, esto es, de tu actitud. Ella tuvo mucho apoyo: en el curso psicoprofiláctico, por su familia, por sus amigas, por su pediatra, por lo que leía, etc. y estaba segura de que la lactancia era lo mejor para su bebé.

Mariana destetó paulatinamente y sin problemas a su bebé a los 9 meses. Su límite máximo de lactancia era hasta el año, pero el bebé empezó a destetarse solo y ya no lo forzó a más. Ella considera que *“la lactancia se debe de practicar hasta el año y no más porque entonces ya se trata de niños grandes, con dientes, que comen otras cosas, ya no son bebés, ya no es necesario... Pienso que si una mujer prolonga demasiado la lactancia es como si no quisiera que el niño creciese y eso no es lo apropiado para su desarrollo.”*

En cuanto a otras prácticas de crianza, Mariana cree que el ideal es que los niños ya duerman solos a los 2 ó 3 meses, pero en la realidad pasó a su hijo a dormir solo en otro cuarto hasta los 5 ó 6 meses. Considera también que los niños deben de arrullarse para dormir y que está bien tomarlos en brazos y acunarlos. Sin embargo, en cuanto a respuesta hacia el llanto, considera que no es conveniente responder inmediatamente, sino esperar algunos minutos para que el niño vaya aprendiendo a esperar. Y no tiene

idea de hasta cuando es normal que un niño se despierte en la noche estando sano, el suyo lo hace seguido y ella cree que es mañoso, pero tampoco le preocupa mucho o le implica gran esfuerzo levantarse a atenderlo.

4.2.3 La historia de Fabiola

Fabiola nació en el estado de Guerrero hace 34 años y ahí creció hasta que salió fuera a estudiar su carrera técnica y comenzó a trabajar. Hija de una familia tradicional y grande, es la 5ª de 12 hermanos. Recuerda su infancia como muy feliz, de mucha libertad y juegos. Sus padres tuvieron una relación estable y en general todos los hermanos se llevaban bien. La relación con su madre era buena, como eran en ese entonces en una ciudad de provincia, ella nunca tuvo mayores problemas. *“Mi madre nos amamantó a todos y por varios meses, porque con eso se “cuidaban” en ese entonces... yo crecí viendo niños mamando constantemente.”*

Conoció a quien ahora es su esposo en el trabajo en un banco y poco a poco fue enamorándose de él. Le caía muy bien, era agradable y educado y muy detallista y la trataba bien. Duraron cerca de 4 años de novio durante los cuales *“tuve relaciones sexuales con él porque era la persona indicada y porque sabía que él me respondería ante cualquier situación”*. Ella se casó muy enamorada a los 25 años igual que él por la iglesia y por el civil, y ambos decidieron esperar algunos años antes de tener hijos.

A los dos años de casada Fabiola se embarazó, estaba muy feliz porque ambos deseaban ya una familia, fue un embarazo deseado y planeado y ella lo recuerda como *“de las mejores épocas en mi vida”*. Trabajó durante varios meses y se sentía tan bien que podía hacer casi cualquier cosa. Trabajaba en las mañanas y en las tardes descansaba o se dormía o salía a caminar y hacer algunas compras. Subió 8.5 kilos de peso y le gustaba como se veía así. *“Eso sí, casi no tuve relaciones sexuales durante el embarazo, no se me antojaba nada y hasta me preocupé, pero me tranquilicé cuando mi doctor me dijo que podía ser normal y entonces dejé de sentirme culpable con mi marido”*. Ella sí quería saber el sexo del bebé y sí lo preguntó y le gustó mucho la idea de que fuera una niña. Durante el embarazo no tuvo mayores problemas, sólo tuvo náuseas y vómitos el primer trimestre, pero sí *“tenía mucho miedo al momento del parto”*

Fabiola dio a luz en un hospital privado en la Ciudad de Toluca, donde vivían en ese entonces. Su esposo no pudo entrar al parto por disposiciones médicas y ahora piensa que le hubiera gustado mucho que entrara por lo menos a alguno de los partos.

Su primer parto fue vaginal y se utilizó el bloqueo y la oxitocina. Tuvo muchos nervios porque temía al dolor de parto, pero gracias al bloqueo, este resultó mejor de lo que ella imaginaba. Ella no tomó curso porque *“su doctor y su esposo no lo consideraban necesario”* y la verdad es que no perdió el control, aunque sí tuvo un poco de ansiedad porque el bebé no bajaba. Cuando nació su niña de 51 cm y de 3.1 kilos Fabiola se sintió muy feliz y experimentó una mezcla de sentimientos: emoción y realización personal. Este fue el mejor de sus tres partos, aunque fue con el que más tardó en volver a recuperar su deseo sexual, aproximadamente dos meses después.

La lactancia se inició en el hospital 24 horas posparto y ella tuvo algunos problemas porque tiene el pezón pequeño y entonces la bebé no succionaba bien porque no se prendía. Además, se le hicieron grietas y eso le dolía mucho y le leche no le bajó hasta el 3er día, cosa que le angustiaba un tanto. *“Por suerte tuve junto a mi suegra, con quien me llevo muy bien, y quien es una experta en lactancia porque amamantó a todos sus hijos. Ella me daba ánimos y consejos y estuvo apoyándome varias semanas hasta que ya no tuve problemas.”* Fabiola lactó a su primera hija hasta los 6 meses y fue lactancia exclusiva. Comenzó a destetar a los 5 meses paulatinamente introduciendo líquidos y papillas de fruta. No tuvo ningún problema con el destete.

Para Fabiola la lactancia materna es muy importante. Ella recuerda haber visto a su madre amamantar a varios de sus hermanos y haber visto que casi no se enfermaban. Además, ella sabe que *“con la lactancia se hace un lazo especial entre la madre y el hijo, así que ella sabía que cuando fuera madre iba a lactar, se veía a sí misma lactando.”* En la familia de su esposo también es importante la lactancia y todas deben de lactar, es lo que se espera de ellas: es algo natural y algo asociado al ser una madre. Ella considera que *“todas las madres deberían de lactar a sus hijos aunque sea unos meses... el límite máximo es de un año, porque es en ese entonces cuando el niño ya está grande y ya no es un bebé, ya come muchas otras cosas y ya no necesita la leche de pecho”*.

A año y medio de su primer parto Fabiola quedó embarazada de nuevo. Estaba feliz

porque ella y su esposo habían decidido tener otro hijo en corto tiempo, así que todo estaba resultando como lo habían planeado. Sin embargo, a diferencia del embarazo anterior, este no fue sencillo: *“tuve amenaza de aborto y sangrados constantes durante varias semanas y debido a que tenía placenta delgada tuve que estar en reposo casi todo el primer trimestre”*. Cuidando a su hija mayor y debiendo de tener tanto cuidado con ese embarazo la experiencia durante esta segunda ocasión fue radicalmente diferente, nada que ver con la tranquilidad y la armonía vividas la primera ocasión. El miedo constante de perder al bebé era terrible y la depresión fuerte porque Fabiola ya había establecido un lazo con su bebé y no quería perderlo por nada del mundo. Subió 8.5 kilos y su actividad sexual bajó aún más que durante el primer embarazo debido a la posibilidad real de aborto. Fue el embarazo menos bueno de los tres que ha tenido.

Finalmente, Fabiola dio a luz en un hospital privado en Cuernavaca, le indujeron el parto y se utilizó oxitocina y el bloqueo. Fue un parto vaginal durante el cual tuvo muchos nervios y dolor. Tenía miedo al bloqueo y por la salud del bebé. El parto fue bueno y la segunda niña nació bien y ella se sintió realizada y emocionada y feliz de que todo hubiera acabado bien. La niña pesó 3.05 kilos y midió 50 cm. *“La lactancia la inicié en el hospital 24 horas después del parto, aunque la leche no salía, y tuve grietas otra vez, pero esta vez yo ya sabía que hacer...”*. En esta ocasión la leche le bajó a los 2.5 días. A esta bebé la amamantó sólo 4 meses con pura leche de pecho porque ella se enfermó, y a esa edad comenzó a introducir otros líquidos y primeras papillas de fruta. A los 5 meses ya había destetado sin problemas.

Cuatro años después de su segundo embarazo Fabiola se quitó el dispositivo porque estaba cansada y dudaba si quería o no tener más hijos. En ese periodo quedó embarazada por tercera vez. A diferencia de sus otros dos embarazos este no había sido del todo planeado y Fabiola se sentía confundida y preocupada por la situación económica y por varios cambios de vida que tendrían forzosamente que hacer, pero *“nunca me pasó por la cabeza la idea de un aborto, ni a mi esposo, va en contra de todas nuestras creencias.”* Cuando ella y su esposo terminaron de acomodar el hecho de que venía un bebé más hicieron los ajustes necesarios para sostener la economía familiar (como cambiar a las niñas a otro colegio particular más económico) y comenzó a vivir su embarazo con la seguridad de que ahora sí sería el último. Y *“yo no sé si esto influyó, pero lo gocé mucho, casi como el primero, porque iba a ser la última vez en mi vida que*

iba a estar así...". Las niñas ya estaban más grandes y no requerían tanta atención y además no tuvo problemas mayores, sólo las acostumbradas náuseas y vómitos del primer trimestre. Lo que sí es que se cansaba mucho y que por primera vez tuvo temor por la salud del bebé, tal vez debido a su edad (33 años). Preguntó por el sexo del bebé y le dio mucho gusto que fuera un varón por su esposo, ella no tenía preferencia. Subió 9 kilos y le gustaba verse embarazada de nuevo. Su actividad sexual bajó aunque fue menos que en las otras ocasiones.

A diferencia de sus otros partos en esta ocasión Fabiola fue programada para una cesárea porque el bebé no estaba bien acomodado y para ligarla a ella y operarla de una hernia. A Fabiola le daba mucho miedo la operación porque era algo desconocido para ella y porque sabe que es una cirugía mayor. *"No me gustó nada la experiencia. La recuperación es mucho más difícil y por primera vez me dio una depresión posparto muy fuerte, nunca me pasó eso en mis otros dos partos..."*. Se le bajó la presión durante la operación y tuvo temor e inquietud. El niño pesó 3.30 kilos y midió 51 cm. Fabiola fue ligada porque ella y su esposo acordaron que no deseaban tener más hijos.

La tercera lactancia se inició en el hospital a las 48 horas posparto, debido a la cesárea. Le leche bajó a los 2.5 días. Su único problema fue que no salía la leche, pero se la sacó con un tiraleches y se arregló todo. *"Esta vez lacte hasta los 7 meses porque estaba muy contenta y me encantaba y, no sé, tal vez porque sabía que era mi último hijo, que ya no iba a volver a amamantar..."*. Además, el niño tardó en aceptar otros alimentos y ella pensó que *"pobrecito, que tal vez necesitaba más leche que las otras niñas"*. Así que a los 7 inició el destete paulatinamente y no tuvo problemas, aunque *"sí me dio tristeza pensar que ya no volvería a lactar nunca más"*.

Cuando Fabiola reflexiona sobre su experiencia con la lactancia ella afirma que las mujeres que no pueden lactar es *"porque no quieren o no se preparan, yo sí considero que es un problema de actitud"*. Claro que también es muy importante tener apoyo de alguien que sepa y crea en la lactancia, como el caso de su suegra, *"sin ella, quien sabe si hubiera podido"*, pero se siente bien tener a alguien a tu lado que te diga convencida y con seguridad que sigas, que sí va a salir, que sí se puede. Ella cree que *"todas las mujeres deberían de lactar a sus hijos unos meses, al menos, y que el límite máximo es el año, porque un niño de un año ya es un niño grande y ya necesitan otras cosas"*. Ella

considera que en este grupo social sí es una decisión personal, pero que se ve muy influida por tu propia historia y tus vivencias.

Con relación a otras prácticas de crianza ella considera que un niño debe dormir solo en su cuarto entre los 5-6 meses de vida y que sí se debe de acurrucar y arrullar a los bebés para dormirlos. Empero considera que no debe de responderse inmediatamente al llanto de un niño porque se hacen demandantes y que es bueno esperar unos pocos minutos, salvo que estén enfermos. También cree que un bebé sano ya no debe de despertar en la noche desde los 3 meses de edad.

4.2.4 La historia de Andrea

Andrea nació en la Ciudad de México hace 28 años, es la menor de dos hermanos. Sus padres son mexicanos y ella estableció siempre una buena relación con su padre, mejor que con su madre, ella era la consentida. Andrea recuerda una infancia feliz y estable, en general, aunque hubo etapas económicas difíciles que repercutían en la relación de sus padres. Andrea considera que *“mi madre fue muy estricta y que estuvo lejana en momentos difíciles de mi vida”*. Sabe que su madre practicó la lactancia materna pero *“por poco tiempo y tengo la impresión de que no era muy importante para ella, aunque sí lo era para mis tías y otros familiares cercanos”*..

Andrea estudió hasta la preparatoria y entonces comenzó a trabajar, era muy inquieta, noviera y le gustaba ser independiente. En uno de sus trabajos conoció al hombre quien ahora es su esposo. *“Era un hombre bastante mayor que yo, pero me trataba tan bien, como ningún otro lo había hecho: me mimaba y me consentía y yo podía platicarle mis cosas y él me escuchaba y me hacía sentirme segura y especial, y sin darme cuenta me fui enamorando de él poco a poco”*. Pero, *“tenía mucho miedo de la reacción de mis padres, especialmente de mi madre, pues sabía que no iba a aprobar la diferencia de edades”*. Aún así continuó con el noviazgo ante la poca satisfacción de su madre. Tuvo relaciones antes de casarse porque *“estaba segura de que él me cumpliría pasara lo que pasara”*, y, efectivamente sin uso de anticonceptivos Andrea quedó embarazada siendo novia. Para ese entonces ya había habido varias negativas de parte de sus padres para que ella se casara, así que ella piensa que *“inconscientemente me embaracé para poder casarme, porque sí tenía información sobre anticonceptivos, y suficiente, pero yo sabía*

que ante el hecho del embarazo mis padres ya no se iban oponer". A pesar de eso, Andrea tenía mucho miedo por la reacción de sus padres y no dijo nada hasta que tuvo cuatro meses de embarazo y eso porque él se iba a trabajar fuera y ya no podían esconderlo más. La primera reacción de su madre fue "terrible, no quería que tuviera al bebé, pero era mi vida y me mantuve firme" y enfrentó el problema ante el resto de la familia, casándose por el civil con casi 5 meses de embarazo. Su padre la apoyó mucho con su decisión y le digo que "no agachara la cabeza nunca porque era algo que yo había decidido".

Andrea estaba muy enamorada y feliz, y aunque su primer embarazo no había sido planeado, finalmente ella deseaba una familia al poco tiempo de casarse, porque le gustan mucho los niños, así que no le venía estropear ningún plan. Sin embargo, si bien físicamente el embarazo no le ocasionó ninguna molestia, emocionalmente la situación de Andrea fue muy difícil, pues *"mi esposo se marchó lejos a trabajar y yo me quedé en casa de mis padres soportando los continuos reclamos de mi mamá"*. Sus recuerdos durante ese embarazo son de sentimientos encontrados: feliz por el bebé que venía y sin ninguna dificultad física, ella nadaba y caminaba y pasaba el tiempo en Cuernavaca esperando la llegada del bebé; pero, continuamente triste porque *"mi esposo no estaba conmigo y mi madre me echaba en cara mi mala elección, pero, a pesar de todo, me cuidaba y me acompañaba"*.

Desde que Andrea quedó embarazada ella siempre supo que iba a amamantar a su bebé, *"siempre pensé que la amamantada venía dentro del paquete de la maternidad"*. Recuerda mucho un cuadro que vio de niña, pintado por su bisabuelo, donde aparecía una madre lactando a un niño de brazos y ella pensó que *"era un cuadro divino y que así quería estar yo cuando tuviera un bebé"*. Sin embargo, Andrea piensa con seguridad que si bien ella sabía que seguramente iba a lactar, nunca pensó por cuánto tiempo lo haría hasta que en verdad tuvo a su primera hija.

En ese primer embarazo Andrea subió 11.5 kilos, le gustaba su cuerpo y fuera de los temores normales al parto, *"porque no sabes a lo que vas"*, y a veces un poco por *"la salud del bebé debido a que durante un ultrasonido habían detectado una irregularidad en uno de sus riñones"*, los meses transcurrieron agradablemente en el cálido clima de Cuernavaca.

Andrea no tomó un curso psicoprofiláctico, *“la verdad, ni los conocía bien, ni creía tener necesidad, porque yo creo que el parto es algo natural, como el embarazo, y confiaba en que todo saldría bien; además, tenía un magnífico médico, amigo de la familia, de toda la vida...”*.

Un día casi a fines de junio Andrea comenzó a sentir fuertes dolores en la cintura, su madre le dijo que eran contracciones, pero ella no las sentía tan fuertes. Sin embargo, los dolores siguieron y Andrea fue a ver al doctor y él le confirmó que el bebé nacería ese mismo día. Entonces le habló a su esposo y le dijo que se viniera ya porque el bebé iba a nacer ese día, y su esposo llegó justo a tiempo para irse al hospital con ella y con sus padres.

El parto para Andrea fue mejor de lo que ella esperaba, utilizaron el bloqueo y los dolores fueron bastante soportables. Fue un parto vaginal y muy rápido y dio a luz una niña. Inmediatamente después de nacida la niña fue separada de ella para hacerle análisis diversos debido a lo de su riñón y no volvió a verla hasta 18 horas después. Ella estaba muy angustiada por la salud de la niña, más cuando le dijeron que tendrían que operarla y quitarle un riñón. Aún ahora Andrea se sorprende de que *“no se me fuera la leche con tanta preocupación... Yo creo que la niña sí recibió el calostro, aunque me la dieron hasta el otro día, porque la leche tardó casi dos días en bajar, de ahí en adelante estuve sacándome la leche para llevarla al hospital y que se la dieran a mi hija”*.

Andrea recuerda la alta del hospital como *“uno de los días más tristes que he tenido, pues mientras todas las otras parturientas salían con sus niños en brazos, yo salí sin bebé, sola, y eso es horrible, me sentía como vacía, destrozada, y aunque los médicos me aseguraban que no habría problemas en la operación, yo sí tenía mucho miedo.”* Su esposo lloró mucho y ella también, pero sabían que no había otra opción. Finalmente, y después de pedir otras opiniones médicas, su pequeña hija fue operada a los tres días de nacida en un hospital de especialidades para infantes en la Ciudad de México. La niña salió muy bien y no hubo mayores problemas, ni con la crianza ni con su estado de salud.

Inició la alimentación al pecho en su casa, no tuvo ningún problema, *“es que yo tengo muy buenos pezones y la niña agarró rápido, se pegaba y jalaba muy bien la leche, y a mí*

me gustaba mucho la sensación de tenerla tan cerca... Yo nunca tuve miedo y no sentí que no iba a poder, ni nada de esas cosas, siempre estuve segura de eso". No metió biberón y siempre sintió que la niña quedaba bien satisfecha. La principal razón de Andrea para amamantar es *"la conexión que se establece entre madre e hijo, es un lazo especial"*. Además, también por cuestiones de salud para el bebé. Sobre ventajas, Andrea las conoce casi todas: las inmunológicas, las que se refieren al ahorro en la economía familiar, las nutricionales, las emocionales y la gran comodidad que implica no cargar biberones. *"Yo no creo que exista desventaja alguna"*.

Andrea amamantó durante seis meses a su primera hija, a los cinco comenzó a introducir poco a poco otros líquidos y algo de frutas y no tuvo problema para destetar. Ella considera que *"todas las madres deberían de lactar a sus hijos los primeros meses de vida..., lo mínimo a recomendar serían 6 meses y lo máximo un año, pues yo creo que un niño de un año ya es grande y necesita otras cosas, y creo que es como exagerado seguirle dando"*.

Cuando Andrea reflexiona sobre su experiencia en la lactancia ella considera que su historia personal tiene mucho que ver para que ella haya tenido una buena lactancia: la influencia de su bisabuelo y de sus tías, el hecho de no trabajar y el gran convencimiento que ella tenía sobre la lactancia.

Cuatro años después de su primer embarazo Andrea volvió a embarazarse. Esta vez fue un embarazo planeado y muy deseado y ella estaba feliz de poder completar su familia. Fue un muy buen embarazo, pues a diferencia del primero, vivía con su pareja en su propia casa y con una hija de tres años a la que ya no había que cuidar tanto. Física y emocionalmente ella se sentía bien. No tuvo mayores molestias, algo de antojos, como su primer embarazo. Caminaba todos los días. Esta vez sí preguntó el sexo del bebé y aunque quería un niño para completar la parejita se sintió feliz cuando le dijeron que era otra niña. Subió 10 kilos de peso y se sentía muy a gusto con su figura. Su actividad sexual se mantuvo casi igual hasta el final del embarazo y sus principales temores fueron los mismos que los del primer embarazo: el miedo al parto, a pesar de que le había ido bien, *"porque que nunca sabes que te puede pasar en otro parto"*, y la salud del bebé. Pocos meses antes de dar a luz la situación económica de Andrea y de su esposo se complicó y se complicó tanto que no tenían ni para pagar un hospital privado, así que

Andrea dio a luz su segundo bebé en un hospital público en la Ciudad de Toluca, que era donde vivían para ese entonces.

La señal del parto fueron las contracciones, las cuales sí identificó con claridad esta vez, pues eran muy fuertes. Llegó al hospital acompañada de su esposo y de una amiga, había dejado a su niña encargada con unas vecinas. Sin embargo, esta vez por tratarse de un hospital público, su esposo no pudo entrar con ella al parto. El parto fue muy rápido, aún más que el anterior, fue un parto vaginal y no utilizaron el bloqueo, pero sí la xilocaina para el dolor. Ella considera que este parto fue *“muy bueno, fácil y con poco dolor”*. En esa ocasión no estuvo separada de su bebé, pues en el hospital se practica *el alojamiento conjunto*, como en la mayoría de los hospitales públicos del país. Esto significa que el bebé es alojado en el mismo cuarto de la madre desde lo antes posible, así que antes de una hora ella estaba en su cuarto, compartido, con su bebé a su lado. Ella considera que *“esta es una experiencia maravillosa pues haces contacto inmediatamente y tienes que ocuparte tú misma del bebé cuanto antes, y a pesar de que estás un poco cansada es tanta la emoción que supera el agotamiento”*. Ella inició la lactancia en el hospital, sin ningún problema, como a la hora posparto. *“La niña agarró el pecho luego luego y nunca tuvo problemas posteriores”*. Andrea ya sabía lo que era la lactancia, pero recuerda que las enfermeras y las trabajadoras sociales les daban a todas las mujeres de puerperio *“una plática muy buena y consejos muy prácticos”*. Ella cree que eso sí te ha de servir, sobretodo cuando *“eres primeriza y nunca has lactado”*.

A esta niña la amamantó también hasta los seis meses, pero la empezó a destetar a los cuatro debido a la presión de la otra niña, *“celos”*.

La crianza y la convivencia con sus dos niñas resultaba agradable y cómoda para Andrea, las niñas se llevaban bien, en general, la situación económica comenzaba a componerse y Andrea sentía que la vida de casada se comenzaba a estabilizar por fin. Sin embargo, a los pocos meses de su segundo embarazo y debido a un mal cuidado, Andrea volvió a embarazarse. *“La verdad es que esta vez lloré mucho y mi primera reacción fue de rechazo. Tenía mucho coraje por todo lo que económicamente implicaba tener otro hijo y por haber sido tan descuidada y haberme dejado embarazar. Pero aún así, el aborto nunca me pasó por la cabeza, yo puedo respetar a quien decida practicarse uno, pero yo no lo haría nunca porque para mí, una vida existe desde que se unen un óvulo y un*

espermatozoide, y yo no tengo el derecho sobre esa vida". Así que, después de unas semanas de depresión, se empezó a hacer a la idea de que tendría un tercer bebé. "Y no es que no quisiera otro bebé a futuro, es sólo que no era entonces el momento indicado, si me hubiera esperado unos dos o tres años..."

Su tercer embarazo fue un poco como el primero, sin ninguna molestia física, pero emocionalmente muy presionada. Vivía de nuevo en Cuernavaca con mucho contacto con su madre y sintiendo que económicamente la situación iba a ser difícil. Esta vez también preguntaron el sexo del bebé, ella prefería una niña, porque ya sabía lo que era criar niñas, él un niño, porque *"los hombres, en el fondo, siempre quieren un niño..."* y cuando les dijeron que era un niño él se puso feliz y ella comenzó a ilusionarse. En esta ocasión Andrea subió 12 kilos de peso, se sentía bien consigo misma y sus temores volvieron a ser los mismos: el parto y la salud del bebé. *"Yo no sé si esta es una especie de obsesión en las mujeres, pues casi todas mis amigas tienen miedo del parto, aunque ya hayan tenido uno y de la salud del bebé, aunque sean mujeres sanas."*

Un día mediados de febrero Andrea sintió de nuevo las contracciones y supo que había llegado el momento, encargó a sus dos hijas con su mamá y se fue al hospital acompañada de su marido. Fue un hospital privado en la Ciudad de Cuernavaca. El parto fue vaginal y muy rápido, el más rápido de todos. Utilizaron el bloqueo y casi no hubo dolor. En esta ocasión su esposo sí estuvo con ella durante el parto y también hubo alojamiento conjunto por tratarse de un hospital pequeño. Andrea inició la lactancia en el hospital y no tuvo problema alguno.

A este bebé Andrea lo amamantó por 9 meses, la lactancia se extendió tanto en comparación con sus otras hijas *"porque el niño no quería comer ninguna otra cosa más que el pecho y aunque le comencé a dar biberón como a los 6 meses, el pecho no se lo pude quitar"*. Ahora cuando reflexiona, Andrea cree que pudo haber influenciado el hecho de que muy posiblemente este será su último hijo, pues su esposo ya se practicó la vasectomía. Ella no considera que el sexo del bebé haya influenciado en su decisión, pero si el hecho de que casi con seguridad este será su último hijo, o dicho en otras palabras *"porque era la última vez que tendría la experiencia de dar pecho"*.

Después de tres exitosas experiencias de lactancia Andrea considera que las mujeres que

no lactan *“es debido a su propia actitud o falta de convencimiento, o a que trabajan y ese es un impedimento real, o en algunos casos, aunque creo que son los menos, porque realmente no pudieron: por problemas físicos o de salud”*. Ella cree que la actitud es fundamental y que esto tiene mucho que ver con la imagen que tu tengas de la lactancia y de la crianza infantil.

Finalmente, en lo que se refiere a otras prácticas relacionadas con la crianza infantil Andrea considera que un niño debe dormir en su cuna pero en la misma habitación de sus padres hasta los 6 meses de edad. También considera que no es necesario arrullar a un bebé en brazos para dormirlo porque *“te esclavizas mucho”*. Piensa que es sano dejar llorar un poco a un bebé antes de atenderlo y cree que es normal que un niño se siga despertando en la noche aún estando sano hasta alrededor del año de edad.

4.2.5 La historia de Constanza

Constanza nació en Colima hace 42 años. Hija de una familia numerosa, es la 5ª de ocho hermanos. *“Mis padres siempre tuvieron problemas”,* así lo recuerda ella, *“mi padre era el típico hombre proveedor y controlador de la casa, el jefe de la familia, y mi madre, la que se dedicaba a la reproducción, siempre sumisa. Claro que eran otros tiempos y era provincia y no había muchas opciones, pero yo recuerdo mi infancia y, sobretodo, mi adolescencia cuestionándome porque las relaciones y las familias eran así”*.

Constanza estudió en escuelas públicas y cuando terminó la preparatoria salió de su casa para estudiar en la Universidad, donde logró terminar un posgrado. Fue muy noviera e inició su vida sexual a los 21 años con un hombre mucho mayor que ella que sólo la llevó a una difícil relación amorosa. Tuvo tres abortos a lo largo de su vida, uno deseado, *“porque no era el momento, y dos naturales, embarazos que simplemente, no se lograron”*. Dos se presentaron antes de su primer parto y uno entre el primer y el segundo parto.

A fines de sus estudios universitarios conoció a quien ahora es su esposo. *“Era un hombre sensible y agradable, sencillo, de fácil trato, con los mismos valores e ideas del mundo, un idealista e innovador... y yo me enamoré, no con el ímpetu de la juventud, sino con la sensatez de la madurez”*. Vive con él desde hace 14 años, después de haber unido

en una ceremonia inventada por ellos y para ellos.

Durante varios años nunca pensaron en tener hijos, de hecho, era casi uno de los acuerdos “no hablados” de su relación. Ella trabajaba y viajaba y lo mismo hacía él. Pero cuando fueron pasando los años y después de una relación muy intensa, *“algo se movió en mi interior y el deseo de continuar presente de alguna manera en este mundo se comenzó a desarrollar con gran fuerza en mi interior”*, tanto que tuvo que hablarlo seriamente con su pareja. Para él las cosas eran diferentes, no sentía el deseo que ella sentía y no parecía ser algo tan importante en su vida. Sin embargo, ella cree que *“cuando una relación ha progresado tanto si no llega un hijo la relación carecería de sentido”* y, afortunadamente de mutuo acuerdo, Constanza se embarazó sin mayor dificultad a los 35 años. *“El reloj biológico sí existe”*, considera ella.

Su primer embarazo se desarrolló tranquila y armoniosamente. Dedicó toda su energía a contactarse con el bebé que crecía en su vientre y bajo la guía de una excelente partera logró un estado de equilibrio ideal que le permitía seguir trabajando y realizando casi cualquier actividad. Tuvo cansancio y dolor de cintura y un problema de infección a comienzos del embarazo, pero todo se iba resolviendo paulatinamente. No obstante, *“tuve temores a lo largo del embarazo principalmente relacionados con la salud del bebé debido a mi edad, y con la infección que se me presentó al comienzo”*. Aumentó 13 kilos y le gustaba mucho ir experimentado los cambios de su cuerpo y de su estado de ánimo. Fue, para ella, *“un embarazo excelente, mejor de lo que me había imaginado”*. De hecho, ella cree que *“nunca ha estado tan en equilibrio y tan conectada con ella misma como estuvo durante esos meses”*.

“Yo siempre supe que iba a amamantar a mis hijos, ni siquiera me lo cuestioné, no lo dudé, la lactancia es como asociada con la maternidad, ¿no? No se pueden separar”. Pero tampoco pensó mucho en eso, en si iba a poder o si iba a tener leche, para ella era como natural y tal vez, como *“recuerdo a mi madre siempre lactando, lo fui incorporando a mi vida como algo cotidiano y existente en la crianza infantil”*.

Además, ella también supo desde antes de embarazarse que no tendría un parto con médico, su trabajo profesional con mujeres y con cuestiones de salud le había dado los suficientes elementos para tomar otro tipo de decisiones, y así, lo hizo. En cuanto supo

que estaba embarazada comenzó a buscar la ayuda de una partera porque ella deseaba tener un parto natural, de ser posible. Eso sí le preocupaba un poco más por su edad, básicamente. Pero tuvo la fortuna de contactarse con una excelente partera quien la apoyó durante el desarrollo de su embarazo.

Un día a fines de junio a Constanza se le rompió la fuente y comenzaron las contracciones, era el momento y ella creía estar preparada. Sin embargo, aún con el apoyo de la partera *“el parto no fue como yo lo esperaba”*. Pasaban las horas y el trabajo de parto no se desarrollaba de forma adecuada, ella se preocupaba porque sabía que el proceso no se estaba dando y cuando pasaron más de 15 horas y el trabajo de parto no se desencadenaba como debía, no había dilatación, las contracciones eran inconstantes y el cansancio y la desesperación comenzaban a apoderarse de ella, su partera le sugirió que fueran a un hospital e indujeran el parto. *“No era lo que yo había esperado, ni para lo que me había preparado, pero sabía que ya habían intentado todo lo posible y de mutuo acuerdo con mi pareja nos fuimos al hospital donde finalmente se tuvo que hacer una cesárea..., eso fue muy fuerte para mí, una especie de fracaso. Mi pareja estuvo todo el tiempo apoyándome y respetando mis decisiones y mis tiempos, la verdad él estuvo maravilloso.”*

Sus principales sentimientos durante el parto fueron de cansancio y desesperación, pero se transformaron cuando tuvo a su hija en brazos por agradecimiento, plenitud, curiosidad, emoción y una gran felicidad.

A esa primera hija la amamantó sin ningún problema durante casi un año. La lactancia se inició en el hospital como a las dos o tres horas, *“claro que era sólo el calostro, pues a mí no me bajó la leche hasta como el tercer día. Pero yo sabía que la leche podía bajar hasta el cuarto o quinto día y como tenía el apoyo de mi maravillosa partera y una hermana experta en lactancia, nunca tuve inquietud”*. La niña agarró el pecho con facilidad y ella dio lactancia exclusiva los primeros cinco meses y continuó con el pecho y otros líquidos y alimentos durante casi un año. A los once meses comenzó el destete paulatino y hasta entonces probó su hija otra leche. *“la lactancia para mí fue algo muy similar al sentimiento de equilibrio y de contacto interior que tuve durante el embarazo. Me hizo sentir como muy plena y feliz, tranquila y en mucho contacto con mi hija”*.

Cuando Constanza reflexiona sobre su experiencia en lactancia ella considera que tuvo muchos factores a favor que la ayudaron a lactar tan satisfactoriamente: el primero fue su convencimiento, y ella cree que eso se debe, en buena medida, a su historia personal y familiar; además tuvo gran apoyo de su pareja, de la partera, de su hermana y de otras amigas que habían lactado con éxito o que estaban lactando en ese momento; tuvo la información adecuada y el tipo de trabajo que hacía le permitía darse tiempo para lactar con calma. Sin embargo, aunque ella cree que la historia personal es importante, piensa que no se hace consciente hasta que estás embarazada.

Ella considera que *“todas las mujeres deberían de lactar a sus hijos, al menos los primeros 4 ó 5 meses y continuar con lactancia mixta hasta el año y medio o dos... No entiendo cuál es la necesidad social de separar a un niño de su madre y agrandarlo quitándole el pecho a corta edad. Porque yo me di cuenta que cuando les dejas de dar pecho los comienzas a tratar de otra manera, como si ya fueran grandes y no con tanta suavidad”*. Ella considera que las mujeres que no lactan es debido a falta de información adecuada y a cuestiones de status, *“se considera que la lactancia es para pobres y los biberones de ahora son cada vez más atractivos y hay todo un negocio atrás de eso...”*.

Tres años después de su primer embarazo Constanza decidió volver a embarazarse de nuevo, aunque esta vez las razones eran otras: ella y su compañero sentían que vivían alrededor de su hija y que *“éramos casi sus esclavos y tanto amor podía hacerle daño, así que básicamente la razón para buscar un segundo hijo fue para hacerle compañía a la niña y para compartir el afecto y la atención”*, y a los pocos meses del intento, Constanza quedó embarazada de su segundo hijo.

La experiencia en este parto fue muy diferente al primero, por diversos factores. En primer lugar, ya había una niña pequeña y celosa, *“muy celosa”*, que necesitaba atención; en segundo vivían en un lugar pequeño en provincia y no había una partera como la que ella había contactado para su primer parto; tercero, ella trabajaba y todo eso la motivó a no poder establecer contacto con su embarazo como lo había hecho antes. Y, de hecho, fuera de eso, el embarazo fue bueno, no tuvo mayores problemas, sólo hacia el final algunos dolores porque el bebé estaba *“encajado”*, trabajó casi hasta el final, cuidaba a su hija y tuvo que contactar a un médico tradicional, el cual constituía la mejor opción disponible a nivel local. Y aunque era un buen médico, un viejito, tradicional, la convenció

de que el bebé venía mal colocado y de que había que hacerle una cesárea, y entre su experiencia pasada, su edad –la cual constantemente era mencionada por el médico- y la falta de otra opinión alternativa, Constanza cedió y tuvo a su segundo hijo también por cesárea a los 40 años. Tuvo muchos nervios e inquietud por la operación y por su experiencia en el primer parto y a pesar de que tuvo mucha ilusión por tener ya dos hijos y sintió una especie de sensación de triunfo y de conclusión de una etapa de su vida, *“sí me sentí triste de no haber tenido la experiencia de un trabajo de parto alguna vez en mi vida”*.

Con este bebé la lactancia también se dio sin ningún problema, iniciándose en el hospital a las ocho horas de nacido, y la leche le bajó más rápido esta vez, como al día siguiente del parto, no sabe porqué. Dio sólo pecho por seis meses y entonces comenzó la lactancia mixta hasta el año, comenzando el destete hacia los once meses, paulatinamente, igual que la vez anterior. Su segunda lactancia fue buena, pero no tanto como la primera, pues no había tanta privacidad ni tranquilidad debido a su hija mayor.

Con relación a otras prácticas de crianza Constanza cree que un bebé debe de dormir en el mismo cuarto de sus padres, pero en su cuna hasta los seis meses. Considera que sí es necesario arrullar o acurrucar a un bebé en brazos para dormirlo. No cree que es bueno dejar llorar a un bebé antes de responder a su llamado y tiene dudas sobre hasta cuándo un bebé sano ya no debe de despertarse en la noche, *“yo creo que eso varía y depende mucho del niño, pero todos los niños pequeños, todavía de tres o cuatro años a veces se despiertan porque tienen pesadillas, o se sienten mal...”*.

Finalmente, para Constanza, *“la maternidad es una cuestión de compromiso, es una oportunidad que te da la vida para recuperar ritmos y ciclos, para lograr equilibrio y entrar en contacto. Es una etapa fundamental en el desarrollo de las madres y de los niños que debe ser adecuadamente cuidada y atendida, y a la que hoy en día no se le suele dar el valor que en verdad tiene...”*.

4.2.6 La historia de Maura

Maura nació en la Ciudad de México hace 43 años. Hija de una familia de clase media, creció en la Balbuena y fue la tercera hermana de siete. Debido a su posición en la

familia, le tocó ayudar en la crianza infantil, *“tal vez demasiado”*, considera ahora. Su infancia no fue fácil porque *“mis padres peleaban mucho y yo era muy diferente del resto de mis hermanos, siempre me sentí como ajena en esa familia”*. Fue la primera y la única que entró a la Universidad aún en contra de la opinión de su padre y siempre fue fuerte de carácter para luchar por lo que anhelaba. Estudió siempre en escuelas públicas y le gustaron mucho los deportes, a los cuales dedicaba buena parte de su tiempo libre.

Tuvo varios novios desde la preparatoria, pero siempre fue seria, porque sus padres se habían encargado de repetirles hasta el cansancio lo importante que era la virginidad y *“el ser una señorita decente y el no salir con su domingo siete”*.

Cuando entró a la Universidad su mundo comenzó a cambiar por completo, sus amigos, sus intereses, sus pláticas... *“era como haber entrado de pronto en un mundo completamente diferente y me gustaba mucho poder hablar de otras cosas y con otro tipo de gente”*. Sin embargo, a sus padres no les gustó su cambio y fue una etapa difícil de su vida. Ahí en la Universidad conoció a quien ahora es su esposo, *“él era un poco mayor que yo, ya había terminado la carrera y estaba estudiando una maestría y a mí me fascinó estar con este hombre culto, que sabía” tantas cosas del mundo y que me enseñaba tanto y me llevaba a lugares que yo ni imaginaba, y me enamoré de él en poco tiempo. Tuve muchos problemas con mis padres, porque me decían que él no era igual a nosotros, pero eso era, precisamente, lo que a mí más me gustaba”*.

Maura se casó a los 23 años, sin terminar su carrera y a las pocas semanas se fueron a vivir a Estados Unidos porque su esposo iba a hacer un posgrado. Ella no hablaba nada de inglés, *“pero no importaba”*, tomaba clases y lo aprendió bastante bien. Vivieron allá casi 5 años. Ese fue un tiempo difícil, sola, en un país extraño, con una cultura tan diferente y sin conocer a nadie Maura llegó a extrañar su casa, su familia y su país. Su esposo se iba casi todo el día a la Universidad y ella fuera de las clases de inglés no tenía más que hacer. Se hizo amiga de algunas coreanas y gracias a ellas pudo sobrellevar la situación, después tomó cursos de fotografía y de natación y también trabajó cuidando niños, *“era muy solicitada porque era buena niñera”*.

Ella siempre había querido tener dos hijos y tal vez adoptar uno, y lo habló desde antes de casarse con su esposo, pero él le decía que había que esperar varios años antes de

comenzar una familia porque quería terminar su posgrado. Ella siempre fue la que tuvo que cuidarse, y le causaba problemas porque los medicamentos normalmente le hacen daño, *“soy muy propensa a las alergias”*. Sin embargo, un día quedó embarazada y eso representó un gran conflicto para ellos pues Maura quería a su bebé y su esposo no. *La verdad es que él me presionó mucho y yo, de tonta, terminé cediendo y tuve un aborto a las pocas semanas de embarazo, aún en contra de mis creencias*. La experiencia fue muy fuerte para Maura, *“nunca se lo he contado a nadie y después me arrepentí mucho porque yo creo que algo me hicieron los “gringos” para que ya no pudiera tener hijos..., pero no quería contrariar a mi esposo e interrumpir sus planes”*.

A su regreso a México decidieron venir a vivir a Cuernavaca para salirse del ambiente de la Ciudad de México. Todavía su esposo le pidió dos años más antes de tener familia, para poder tener un buen patrimonio, Maura volvió a aceptar. Cuando por fin ella le dijo que lo había esperado tantos años y él aceptó, *“comenzó mi odisea...”* Maura no pudo embarazarse, fueron años de estudios y tratamientos y llantos y desilusiones, *“... algo que sólo puede comprender una mujer que haya estado en la difícil situación de no poder tener hijos. Se entra a otro mundo, al de los médicos, primero, al de los estudios serios, después vas con quien te digan y haces casi cualquier cosa, y lloras mucho en el camino y casi pierdes la esperanza...”*

Después de cuatro años de intentos, Maura decidió que ella iba a ser madre como fuera, y le propuso a su esposo la adopción, *“si él no quería estaba bien, sólo que me ayudara a poder adoptar y después que se divorciara de mí si quería. Pero yo deseaba un hijo más que nada en el mundo y lo iba a tener, aunque el camino fuera diferente”*.

Así, buscando y adentrándose en el pequeño mundo de las adopciones, tanto las formales como las no formales, un día llegó la oportunidad a sus vidas. Maura se hizo cargo del parto, no sólo económica, sino emocionalmente, *“estuve con la madre biológica de la criatura durante todo el trabajo de parto y cuando tuve a la niña en mis brazos sentí una especie de alegría y mucho temor a que la madre quisiera conservarla en el último momento..., pero ni siquiera la quiso cargar y me dijo, “llévesela, es suya”*.”

Maura piensa que *“cuando uno está embarazada, tiene nueve meses para hacerse a la idea, pero cuando uno adopta un bebé, te pueden llamar cualquier día y te dicen aquí está*

la oportunidad, la tomas o la dejas, y te vas como loca con tu maletita de ropa y tu frazada y no sabes bien ni que va a pasar...” Ella siempre tuvo miedo de que esa niña no estuviera bien, y la amaba tanto, le gustaba tanto *“su calorcito y su olor..., pero yo había criado otros niños con mi madre y veía que la niña no crecía y no reaccionaba como otros bebés”*. A los pocos meses de nacida, les dijeron que la niña estaba mal del corazón, era una falla de nacimiento y había pocas posibilidades. Maura se fue preparando y gozó a su hija todo lo que pudo, *“pero mi esposo se sumió en una pena profunda y nunca pudo aceptar el destino”*. A los ocho meses de nacida la niña falleció. Maura siempre pensó que *“no poder tener hijos era lo peor que me había pasado, pero después de ese día no sé qué cosa es peor...”*.

Después de la muerte de la niña vinieron meses muy difíciles para Maura y para su esposo, ella tiene una gran fe en Dios, aunque a su manera, y pudo encontrar la manera de “acomodar” la muerte de la niña y de sentirla cerca de ella, pero su esposo, no. Y eso ocasionó una separación muy fuerte entre los dos, que hasta la fecha no se logra reparar.

Pocas semanas después de la muerte de la niña, les hablaron del DIF para decirles que ya había un bebé disponible para ellos, pero era muy rápido y ninguno de los dos se sentía capaz de asumir la responsabilidad de un nuevo bebé estando tan mal emocionalmente, y como pareja, y tuvieron que rechazar el ofrecimiento y explicar lo que había pasado y Maura cree que fueron muy considerados con ellos porque el DIF es muy estricto y se enteraron de que ellos habían adoptado *“ilegalmente”* y de que la criatura había muerto y piensa que no anotaron nada en el expediente porque como al año les volvieron a ofrecer una niña, tenía como 4 meses de nacida, y entonces sí, la adoptaron. Aproximadamente tres años después les ofrecieron otra bebé recién nacida y también la adoptaron, y ahora son padres de dos hijas a las que quieren con toda el alma.

“Adoptar es toda una experiencia...”, cuando Maura escucha hablar a otras madres y hace consciencia sobre sus sentimientos cree que son muy parecidos, ella cree que *“todas las mujeres que no pueden tener hijos y que los desean deberían de adoptar, deberían de perder el miedo, porque en verdad, cuando tienes a la criatura entre tus brazos y te ve con esos ojitos, es lo mismo, es el mismo amor, son esas ganas de darlo todo, sin importar lo que recibas a cambio...”*. Claro que Maura reconoce que le hacen falta algunas experiencias, como la del embarazo y la del parto y hasta la propia lactancia, pero bien

vale la pena.

Maura nunca pensó en intentar lactar a sus hijas adoptivas, la verdad, más que nada, *“porque no sabía que una madre adoptiva pudiera lactar”*. Pero si las dejaba tocar su pecho o jugarlo un poco, y sobretodo, *“me di cuenta de que si las recargaba en mi pecho se tranquilizaban... Pero no las dejaba mucho tiempo porque me daba temor que entonces si fueran a querer mamar y que se frustraran porque no había leche”*.

A pesar de que ella no pudo lactar, Maura cree que ella si lo hubiera hecho si hubieran sido sus hijas biológicas porque *“la lactancia va asociada a la maternidad, no me imagino una madre sin lactar más que así, como en mi caso, por haber adoptado.”* Ella cree que hubiera lactado como unos seis meses, no más, porque eso es lo que dicen los doctores que ella conoce.

Con relación a otras prácticas de crianza ella cree que uno debe ser un poco estricta con los hijos, no hay que consentirlos demasiado, considera que es bueno que lloren un poco antes de atenderlos y considera que alrededor de los tres meses ya deben de estar durmiendo en un cuarto aparte del de sus padres. Ella sigue prácticamente todos los consejos que le da su pediatra, al cual le tiene una confianza absoluta.

Maura considera que *“la maternidad es lo mejor que le puede suceder a casi cualquier mujer, creo que es algo muy natural, que va asociado no sólo a la mujer, sino al ser humano..., aunque las mujeres estemos más unidas a los hijos, pero es algo que te permite crecer y aprender, ya seas hombre o mujer y finalmente el tener hijos es algo de lo que más sentido le da a la vida...”*.

4.3 Las experiencias de lactancia prolongada: “lo que cuestiona y atenta...”

Las tres mujeres de este grupo también comparten las mismas características socioeconómicas y culturales que el resto, empero son las que tomaron las decisiones de lactancia más radicales prolongándola por más de un año (el límite social máximo reconocido por el resto); en ocasiones, incluso hasta los dos años y medio o tres. Qué es lo que explica que mujeres de este grupo social y cultural puedan desarrollar una práctica de amamantamiento que sale de todos los límites esperados dentro del contexto donde se

desenvuelven cotidianamente?

En primer lugar, y contrariamente a lo observado en los otros grupos estas mujeres tenían una relación carente, emocionalmente hablando, con sus propias madres y cuestionaron fuertemente el modelo de crianza que sus madres desarrollaron con ellas y con sus hermanos/as. Además, sus propias madres lactaron muy poco o no lactaron y no consideraban que la lactancia fuera una práctica determinante en la salud física o emocional de sus hijos. Contrariamente, todas las mujeres incluidas en este grupo fueron quienes más importancia otorgaron al amamantamiento en relación a las otras mujeres del estudio, no sólo por las ventajas inmunológicas hacia los hijos, sino por considerar que la lactancia desarrolla un lazo entre madre e hijo que difícilmente se desarrolla de otra manera.

Adicionalmente, en todos los casos los cónyuges apoyaron fuerte y participativamente la lactancia desarrollada por ellas, sobretodo al inicio del amamantamiento; empero, es interesante observar que en dos de los tres casos después del año de lactancia los propios cónyuges llegaron a cuestionar a las mujeres sobre lo que consideraron podría ser un "exceso". Es también importante mencionar que, a diferencia de los cónyuges de los otros dos grupos, estos padres eran mucho más participativos en la crianza infantil y apoyaban a las mujeres no sólo en aspectos de la crianza y el cuidado infantil, sino aún en algunas labores domésticas.

Por otra parte, todas las mujeres de este grupo tenían información mucho más especializada y actualizada que el resto de las mujeres y conocían sobre las ventajas del amamantamiento no sólo para los infantes, sino para la propia madre. Llama la atención que sus fuentes de información sean revistas y libros norteamericanos.

En lo que se refiere al apoyo social todas ellas contaron con apoyo por parte de pares (hermanas y amigas cercanas), o incluso, con grupos de mujeres a favor de la lactancia materna (como La Liga de la Leche) y todas tenían una red social que podía apoyarlas incluso con otras actividades de crianza y labores domésticas.

En cuanto al apoyo médico dos de ellas parieron con parteras y contaron con apoyo y consejos desde antes del parto y después del mismo.

Finalmente, en lo que se refiere a la actitud, todas estaban convencidas de la superioridad de la leche materna en el desarrollo y en la salud de sus hijos y creían que la alimentación artificial puede generar efectos no deseados por ellas en sus hijos por lo cual no estaban dispuestas a ceder la experiencia de la lactancia, a pesar, incluso, de problemas físicos (severos, en algunos casos). Todas habían tomado la decisión de lactar a sus hijos antes del embarazo porque para ellas la lactancia es parte de la maternidad y todas coincidieron en que la decisión es un proceso que se viene desarrollando a lo largo de la vida de las mujeres. Adicionalmente, para todas ellas la lactancia es una de las posibilidades que actualmente tienen las mujeres para empoderarse y recuperar control sobre sus cuerpos y sus decisiones de crianza.

4.3.1 La historia de Georgina

Georgina nació hace 38 años en la Ciudad de México. Hija de padres europeos es la menor de 4 hermanos y no fue lactada porque *“mi mamá no acostumbraba la lactancia, no sé porque, pero ella me dijo que no nos había podido lactar a ninguno de nosotros, que no le salía le leche”*. Georgina tuvo una infancia poco común, muy distanciada de su madre y hermanos por ser mucho menor que ellos y muy unida a su padre, que más bien fue una especie de *“abuelo consentidor conmigo”*. Georgina creció en el ambiente liberal de una familia europea, pero en una sociedad mexicana, aún muy tradicional, cuyos límites sociales no correspondían a la realidad que Georgina vivía en el seno de su familia. Ella recuerda una infancia no muy feliz y, sobretodo, *“una triste y desorientada adolescencia, sin muchos valores, sin un pilar fuerte, sin consejos, con muchos deseos y nula orientación... me sentía extraña y diferente a los demás y no sentía pertenecer en ningún lado”*.

“Comencé a tener relaciones sexuales muy joven, y sin una guía cercana me dejé llevar en un mundo en el cual ni siquiera me sentía satisfecha, después siempre me sentía como sucia”, y entre una madre que sólo evitaba el tema y lanzaba mensajes evaluativos negativos y una escuela sumamente estricta y tradicional Georgina no pudo nunca platicar con alguien sobre lo que le pasaba. *“Yo creo que esa no fue la mejor manera de criar a una hija, yo necesitaba más cercanía, apoyo, consejos, límites...Recuerdo que hasta yo misma inventaba que no me dejaban ir a algún lado para sentirme más normal, más como*

la demás, pero no era cierto, a mi me dejaban ir y hacer cualquier cosa”.

Cuando terminó de estudiar la preparatoria Georgina viajó a Europa y regresando entró a trabajar de forma voluntaria a una institución altruista de apoyo a niños con discapacidad mental. *“Ahora creo que era una especie de autocastigo”* Sin embargo, *“ahí aprendí muchas cosas y empecé a encontrarle algún sentido a la vida”*. Trabajó durante varios años y entró a la Universidad a estudiar. Después entró a una escuela como maestra de idiomas y ahí conoció a quien ahora es su esposo.

Georgina fue muy noviera, pero nunca encontró en un hombre el apoyo y la amistad que encontró en el hombre con quien ahora comparte su vida. Europeo, al igual que sus padres, tenía mucho en común con ella y era el único hombre que se había acercado a ella con intenciones de amistad, y aunque era atractivo ella sabía que había que cuidarlo como amigo.

Georgina nunca utilizó anticonceptivos durante su vida sexual y jamás quedó embarazada, hasta que en un viaje junto con su buen amigo y ya empezando a enamorarse quedó, por fin, embarazada. Georgina pensó entonces que *“si hasta ese momento nunca se había embarazado y ahora sí, era una especie de señal de que ese bebé tenía que venir al mundo para algo,”* y ante la alegría de su pareja y la incredulidad de su madre, con quien la relación se había hecho más difícil desde la muerte de su padre, Georgina se casó a los 27 años de edad.

Georgina tuvo un excelente embarazo, seguía trabajando en la escuela como maestra de idiomas y se sentía tan bien que realizaba todas sus actividades normales y disfrutaba de su pareja y de su embarazo. *“Había encontrado un compañero ideal y había “encargado” un hijo, me parecía que la vida no podía ser mejor...”*. Subió 15-16 kilos de peso y aunque fue mucho a ella le gustaba su cuerpo y sus cambios. No tenían preferencia de sexo y no preguntaron. Tomó un curso psicoprofiláctico que le gustó mucho, y salvo sus miedos al parto y a que el bebé viniera bien, el embarazo transcurrió tranquilo. Su actividad sexual continuó casi igual salvo con *“algunos cambios de posiciones por miedo a lastimar al bebé”*.

Georgina dio a luz en un hospital privado de la Ciudad de México, cuando sintió las

contracciones supo que era hora de irse y marchó acompañada de su marido y de su madre, pero sólo su esposo entró con ella al parto. Fue un parto vaginal y se utilizó bloqueo, el parto no fue difícil, pero ella se cansó mucho por lo largo. La bebé pesó 3.05 kilos y midió 50 cm y *“a pesar de que hubo algo de dolor, el parto no fue tan terrible como me lo imaginaba”*. Sus principales sentimientos fueron de alegría y emoción, aunque la descontroló un poco el hecho de que se llevaran a la niña tan rápido y que no la dejaran verla hasta varias horas después. A los dos meses ella comenzó a tener actividad sexual aunque con algo de temor.

“Traté de iniciar la lactancia en el hospital, pero estaba muy nerviosa porque había mucha gente y la leche no salía y la niña lloraba y yo me angustiaba, y mi madre ahí junto diciéndome que la estaba matando de hambre, que ya le diera un biberón...”. Sin embargo, para Georgina la lactancia es muy importante, es lo natural, *“es lo que las madres deben de hacer y yo siempre supe que iba a amamantar a mis hijos cuando los tuviera, nunca me lo cuestioné”*. Ella cree que la niña no jalaba nada en el hospital, bueno, seguramente el calostro, pero nada más, no había leche, *“estaba como congestionada”*.

“Me fui a la casa al día siguiente y aún no me bajaba la leche y yo estaba muy angustiada con la niña llorando y mi madre presionando y mi esposo, quien es un ferviente creyente de la lactancia todo el tiempo junto a mí dándole ánimos y ayudándole, incluso a mamar él, para que por fin la leche bajara al segundo día”. Ahora Georgina sabe que la leche puede tardar en bajar, pero en ese entonces no, y además le dolían los pechos y tenía calentura, *“la leche estaba atorada”*. Ese fue el único problema que Georgina tuvo con su lactancia y como en el curso le habían dado muchos consejos y explicaciones sobre la misma se sentía segura amamantando, a pesar de la presión que existía por parte de su familia de origen, no sólo su madre, sino también, su hermana, quien –por supuesto- no había lactado.

Georgina amamantó a su primera hija por espacio de 1.5 años. *“Claro que al final ya eran unas cuantas tetadas y casi para dormirse o consolarse, pero la niña las necesitaba y a mí me gustaba mucho amamantarla, nunca me incomodó”*. Practicó la lactancia exclusiva, casi totalmente, durante los primeros 5 meses y luego comenzó a introducir líquidos y papillas dulces. Se sentía feliz con su decisión y sentía que era una madre responsable y amorosa para con su hija. *“Creo que nunca antes me había sentido tan bien y satisfecha”*

conmigo misma...".

Al año y medio Georgina volvió a embarazarse. *"Esta vez el bebé fue planeado y deseado porque ambos querían tener una familia de varios hijos".* El embarazo volvió a ser tan bueno como el primero, sin molestias ni complicaciones, aunque con la salvedad de que había ya una niña pequeña a quien cuidar. Sus temores seguían siendo los mismos de la primera vez: el dolor del parto y la salud del bebé. Subió 16-17 kilos y volvió a sentirse a gusto con su cuerpo. Su actividad sexual fue prácticamente igual hasta fines del embarazo. No tenían preferencia de sexo y no preguntaron.

Su segundo hijo nació en un hospital privado en la Ciudad de México. Al sentir las primeras contracciones encargó a su hija menor con buenas vecinas y amigas y ella y su esposo fueron al hospital junto con una amiga. El parto fue vaginal y sin problemas, pero a pesar del bloqueo ella tuvo mucho dolor y eso es lo que más recuerda del parto, junto con una gran alegría y ternura cuando vio a su hijo de 3.50 kilos y 54 cm. Su actividad sexual tardó más en regularizarse pero sobretodo debido al cansancio que implicaba cuidar dos niños pequeños.

"La lactancia se inició otra vez en el hospital y no hubo problemas porque mi esposo me ayudó de nuevo a que bajara le leche...", ella recuerda haber tenido leche desde el primer día. Sin embargo debido a un problema de salud suyo y a los medicamentos que le dieron *"tuve que suspender la lactancia a los 5 meses y eso es algo que me duele mucho y creo que el niño sí lo resintió. De hecho siempre he pensado que con ese hijo somos diferentes, lo tratamos de otra forma, diferente que a las niñas, le exigimos más, somos menos cariñosos y pacientes y ahora creo que eso no está bien.*

Dos años después de ese parto volvió a quedar embarazada por tercera vez y estaba feliz de nuevo, su familia numerosa iba en formación. Sin embargo, a las pocas semanas del embarazo ella se sintió rara y se sintió mal y cuando fue al doctor le dijeron que era un huevo vacío, que no se había formado el feto y le practicaron un legrado. *"No lo lamenté tanto, porque, en realidad, nunca hubo vida".* Pero en sus planes seguía claro el hecho de que ella tendría más hijos.

Cuando Georgina tenía 34 años volvió a embarazarse de nuevo. El doctor le decía que ya

estaba *“añosa y vieja para tener hijos”*. Para ese entonces ya vivían en la Ciudad de Cuernavaca. El embarazo no había sido precisamente planeado *“pero como nosotros sí queríamos otro hijo nunca pensamos en un aborto y la sorpresa fue bienvenida”*. Este embarazo no fue tan bueno como los demás. Georgina cree que fue por la edad, se cansaba mucho y engordó más (20 kilos), al final empezó a retener los líquidos y, además, cuidaba a dos hijos y tenía algunos problemas en su matrimonio. A ella no le gustó estar tan gorda, se sentía torpe y tenía miedo del parto porque sabía que iba a ser más difícil. *“Tuve problemas con mi esposo y no me sentí muy bien, en general, no me sentí ni apoyada, ni amada”*. No tenían preferencia de sexo y nunca lo preguntaron.

Unos días antes de dar a luz Georgina soñó con el parto y soñó que se complicaba y que el bebé casi moría. Se espantó mucho porque ya antes había tenido sueños sobre muertes que se volvieron reales. Ahora sabe que era *“un aviso que me mandaba mi bebé de que las cosas se iban a complicar”*. Cuando sintió las contracciones y se rompió la fuente Georgina se fue al hospital con su marido, tenía miedo del parto y de la salud del bebé.

El parto fue difícil porque fue muy largo y por complicaciones de presión de la madre y de cordón enredado del bebé. La niña no podía salir porque estaba enredada y ella tenía mucho miedo de que muriera. Se desesperó y se preocupó mucho porque la niña estaba azul y no lloraba. Finalmente la sacaron con forceps, la revisaron y estaba bien, pero el parto fue muy angustiante para ella. Su esposo la acompañó en todos los partos.

Como la niña estuvo en estudios y en incubadora separada de ella, la lactancia no se inició sino hasta la casa y ella cree que eso fue mejor, estar en la casa, sin presión. Su marido le ayudó y la leche bajó al 1er día y ella no tuvo ningún problema, además *“me sentía muy segura, mucho más que antes y tal vez por eso fue que esta lactancia fue la más larga de todas, a esta niña le di pecho hasta los 2 años y medio... Fue la mejor de todas mis lactancias y cuando menos me importó lo que opinaran los demás y creo que me dejé llevar por mi instinto. Si la niña quería más yo iba a darle hasta que ya no quisiera, y claro al final eran de pocas tomas y casi un consuelo o para dormir, pero la niña lo pedía y yo me sentía muy bien”*. Le dio puro pecho los primeros seis meses y después complementó con otros líquidos y fórmula además de papillas.

Georgina cree que *“todas las mujeres deberían de lactar a sus hijos, es como un derecho de los niños, no? y todas las madres deberían de tener apoyo para lactar”*. Ella cree que el tiempo mínimo de lactancia debería ser de 6 meses y el máximo dependiendo del niño de 1.5 a 2 años, aunque si el niño lo necesita más tiempo *“no veo porque suspenderla...”*. A ella no le molesta la edad de un niño, ni el verlo que camina y habla y que tiene dientes para tenerlo pegado al pecho y no le molesta que lo hagan otras mujeres, no le *“mueve”* nada, cree que está bien y es normal, si la madre se siente bien, igual que el niño. Sabe que no todos los niños pueden necesitar tanto tiempo, pero no está de acuerdo en que un niño de un año ya es grande y no debe de recibir más pecho.

Cuando Georgina reflexiona sobre su experiencia se da cuenta de que tener apoyo y seguridad en tí es muy importante para lactar y esto depende de la información que tengas y de tu historia personal y de tu grado de conciencia. Ella cree que uno sí elige un patrón de crianza y que *“según lo que creas y el compromiso que tengas serán tus decisiones”*. Considera que otras mujeres no lactan por ignorancia o egoísmo y tal vez por falta de apoyo. Además, considera que en su caso hubo varios factores que contribuyeron a que pudiera lactar: el no trabajar, el estar sana, el tener apoyo del pediatra, el tener apoyo de su esposo, la información que tenía sobre la lactancia y el tener amigas cercanas con buenas experiencias previas en lactancia.

En cuanto a otras prácticas de crianza, Georgina considera que un niño debe dormir solo en su habitación hasta el año o año y medio. *“Antes de esa edad es muy pequeño y aún necesita compañía por instinto”*. Ella sí considera necesario arrullar y acurrucar a un bebé para dormirlo y así lo hizo con todos sus hijos. Además considera que es conveniente responder de inmediato al llanto de un niño pequeño pues así *“aprende a confiar en los demás y sabe que su comunicación tiene respuesta”*.

4.3.2 La historia de Daniela

Daniela nació en la Ciudad de México hace 33 años. Hija de padres europeos y la menor de dos hermanas. Daniela recuerda su infancia como feliz, en general, y estable, pero *“mi mamá trabajaba y a veces no estaba cerca cuando yo o mi hermana la necesitábamos”* Sabe que su madre las lactó los dos o tres primeros meses de vida pero *“creo que nuestra alimentación fue básicamente con fórmula”*.

Daniela creció y estudió en la Ciudad de México siempre en escuelas alternativas y vanguardistas. Tuvo una adolescencia sana, tenía amigos y amigas y le gustaba salir y estaba muy unida a su hermana. Entró a estudiar a la Universidad y tenía planes para estudiar en Europa alguna especialidad cuando terminara su carrera.

Casi a fines de su carrera Daniela fue a un baile de centroamericanos y conoció a quien ahora es su esposo. El era un hombre mayor que ella, con una anterior relación y dos hijas. Daniela se enamoró de él casi de inmediato pues *“era un hombre tierno y detallista y me hacía sentirme como no me había hecho sentir nadie. Me cuidaba y me mimaba y me tenía paciencia, era un hombre que sabía lo que quería”*. Viajó con él y tuvo relaciones sexuales porque estaba muy enamorada y se sentía segura.

Al terminar su carrera se fue a Europa a estudiar, tal como lo había planeado, con la aprobación de él y cuando se cumplió el plazo regresó *“porque él ya no me hubiera esperado más”*. Su aceptación en la familia de ella no fue sencilla, no sólo por ser un hombre mayor y con una relación previa, sino por ser un hombre de otra raza. Finalmente, se casaron por el civil y por la iglesia cuando ella tenía 26 años y él 40.

Daniela había pensado esperar algunos años antes de iniciar su familia, pero quedó embarazada a los pocos meses de casada y los dos decidieron que adelantar los planes no les afectaría para nada. *“El embarazo no fue planeado, pero sí deseado, y el aborto no pasó por mi mente porque ya era una relación madura y yo sabía que había encontrado al hombre adecuado. Además, hace algunos años yo había tenido un aborto porque así lo decidí, debido a que no era el momento ni la persona adecuada”*.

Cuando Daniela quedó embarazada *“comencé a fijarme en bebés y en todo el mundo que está alrededor de ellos y me di cuenta de cuántas cosas cotidianas no había notado porque yo no tenía hijos”*.

Daniela siempre supo que *“iba a amamantar a mis hijos, para ella era como natural y nunca se cuestionó, ni le pasó por la cabeza la idea de los biberones. Siempre se había preocupado por la buena alimentación, la nutrición y la salud y, por ende, amamantar era básico en su forma de vida”*.

Además, *“yo sabía que no iba a tener un parto en un hospital y con un médico de bata blanca porque alguna vez vi en la tele un documental de cómo nacían los bebés en agua y entonces decidí que cuando tuviera hijos los tendría de forma natural y en un ambiente natural. Mi esposo temía un poco por esta decisión, pero me apoyó porque finalmente era mi parto y mi vivencia y yo estaba tan segura de poder hacerlo...”*

Además, Daniela pensó que ella no iba a tener un bebé pequeño viviendo en la ciudad de México: demasiada contaminación, ese no era un buen ambiente para que creciera un niño, así que decidieron mudarse a alguna ciudad cercana y fue como llegaron a Cuernavaca.

Daniela contactó a una partera reconocida en Cuernavaca y se dedicó a gozar de su embarazo y a contactarse espiritualmente con la vida que crecía en su interior. Recuerda su embarazo como *“una de las mejores etapas de mi vida, tan en contacto conmigo misma, tan en equilibrio y en control”*. Tomó clases de tai-chi y una especie de curso psicoprofiláctico con la partera. Su esposo compartía algunas sesiones con ella y aprendía los ejercicios, aunque él decía que no quería estar presente en el parto, pues *“en su cultura eso es cosa sólo de mujeres”*.

Daniela subió 10.5 kilos de peso, le encantaba su cuerpo y disfrutaba cada cambio. Tuvo algunos sangrados el primer trimestre, pero, en general, ella considera que fue un embarazo muy bueno. Siguió teniendo relaciones sexuales hasta el final del embarazo, ella sin temor alguno, él con algunos...

Ella tuvo un miedo constante durante su embarazo, y en realidad no sabe porqué, *“el que el bebé viniera mal o que yo me muriera en el momento del parto. Era un pensamiento constante, sin razón de ser, pero aunque el tai-chi y la meditación me ayudaban, la idea seguía rondando”*.

Durante las últimas semanas se dedicó a preparar todo para el parto en casa. *“Ya habíamos decidido que el bebé no nacería en agua porque hay peligro real, pero sí nacería en la casa, entre música de jazz e incienso, luces suaves y flores, en compañía de quienes en verdad lo amarían”*. No preguntaron el sexo del bebé y no tenían

preferencias. Sus padres sabían cuál era su decisión y aunque tenían algo de temor *“jamás me juzgaron o me presionaron y yo me di cuenta de que mi padre hasta orgulloso contaba después como yo había dado a luz en mi casa”*.

A mediados de un mes de julio Daniela sintió las primeras contracciones. Sabía muy bien de que se trataba, llamó a la partera y esperó en casa junto con su esposo, tratando de relajarse y de ir encontrando las posiciones que la hacían sentirse más cómoda. *“En ese momento me di cuenta de que tenía mucho miedo, miedo al parto, al dolor, pero la partera y mi esposo me apoyaron mucho, y él, que había dicho que no quería estar en el parto, estuvo conmigo, ayudándome todo el tiempo y eso me encantó... El ambiente que se generó era maravilloso, los tres estábamos unidos en un solo objetivo: ayudar a llegar al mundo una criatura dentro del mejor ambiente y de la manera más adecuada.”*

Daniela sí sintió dolor y fue mucho, *“pero lo pude soportar, no perdí el control y me sentí muy dueña de la situación, aún en los momentos más difíciles. Fue un parto largo, o así me pareció a mí, unas 10-12 horas. Fue una experiencia muy fuerte, más de lo que esperaba, pero fue maravillosa... Lo único malo es que al final me desgarré y eso dolió mucho, además de que perdí mucha sangre y mi esposo se espantó”*. Sus sentimientos durante el parto fueron muchos: tal vez el primero, la fuerza, mucha fuerza, energía, valor y una gran sensación de triunfo. *“Sentir el nacimiento de mi hija fue una experiencia muy satisfactoria, y cuando me la pusieron sobre el cuerpo sentí mucha emoción y una suavidad increíble”*. En realidad no estuvo separada de su hija, aunque su esposo la tenía mientras a ella le cosían el desgarre. Su hija pesó 3.90 kilos y midió 53 cm.

Daniela inició la lactancia materna pocas horas después de nacida la niña, aunque no mamó bien hasta el día siguiente. Por supuesto que la niña recibió el calostro, lo cual era muy importante para ella porque sabía de todas las propiedades inmunológicas del calostro. Su leche no bajó hasta los 2.5 días, pero ella no se alarmó porque sabía que eso podía suceder.

Daniela amamantó a su hija con pura leche materna los primeros 6 meses de vida, ella estaba convencida de que la niña no necesitaba nada más y tenía información de la Liga de la Leche y de otros libros, además su esposo y la partera la apoyaban por completo. A los 6 meses empezó a introducir probadas de fruta a la niña y continuó con cereales y

verdura, y carne hasta el año. Pero mantuvo la lactancia mixta hasta que la niña tenía 1 año 9 meses y entonces, por presión de su familia, la suspendió. *“Después me di cuenta de que yo no quería terminar la lactancia entonces, y que, por la presión, lo hice de forma brusca, no como yo hubiera querido, y me sentí muy mal conmigo y con mi hija”*.

Cuando Daniela reflexiona sobre su experiencia con la lactancia ella cree que tiene mucho que ver tu propia historia personal y la imagen que tengas de la lactancia. Y eso es algo que *“se va formando desde que eres niña y vas creciendo”*. La información que tengas es fundamental y todo eso va como construyendo la imagen y la actitud que tu tendrás para lactar. Ella cree que *“casi todas las mujeres toman esta decisión desde antes de embarazarse, aunque no sé si también desde antes se decide cuánto tiempo le vas a dar, tal vez ahí está el punto central. A lo mejor casi todas deciden que sí le van a dar un poco porque es bueno, pero, quiénes son las que deciden dar más tiempo y porqué...”*. Ella también considera que el apoyo de la gente que te rodea es fundamental.

Daniela cree que *“todas las mujeres deberían de lactar a sus hijos algunos meses, pero deberían estar mejor informadas porque la verdad es que hay mucha desinformación e ignorancia hasta por los propios médicos y enfermeras; además cada vez más madres han olvidado su instinto materno y su intuición y necesitan tomar más conciencia de sus cuerpos para tomar decisiones tan relevantes”*.

A los dos años después del parto Daniela decidió embarazarse de nuevo porque quería completar su familia y dejó de usar el DIU quedando embarazada pocos meses después. Estaba feliz, este segundo embarazo había sido muy deseado y planeado y a pesar de que fue un poco más difícil que el anterior, pues ya tenía una niña pequeña a quien cuidar, el embarazo transcurrió en general, tranquilamente.

Tuvo náuseas y dolores de cabeza el primer trimestre, pero nada más. No pudo tomar tai-chi, ni otro curso con la partera porque tenía que atender a su primera hija, pero trataba de meditar y de concentrarse también en este embarazo. Subió 14 kilos, pero ella se sentía bien. Sin embargo, su actividad sexual disminuyó debido a los temores de su esposo. No preguntó el sexo del bebé aunque ella prefería que fuera una niña para tener una “parejita”, en verdad. Ella cree que el embarazo fue bueno, aunque menos bueno que el primero, pero cree que *“eso es normal en los segundos embarazos por la presencia de*

otro bebé tan cercano”.

Para ese entonces Daniela y su esposo habían discutido mucho sobre el parto, su esposo se impresionó mucho con el desgarre en el parto anterior y no quería que el parto volviera a ser en casa, pero ella no quería ser atendida por un médico en un hospital. A fin de cuentas llegaron a un acuerdo intermedio, el parto sería en un hospital pero atendido por la misma partera, esto le daba tranquilidad a su esposo y satisfacía un poco las expectativas de ella.

Daniela se dedicó a buscar un hospital en Cuernavaca que le aceptara ser atendida por una partera y que le aceptara crear un ambiente como el que ella deseaba para el nacimiento de su segundo bebé.

A mediados del mes de marzo a Daniela se le rompió la fuente, dejó a su hija con su madre, llamó a la partera y se fue al hospital con su esposo. Mientras se desarrollaba el trabajo de parto ambientaron el cuarto como ella lo deseaba, *“con flores, música hindú, velas e incienso. En ese momento me di cuenta de que tenía temor a que el bebé no naciera bien”*. Su segundo parto fue muy rápido, demasiado, y fue muy intenso, le dolió mucho y volvió a desgarrarse. *“Tuve miedo de no poder dar a luz de manera natural y perdí el control al final, cuando sacaron a la niña y la vi muy morada y sin moverse, y creí que estaba muerta y me puse como loca, pero estaba bien”*. La niña midió 53 cm y pesó 3.75 kilos. Sus principales sentimientos en este parto fueron de mucho dolor y miedo y su primer sentimiento cuando tuvo a la bebé con ella fue de emoción.

Ella cree que *“toda esta situación se dio por haber estado en un ambiente que no era el suyo, ni lo que ella deseaba y ella no se sentía segura ahí”*. Además, para colmo, ella agarró una infección en vías respiratorias, cree que en el hospital, y estuvo muy mal después del parto y le dieron medicamento y le dijeron que no podía dar pecho y lloró mucho y no tomó el medicamento y tomó homeopatía porque para ella *“no dar pecho a mí bebé recién nacida era como envenenarla. Cómo a una recién nacida le iba a meter el biberón”*.

En realidad Daniela inició la lactancia en el hospital a las pocas horas después del parto porque no estuvo separada de la niña. Sí le dio el calostro y luego la amamantó con puro

pecho durante 6.5 meses. Pero su segunda lactancia no fue tan fácil como la primera, ya de entrada con lo que le habían dicho del medicamento y la infección ella se sintió presionada, además se le taparon los conductos y se le hicieron grietas *“porque esta niña mamaba mal y las primeras semanas fueron difíciles”*. Pero ella estaba decidida a amamantar y no tomó más que homeopatía y se ponía su propia leche en los pezones y se ponía al sol y con eso se le compusieron las grietas y ponía a la niña al pecho hasta que lo logró, pero fue doloroso y complicado. *“Entonces te das cuenta de que diferente puede ser una experiencia de otra, aunque tú crees que ya lo sabes todo.”*

En la familia de su esposo la lactancia es muy importante, en su cultura todos amamantan hasta el año o más, así que ella tenía apoyo, pero todos estaban tan preocupados por su enfermedad, que le duró varias semanas, que no la apoyaban mucho con lo de la lactancia.

Finalmente, Daniela superó el inicio y pudo establecer una buena lactancia que duró hasta los 2 años de la niña. A los 6.5 meses comenzó a introducir fruta y verdura y esta vez decidió que no iba a dejarse presionar por familiares, sino que iba a lactar a su hija hasta que su instinto se lo dijera. Ella no cree que los niños *“se hacen dependientes por lactar más tiempo”*.

En relación las otras prácticas de crianza ella cree que un bebé debe de dormir con sus padres hasta los 12 meses y el primer mes, al menos, en la misma cama. Sin embargo, sus hijas durmieron en otro cuarto a los 6 y a los 9 meses por insistencia de su esposo. Ella sí considera necesario arrullar a un bebé en brazos para dormirlo y acompañarlo hasta que se duerma cuando es un niño pequeño. No cree que es conveniente dejar llorar a un bebé antes de responder a su llamado y no sabe hasta cuándo es normal que un niño se siga levantando en la noche estando sano, su hija de dos años *“a veces se despierta y no es anormal, a veces tienen miedo o tienen pesadillas...”*.

4.3.3 La historia de Natalia

Natalia nació en la Ciudad de Guadalajara hace 33 años. Es la hija intermedia de una familia de 3 hermanas. Su infancia transcurrió en Guadalajara y ella la recuerda *“como una etapa de mi vida en la que estaba muy sola. No me llevaba mucho con mis*

hermanas, siempre fuimos diferentes y mis padres no tenían una buena relación, mi madre trabajaba y estaba muy distante de nosotras...". Sabe que "apenas nos dio pecho algunos días pero dijo que no había podido, no sé bien porque, y nos crió con biberón". Ella era una niña sola y tímida, no compartía casi nada de sus vivencias ni sentimientos ni siquiera con sus propias hermanas.

Estudió en escuelas privadas y públicas, según como estuviera la situación económica en su hogar y antes de terminar la preparatoria decidió que quería ser una bailarina profesional, lo que de hecho ya venía practicando desde hacía varios años. Se dedicó al ballet con pasión y es una de las actividades que más le satisface en su vida.

Conoció a quien ahora es su esposo cuando era una niña, vivían muy cerca. *"Yo no fui muy noviera, pero él me gustaba, primero porque me buscó mucho y yo me hacía del rogar, después porque con él podía platicar muchas cosas y compartíamos valores y formas de ver la vida, los dos éramos diferentes, más sensibles que la mayoría de la gente".* Después de un largo noviazgo con algunas interrupciones decidieron casarse por el civil y por la iglesia cuando ella tenía 24 años y el 27. Para ese entonces ambos practicaban yoga y meditaban.

Natalia tuvo relaciones sexuales desde antes de casarse y se cuidó desde la primera vez, *"mi muchacha me dijo con qué".* Nunca tuvo miedo, para ella la virginidad era un mito y se sentía tranquila y feliz de compartir su amor con quien ella amaba.

Después de casarse se retiró del ballet y trabajó durante varios años como una *doula* (mujer que apoya a otras en el parto) en hospitales locales. Entonces *"aprendí mucho sobre lo que era el parto y la lactancia y la crianza infantil, leí, tomé cursos y me di cuenta de que era un aspecto prioritario en mi vida".*

A los dos años de casada Natalia quedó embarazada, *"no lo habíamos planeado aún, tal vez hubiera sido bueno esperar un poco más, pero mi esposo y yo estamos convencidos de que los hijos llegan cuando tienen que llegar y que ellos saben porque lo hacen, es que vienen a cumplir con una misión."* Así, que de inmediato se hicieron a la idea. Finalmente adelantar un poco los planes de iniciar una familia no hacía mucha diferencia en sus vidas.

Su primer embarazo fue maravilloso, fuera del primer trimestre en el cual sufrió de vómitos y náuseas, Natalia la pasó bastante bien. Practicante de yoga y muy comprometida con una buena nutrición y equilibrio en su vida Natalia procuraba concentrar toda su energía en su embarazo. Deseaba establecer contacto con su bebé cuanto antes y estar en contacto consigo misma, en total equilibrio y control.

“Yo siempre supe que iba a lactar a mi hijo, vaya, ni siquiera me lo cuestioné, era como algo incluido naturalmente en el hecho de ser madre”. Además, también sabía, debido a su trabajo de doula y a su práctica de yoga, que “tendría un parto natural, en casa, no en un hospital, ni con algún médico, porque yo estaba convencida de eso, sabía cuáles eran las ventajas”. Subió 18 kilos y se sentía muy a gusto consigo misma, su actividad sexual continuo normal hasta el final del embarazo.

Sin embargo, había un detalle importante que no se solucionaba, no había parteras profesionales en Guadalajara y ahí comenzó el *“peregrinaje”*. Natalia se encargó de hablar con cuanta persona le recomendaban, pero los meses pasaban y ella no encontraba a alguien que le diera la suficiente confianza y que aceptara sus propias condiciones. Sin embargo, ella no tenía miedo, pues *“en último de los casos mi esposo, quien también había tenido entrenamiento en partos, y un amigo que era médico podrían atender el parto en mi casa”*.

Hacia el final de su embarazo Natalia contactó con una partera del D.F. quien le dio la suficiente confianza y se dedicó a prepararse para el parto, adecuando su casa según el ambiente que ella deseaba.

Nadie más sabía hasta entonces de sus planes, porque sabían que sus familiares iban preocuparse y tal vez hasta oponerse. *“Cuando su madre se enteró se preocupó bastante, pero aún así me apoyó y respetó mi decisión”*. Natalia no tenía miedo, leía y se preparaba emocional y espiritualmente para la llegada del bebé y su esposo la apoyaba *“y la verdad es que él confiaba totalmente en mi capacidad de mujer para tener un parto natural.”* Ella no tenía temores, salvo al final, cuando comenzó a preocuparse por el parto mismo, *“yo creo que era como el miedo natural a lo desconocido y al dolor que te dicen que puedes sentir”*.

Hacia fines de julio se le rompieron las membranas y Natalia supo que el momento había llegado. Le hablaron a la partera, quien tomaría el primer vuelo a su ciudad. *“El trabajo de parto se desarrolló muy rápido y fuerte y yo me estaba inquietando porque la partera no llegaba... Teníamos todo listo, mi esposo estaba conmigo y mi amigo médico listo en su casa por cualquier llamada... La verdad es que mi esposo se hizo cargo de todo y me apoyó de una manera maravillosa porque cuando llegó la partera el niño ya casi nacía”*. La experiencia fue maravillosa, aunque hubo mucho dolor. *“Sentí tanta energía, estaba maravillada por el gran poder femenino que había en mí y muy emocionada por haberlo logrado..., aunque también me daba tristeza que ya se acabara el embarazo...”*

Natalia dio a luz un niño de 3.40 kilos y no recuerda cuánto de talla, pero era un niño grande y robusto. Sintió una felicidad enorme cuando lo tuvo sobre su cuerpo y recuerda que pasó un rato largo como en reconocimiento con su hijo, sólo mirándose a los ojos, y sintió mucho amor. No perdió el control en ningún momento y se sintió muy satisfecha de sí misma y de su parto.

“La lactancia comenzó de inmediato, después que nació el niño, lo tenía en el pecho y él se acercó al pezón y mamó, pero era un poco flojo para succionar”. Le dio el calostro y la leche le bajó hasta el segundo día. *“Mi lactancia no fue sencilla, aunque yo había leído y creía estar muy preparada...tuve grietas y mastitis, dolía bastante... pero yo estaba muy decidida, convencida y muy apoyada por mi esposo, yo creo que por eso pude superar los problemas..., sí utilicé homeopatía y eso me ayudó y la partera también me apoyó”*. A ese bebé lo lactó hasta los 3.5 años. Además de la homeopatía, Natalia también considera que le sirvieron las diferentes técnicas que conocía sobre como pegarse al niño para que succionara adecuadamente. Dio siete meses de lactancia exclusiva y después empezó a introducir otros líquidos y probadas de fruta y verdura. *“A los 3 años comencé a destetar a mi hijo, dando cada vez menos tetadas al día hasta lograr que el niño dejara el pecho de forma natural, no tenía ninguna prisa...”*

Cuando Natalia reflexiona sobre su experiencia en lactancia considera que los factores que le permitieron lactar a ella fueron diversos: en primer lugar, y sin duda, lo más importante, la convicción, en segundo lugar, el apoyo total de su pareja, el tener la información correcta y el hecho de no trabajar y de no tener compromisos. *“Yo creo que*

todas las mujeres deberían de lactar a sus hijos y darse la oportunidad de gozar y de vivir plenamente la lactancia, pero también creo y sé que para lograr esto se requiere apoyo social y buena información, y aquí hay muy poco de las dos cosas, salvo que te acerques a la Liga". "El tiempo mínimo de lactancia debería ser de 6 meses, la exclusiva, y hasta el año la lactancia complementada. Yo no creo que la lactancia es exclusiva de niños pequeños y no tuve mayores problemas amamantando a mi hijo hasta los 3.5 años, pero la sociedad sí los tuvo, muchas veces sí me sentí juzgada y señalada y hasta la gente cercana, de mi confianza, me cuestionaba lo que estaba haciendo y me decían que me iba a arrepentir de darle tanto tiempo. Pero a mí no me importaba, yo sé en muchas otras culturas los niños se lactan hasta los 3 ó 4 años y no pasa nada, ni se trauman, ni se "embracilan", ni se "enlechan", ni se hacen dependientes, esos son mitos. Los niños saben hasta cuando necesitan el pecho, porque es una fuente de seguridad para ellos y cada niño puede decidir, hay niños que se destetan solos al año o a los dos, y está bien, depende de cada niño". Ella sintió que su hijo lo necesitaba hasta esa edad y se sentía cómoda con su lactancia, y eso es lo que cuenta. Pero, "si una mujer no se siente cómoda lactando, aunque sea, al mes, mejor que ni lacte porque todo eso lo está sintiendo el niño y una lactancia forzada puede ser peor, emocionalmente hablando".

Natalia tuvo su segundo embarazo cuando su primer hijo tenía 3 años. Ella y su esposo lo decidieron así, y estaba feliz porque quería otro hijo. Su segundo embarazo fue muy bueno, aunque igual que en el primero, el primer trimestre lo pasó con náuseas y vómitos. Su hijo se portaba muy bien y no sintió que fuera muy pesado cuidarlo a él y estar embarazada. No tenía preferencia de sexo e igual que la otra vez no preguntó, ni siquiera se hizo un ultrasonido en todo el embarazo. Subió 18 kilos de peso y se sentía a gusto con su cuerpo. Su actividad sexual continuó normal hasta el fin del embarazo. Y su único temor, hacia el final fue, nuevamente, el parto.

Para este parto Natalia contaba con la ayuda de una *doula* profesional y se sentía muy tranquila porque vivía en Guadalajara. Además, ellas y su esposo habían acordado que "*Julián, nuestro hijo, estaría presente en el parto si así lo quería..., claro que nos habíamos dedicado a prepararlo de acuerdo a su nivel, le explicamos y eso... Mi madre estaría en casa porque un parto puede ser muy largo y que tal si el niño quería salir o se aburría o no quería estar presente... pero todo salió muy bien*". Para ese entonces toda su familia sabía que tendrían al bebé en casa y como ya había habido una primera

experiencia las reacciones eran favorables.

Hacia fines de septiembre a Natalia se le rompieron las membranas. Llamaron a su madre y a la *doula* y el parto se desarrolló sin problemas en su casa, pero fue mucho más fuerte que el anterior. Su hijo estuvo presente *"...y puede contarte con detalle como se asomó la cabeza del bebé y como giró y como salió y toda la cosa. Fue una experiencia maravillosa para todos, como familia y para mí como mujer"*. En esta ocasión sus sentimientos fueron de mucha fuerza y aceptación de su cuerpo, *"sentí perfectamente el alumbramiento físico de mi hijo y eso fue muy impresionante para mí... Cuando lo tuve sobre el cuerpo sentí una gran ternura mezclada con asombro y energía... Yo creo que fue un parto excelente"*.

La lactancia se inició casi de inmediato, pero también fue difícil, *"el bebé tenía la boca muy pequeña y succionaba muy fuerte, así que también tuve grietas y mastitis. Pero claro que insistí hasta lograrlo, ni por un momento pensé que no iba a poder lactar, menos después de la experiencia con Julián"*. Su hijo tenía dos años al momento del cierre de la entrevista y seguía lactando. Ella no sabía bien hasta cuando seguiría, porque será hasta que el niño lo necesite y lo quiera. Claro que ya come prácticamente todo y toma otros líquidos, pero todavía toma mucho pecho y a ella le gusta darle. Ella cree que será cerca o después de los 3 años, igual que en el caso de su primer hijo.

La principal razón por la cual Natalia amamantó a sus hijos es por el lazo emocional y el apego que se genera entre madre e hijo, en segundo lugar por la salud del niño y en tercero, porque *"creo que es lo natural"*. Además, sabe sobre todas las diversas ventajas que la leche tiene para el niño y para la madre porque tuvo mucha información y porque después trabajó en la Liga de la Leche.

Con relación a las otras prácticas de crianza, Natalia considera que los niños deben dormir en la misma cama de sus padres hasta alrededor de los 3 años o cuando ellos se sientan listos. *"Yo escucho a muchos padres quejarse de que pasan al niño a su cuarto y que se sigue despertando y pasando a su cama hasta esa edad, y creo que tiene una razón de ser. Creo que cada niño puede tener diferentes necesidades para dormir, puede ser el pecho o los arrullos..., yo no estoy en contra de arrullar y acurrucar a un bebé si lo necesita. En mi caso, el pecho ha sido maravilloso. Y, definitivamente, no creo que sea*

necesario dejar llorar a un bebé antes de responder a su llanto para lo de los pulmones o para que no se haga demandante y esas cosas... y no, no sé hasta cuando será normal que un niño se despierte en la noche estando sano. ¿Normal, para quién, o de acuerdo a qué?”.

Natalia gozó mucho la crianza de sus hijos, para ella *“la maternidad es compromiso y el compromiso es estar cerca y al pendiente, ser un apoyo y dar seguridad para cuando tengan que ser independientes. La maternidad ha representado lo más importante en mi vida”* y está convencida que los hijos deben crecer al cuidado de sus madres y padres. Considera que es un error que la sociedad les haya hecho creer a las mujeres que son iguales que los hombres y que deben salir a trabajar en el mundo igual que ellos. *“Los hombres y las mujeres no somos iguales, somos seres espirituales con diferentes capacidades y la mejor inversión que puede hacer una mujer es en sus hijos”*. Ella se ha dedicado a ellos totalmente y con mucho gusto y hasta hace poco, cuando ya pudo hacerlo, porque ya era tiempo, comenzó a trabajar de nuevo, sin descuidar la crianza.

CAPÍTULO V

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

5.1 Características sociodemográficas

Lo primero que se debe resaltar en este apartado es que, como ya se ha mencionado anteriormente, se ha trabajado con un grupo privilegiado de mujeres, en el sentido de que socioeconómica y culturalmente cuentan con mayores ventajas que el 80 ó 90% de la población femenina en el país. Este es un grupo de mujeres con altos niveles de escolaridad, con altos niveles de ingresos, con matrimonios o uniones consolidadas, con buen estado nutricional y de salud, etc. Es decir, que en términos generales, se trata de mujeres con grandes posibilidades de desarrollar una vida personal y familiar plena y sana. Algunos de los resultados más significativos el grupo de mujeres con el que se trabajó son los siguientes.

La media de edad de las mujeres entrevistadas es de 34 años, con una media de años de matrimonio o de relación de 9.3 años. Es decir, que se trata de matrimonios o uniones consolidadas, en un ciclo medio de vida familiar. Todas las mujeres estaban casadas o vivían en unión libre y no se registró un solo caso de divorcio entre ellas, aunque sí en el caso de dos de los cónyuges, esto contrasta con los datos nacionales, los cuales nos señalan un índice de divorcios de 5.7 por cada 100 matrimonios (cfr. XII Censo General de Población y Vivienda). En todos los casos se trata de hogares nucleares y con jefatura masculina, aunque en dos de ellos se observó una muy importante contribución económica por parte de las mujeres.

La media de hijos por mujer es de 2 en contraste con el 2.5 de acuerdo a la media nacional registrada en el último censo, aunque en tres de los doce casos se incluyeron familias con tres hijos. La media de edad de los hijos mayores es de cinco años y la media del hijo menor de uno. Esto significa que estamos hablando de un grupo de parejas que, en general, planificó conscientemente su reproducción, pues esperaron en promedio cuatro años antes de iniciar la procreación, aunque en dos casos es el primer embarazo lo que propicia el matrimonio. Además, es interesante mencionar que hay tres casos de adopción debido a que dos mujeres de la muestra tenían problemas de fertilidad. En uno

de los casos después de haber adoptado el primer hijo la mujer queda embarazada, así que se tiene la experiencia de un hijo biológico y de uno en adopción. En el otro caso la mujer no pudo embarazarse y se adoptaron dos niñas. A pesar de la diferencia que esto implica biológicamente se consideró interesante mantener el caso dentro del estudio con el objetivo de detectar similitudes y diferencias en cuanto a la selección de un patrón de crianza y de maternidad.

Es muy interesante mencionar que la edad media de matrimonio en el caso de estas mujeres es de 24 años contra la media nacional que es de 20 años (cfr. Indicadores relevantes para estudios de género, 1990-1995, Indicadores Sociodemográficos, XII Censo General de Población y Vivienda, INEGI) y que la media de edad de matrimonio en el caso de los hombres es de 29 años contra la nacional que es de 23. En tres casos se observan matrimonios de mujeres jóvenes con hombres mayores (por lo menos 10 años de diferencia) y en dos casos se trató del segundo matrimonio en el caso del hombre. Para todas las mujeres este ha sido su primer matrimonio o relación estable.

Muy relacionado con lo anterior es relevante mencionar que salvo un caso, todas las demás mujeres habían tenido relaciones sexuales prematrimoniales, aunque, en la mayoría de los casos, con la persona que actualmente es su pareja y debido precisamente a que ya existía un compromiso formal establecido. Para todas las mujeres, salvo una, la virginidad es considerada como un mito e incluso para algunas de ellas como una carga. Es también interesante mencionar que la mayoría de las mujeres se casaron por el civil y por la iglesia católica, sólo se tiene un caso de unión libre y de los casos de matrimonio civil, dos se debe a matrimonios anteriores de los hombres y sólo dos a decisión propia de la pareja.

En lo que se refiere al lugar de nacimiento, siete de las mujeres entrevistadas nacieron en el D.F., tres en el interior del país y dos en el extranjero, pero fueron criadas desde pequeñas en México: Todas vivían en la Ciudad de Cuernavaca por lo menos desde dos años antes de iniciar las entrevistas (estas fueron desarrolladas entre 1997 y 1998), la mayoría, tiene entre 10 a 15 años. En los casos de residencia reciente la razón principal fue el modelo de crianza y de maternidad seleccionado¹, es decir, el considerar necesario

¹ Cuando se habla de modelo de crianza y de maternidad se refiere a la conceptualización utilizada por Hays, 1998, *“la maternidad intesiva, como aquella que aconseja a las madres invertir una enorme cantidad de*

un ambiente más sano y seguro para el desarrollo de los hijos, y que, en la mayoría de los casos las parejas van y vienen al D.F. para cumplir con su actividad laboral.

Con relación al nivel de escolaridad, la media detectada es de 14 años, la gran mayoría de ellas, ocho casos, con estudios profesionales (seis tituladas y dos pasantes). Estos datos contrastan con los indicadores nacionales que señalan un 12% en población mayor de 18 años con instrucción superior y un promedio de escolaridad en población de 15 años y más de apenas 7.6 años (el equivalente a la secundaria incompleta). En Morelos, el porcentaje de población mayor de 25 años con estudios superiores es del 12%.

De las doce mujeres entrevistadas, ocho se dedican al hogar y a la crianza y cuatro de ellas, además de eso, trabajan remuneradamente fuera de casa. Hacia el final del estudio otra de las dedicadas al hogar ya estaba trabajando algunas tardes a la semana debido a que según el modelo de crianza seleccionado la edad de su hijo menor ya le permitía separarse de él por algunas horas a la semana. Rastreando la historia laboral de las mujeres observamos que solamente en dos casos las mujeres no trabajaron nunca antes fuera de casa siendo solteras y no lo hicieron tampoco al casarse. El resto de ellas trabajaba y siguió trabajando hasta el primer o el segundo embarazo. Es interesante observar que de las diez que sí trabajaron aún casadas, cuatro dejan de trabajar al primer embarazo, tres debido al modelo de crianza seleccionado, de total atención y una debido a problemas médicos con antecedentes de aborto. Cinco de ellas, debido al modelo de crianza seleccionado, trabajan durante su embarazo y cuatro dejan de trabajar solamente algunos meses después del parto porque así lo habían decidido, aunque hay que mencionar que en esta decisión, el tipo de trabajo que se desarrolla es determinante. Recordemos que, en realidad, entre las mujeres de esta clase social no es inminente su ingreso para el sostén del grupo familiar, y que ellas podrían dejar de trabajar si así lo desearan. Sin embargo, en los cuatro casos el tipo de actividad desarrollada permite a las mujeres convivir con sus hijos pequeños debido a los horarios, días y lugares de trabajo y además, su concepción de la crianza infantil, esto es el modelo que consciente o

tiempo, energía y dinero en la crianza e los hijos” vs “la no intensiva” (p.15). Esta elección en realidad es inconsciente en muchos de los casos de las mujeres del grupo, es decir, no se “piensa” y se “escribe una lista de factores y ventajas” entre un tipo de crianza y otro, pero finalmente sí se opta por alguno de los dos grandes modelos, aunque al interior pueda haber divisiones. Así, de alguna manera, la madre que elige la lactancia materna prolongada, que el bebé duerma con ella durante varios meses, responder con prontitud al llanto, etcétera, en realidad está escogiendo el modelo de la maternidad intensiva y no es mejor o peor que la otra elección, sencillamente es una opción que enlaza diferentes componentes.

inconscientemente seleccionaron, no se contraponen a la idea de dejar a los hijos de meses al cuidado de otra persona para poderse dedicar también al desarrollo profesional.

En lo que se refiere al ingreso familiar al momento del cierre de las entrevistas la media de ingresos familiares mensuales en el grupo era de casi \$12,000 mensuales mientras que el salario mínimo en Morelos era de casi \$600 mensuales, o sea que estas mujeres recibían ingresos equivalentes a 20 veces el salario mínimo del estado; además la media nacional era de 4.5 salarios mínimos mensuales (cfr. XII Censo General de Población y Vivienda), lo cual vuelve a hacer referencia al alto nivel socioeconómico y al bienestar social de la población con la que se trabajó.

El ingreso familiar se distribuye en los siguientes rubros: i) gastos de alimentación (la mayor parte de las compras se realizan en tiendas de autoservicio), ii) mensualidad destinada a la vivienda, ya sea al pago de hipoteca o al de renta (seis casas son rentadas, cuatro están hipotecadas con el banco y sólo dos son propias), iii) gastos de gasolina y de mantenimiento del vehículo (en promedio se tiene 1.8 vehículos por familia), iv) colegiaturas y/o clases particulares de los hijos, que –obviamente– en todos los casos son en escuelas privadas (en total son de 15 casos), vi) pago del servicio doméstico, ya sea de planta o de entrada por salida (en nueve de los doce casos se cuenta con al menos una empleada doméstica), vii) diversiones del fin de semana (comidas fuera, idas al cine o al club, etc.), viii) consultas y los gastos médicos (debido a las edades de los hijos para la mayoría de las familias este es un gasto fijo), ix) servicios de la vivienda (agua, luz, teléfono, gas, etc.) y x) en casi todos los casos se tiene una cierta posibilidad de ahorro, de por lo menos el 10% de su ingreso total. Para tener una idea aproximada de distribución del ingreso y gasto, aproximadamente el 60% del ingreso familiar mensual se destina al pago de vivienda, pago de colegiaturas y alimentación de la familia. El 40% restante entre el pago de servicios, el del servicio doméstico, el pago del o de los vehículos, el pago de diversiones, pago de médicos y el ahorro.

5.2 Características biomédicas

De los doce casos de la serie, diez de las mujeres son multíparas (es decir con más de un hijo) y dos de ellas primíparas (con un solo hijo). Como ya se ha mencionado la media de hijos por mujeres es de dos debido a que en tres casos se cuenta con tres hijos por

familia. En todos estos casos el tercer hijo no fue planeado, aunque finalmente se decidió conservarlo.

Es muy importante observar que si bien se está hablando de una serie de 12 mujeres, el número de casos del grupo aumenta a 25 casos en lo que se refiere a historias de embarazos, partos, lactancias o no lactancias y modelos de crianza, pues cada mujer tiene en promedio dos hijos, y que de esos 25 casos en tres de ellos se trata de adopciones.

Otra cuestión de alta relevancia es que entre estas 12 mujeres se detectaron 10 experiencias de aborto, es decir, 7 de las 12 mujeres han tenido al menos un aborto (provocado o espontáneo) en su vida reproductiva. Cuatro de los diez abortos fueron decisión propia y seis fueron abortos espontáneos. Este dato también nos indica el diferente nivel social, cultural y de poder de decisión y reflexión de un grupo de mujeres muy particular y parecería ser muy alto con relación a los datos nacionales², aunque habría que considerar tanto el nivel socioeconómico del grupo en cuestión y su representación numérica, como la muy posible baja estimación de los datos debido a lo delicado del tema en nuestro país, legal y moralmente hablando. Es interesante observar que en todos los casos de abortos decididos estos fueron realizados antes de tener hijos y que la perspectiva ha cambiado ahora radicalmente después de haber dado a luz y criar a sus hijos, de hecho todas las mujeres que optaron libre e informadamente por un aborto en algún momento previo de sus vidas cuestionaron seriamente si volverían a tomar la misma decisión después de que tuvieron su primer hijo.

Muy relacionado con lo anterior y a pesar del alto nivel de reflexión identificado entre las mujeres de este grupo social, así como con las correspondientes posibilidades de información y práctica concreta llama la atención el que tan sólo una de las mujeres del grupo utilizó anticonceptivos durante su primera relación sexual¹ y que varias de ellas de hecho siguieron teniendo relaciones durante varios meses más sin el uso de anticonceptivos, lo cual nos lleva a reflexionar sobre los prejuicios y los valores imperantes en la época en que estas mujeres estaban iniciando su vida sexual (80's). En la mayoría de los casos el uso de anticonceptivos se relaciona con la formalización del

² De acuerdo a la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1992, del INEGI, el promedio de abortos según número de hijos nacidos vivos es de 0.28 a nivel nacional y específicamente en Morelos del 0.31.

compromiso con la pareja y suelen ser la pastilla o el preservativo. Ya casadas la gran mayoría estaban usando anticonceptivos recetados por un ginecólogo (mayoritariamente las pastillas y el DIU) al menos unos años antes del embarazo debido precisamente al acuerdo con la pareja y al modelo de maternidad seleccionado. Al momento del cierre de las entrevistas dos mujeres de la muestra no estaban utilizando anticonceptivos regularmente porque no estaban del todo seguras si querían o no querían tener más hijos. Del resto de las mujeres, seis estaban usando algún método anticonceptivo con regularidad y cuatro habían optado por métodos quirúrgicos definitivos, dos fueron con OTB y dos cónyuges que se practicaron la vasectomía, lo cual vuelve a hacer referencia al alto grado de reflexión como grupo social ante la cuestión de la planificación y reproducción familiar.

La edad media de la menarquia entre las mujeres del grupo fue de 12.5 años y la edad media de la primera relación sexual fue de 20 años. Para la mayoría de las mujeres (10 de 12) la menstruación es considerada como algo poco cómodo e incluso varias de ellas manifestaron gusto con su desaparición durante el embarazo y la lactancia exclusiva.

En el caso de las relaciones sexuales para poco más de la mitad de las mujeres (7 de 12) la primera relación resultó gratificante y respondió a sus expectativas. Todas ellas acordaron que la sexualidad se ve afectada en mayor o menor grado con el embarazo, pero, sobretodo, con la lactancia y con la maternidad.

En cuanto a datos sobre los 25 partos evaluados lo primero que llama la atención es el sexo del bebé, pues en 17 casos se trata de sexo femenino y tan sólo en ocho de varones. La media de talla al momento de parto fue de 51 cms. y la de peso de 3.3 kilos.

De los 25 partos, 18 fueron partos vaginales, seis cesáreas y uno por fórceps. Veintidós de los partos fueron atendidos en hospitales, todos privados, salvo un caso, lo cual se explica por una crisis económica temporal. Tres de los partos tuvieron lugar en casa de la propia madre y fueron atendidos por partera, debido a la elección de la mujer y de acuerdo al modelo de crianza y de maternidad ejercido. De los embarazos desarrollados en Cuernavaca sólo una mujer acudió al D.F. para ser atendida en el parto en sus dos embarazos, las demás se atendieron en Cuernavaca. Los responsables del parto fueron

mayoritariamente hombres, 18 casos de ginecólogos y una ginecóloga, además de seis casos de atención con partera.

En 20 de los 25 partos se utilizaron medicamentos (bloqueo epidural y oxitocina) y sólo en cinco de ellos no, lo cual coincide con el tipo de atención y el responsable del parto, partos en casa o atendidos por partera.

En 19 de los casos se siguió control prenatal mensual durante el embarazo para ir vigilando signos y peso de la madre, en los seis restantes no, tres debido a las condiciones socioeconómicas de la madre (los casos de adopción) y tres por elección propia de acuerdo al modelo de crianza y de maternidad seleccionado.

En 7 de los 25 embarazos se tomó curso psicoprofiláctico contra 18 en los que no. En realidad seis mujeres de la muestra tomaron el curso al menos una primera vez y seis no, y básicamente por negativa de la pareja o del médico responsable quienes no lo consideraban necesario e, incluso, en algunos casos, lo llegaron a considerar contraproducente según su experiencia profesional. Las mujeres que lo tomaron la primera vez manifestaron que el curso es de mucha utilidad emocionalmente hablando por la posibilidad de compartir con personas que están en un estado similar al tuyo y quienes sienten, piensan o temen cosas similares. En general se considera más útil durante el embarazo que en el propio desarrollo del parto, durante el cual, a pesar de que resulta útil saber sobre procedimientos y etapas, pueden sucederse eventos no planeados. La principal razón para no tomar el curso dos veces fue porque ya se tiene la experiencia de un primer parto y porque ya se tiene un hijo pequeño de quien cuidar.

Es interesante mencionar que en 17 de los 25 partos la pareja de la mujer participó y apoyó, inclusive en algunos casos de cesárea. Los casos en donde no hubo apoyo de la pareja durante el parto fueron en los tres casos de adopciones o en los casos en los cuales la política de la institución de salud o del médico responsable restringió el acceso. Cabe mencionar que en los grupos focales todas las mujeres consideraron como primordial el apoyo social de la pareja y sugerían que el esposo fuera parte del equipo de atención durante el parto en cualquier institución.

Finalmente se debe mencionar que de los 25 embarazos detallados, 14 de ellos fueron planeados, es decir, esperados y 11 no, y que 22 de ellos fueron deseados y conservados, mientras que tres no, que son los que finalmente fueron obtenidos en adopción. En esta muestra no se está considerando los casos de aborto (10 casos) que ya fueron mencionados anteriormente, pues el estudio se enfocaba a las historias de embarazo, parto, lactancia o no lactancia y crianza y no a la reconstrucción del proceso y la difícil decisión de abortar, en los casos en los que fue decidido (cuatro), en los seis restantes se trató de abortos espontáneos con todo el sentimiento de tristeza, frustración y desesperación que un evento así produce en las mujeres de este grupo social.

5.3 Experiencia durante el embarazo

En este apartado se presentarán los resultados de las vivencias de 22 de los 25 embarazos de la muestra, pues recordemos que en tres casos se trata de adopciones sobre las cuales no se tiene mayor detalle relativo a la vivencia del embarazo, que es el tema central a desarrollar en este punto.

Así, de lo primero que se debe partir es que de estos 22 embarazos, 14 de ellos habían sido planeados por la mujer y su pareja y 8 no, aunque se decidió, finalmente, conservarlos. Llama la atención que de estos 8, cinco fueron los primogénitos de cinco familias y 3 los así llamados "*pilonos*", el tercer y último hijo.

Como ya se había mencionado, y tal como responde al patrón cultural reproductivo de este grupo social, en la gran mayoría de casos, 19, se asistió al control prenatal mensual durante el embarazo para el seguimiento del mismo, revisión de signos y peso, recomendaciones médicas, etc. En tres casos no, que en realidad fueron dos mujeres cuyo patrón de maternidad y crianza seleccionado no consideraba necesaria la consulta médica mensual. Estas mujeres, por supuesto, parieron con partera en sus casas y recibieron constantes críticas de los parientes cercanos, quienes no veían cumplidas las expectativas sociales del grupo.

También, como ya se había mencionado, seis de estas mujeres tomaron curso psicoprofiláctico, tal como se espera cada vez más entre este grupo social, volviendo a estar fuera estas dos mujeres que no consideraban necesario un curso de este tipo, sino

que practicaron otro tipo de ejercicios y de meditaciones durante su embarazo de acuerdo a sus creencias y al modelo de crianza y maternidad seleccionado.

En los 22 embarazos reconstruidos a través de las narraciones sólo en cuatro de ellos se detectó que se presentaron problemas graves como sangrados y amenaza de aborto, y en uno retención de líquidos hacia el final, lo cual nos habla de la buena salud de las mujeres muy relacionado con el grupo socioeconómico particular. Lo anterior ocasionó que en 18 de los embarazos las actividades durante el mismo fueran las normales y sólo en cuatro casos, los de sangrado, se recomendó el reposo, en dos de ellos existía, además, el antecedente de aborto en el embarazo anterior. Así, para la mayoría de las mujeres, y sobretodo en el primer embarazo, la experiencia durante el mismo resultó altamente gratificante. Sólo en nueve casos de los restantes se reportaron molestias de náuseas y vómitos durante el primer trimestre y ninguna molestia fuerte durante el segundo y tercero. Para todas las mujeres, salvo, las cuatro con sangrados y/o amenaza de aborto, la del embarazo trae buenos recuerdos aunque con una marcada diferencia entre el primer embarazo durante el cual pueden dedicarse de lleno a ellas mismas y a su bebé gestante, vs. el segundo o el tercero durante el cual se tiene ya un niño pequeño o más de quien cuidar. En este sentido parece que el orden de un hijo en la familia es determinante, tal como se irá observando en actitudes y prácticas, más adelante.

Muy relacionado con lo anterior se observa que en los 22 embarazos reconstruidos en las historias de vida la principal razón para decidir tener un primer hijo es debido a que se considera el momento adecuado o se ha encontrado a la persona adecuada para reproducirse (deseo), mientras que en el caso del segundo y tercer hijos, todos han sido planeados como compañía para el hijo ya existente.

Un dato relevante y muy asociado a las nuevas tecnologías médicas lo constituye el hecho de que en la mitad de los embarazos se preguntó con anterioridad el sexo del bebé pues se deseaba conocer para cuestiones de planeación doméstica. Pero, en la gran mayoría de casos, se asocia con el segundo o con el tercer hijo.

La media de aumento de peso de las mujeres durante el embarazo fue de 13.4 kilos y en 18 de los 22 casos se tuvo una apreciación positiva sobre este aumento y sobre los cambios experimentados en el cuerpo y en la constitución física. Para la mayoría de las

mujeres el peso no fue un impedimento para realizar sus actividades cotidianas, ni algo desagradable durante el embarazo.

Un dato interesante es que en los 22 embarazos de la muestra en 12 casos se consideró que la sexualidad no se vio modificada durante el embarazo y que en 10 casos la sexualidad bajó, mayoritariamente por falta de deseo o temores hacia el final del embarazo por parte de las propias mujeres, sólo hubo un caso de temores por parte del hombre. Este aspecto se ve notablemente más afectado por la vivencia de la lactancia y de la propia crianza infantil como se reportará más adelante.

En cuestión al trabajo femenino durante el embarazo, en 10 de los 22 embarazos de la muestra las mujeres siguieron trabajando prácticamente hasta el final del embarazo y en cuatro casos se siguió trabajando pocos meses después del posparto. Sólo en dos casos de mujeres que trabajaban anteriormente se dejó de trabajar para reposar y dedicarse de lleno a la vivencia del embarazo. En esos casos se trató de una recomendación médica y en uno de ellos había un antecedente de dos abortos. Es interesante observar que los embarazos no fueron, en general, causa para suspender el trabajo, sino que esta decisión se había tomado con anterioridad.

Curiosamente un temor generalizado a lo largo de los embarazos es la salud del bebé, así como el propio temor al parto. Contrariamente a lo que se podría pensar por ser este un grupo con amplias ventajas en salud y en nutrición, las mujeres temen constantemente el que el bebé se desarrolle bien y nazca sano, en algunos casos, los menos, se asocia a la edad de la madre, varias de las madres de la muestra parieron después de los 30 años y dos de ellas tienen su primer hijo casi a los 40, con todas las implicaciones médicas – reales o no- que esto conlleva. Sin embargo, aún tratándose de mujeres sanas, con buen estado nutricional, con acceso a recursos médicos, etcétera el temor es constante y posiblemente responda a un comportamiento cultural y de clase. Obviamente, en el caso de mujeres con abortos previos no deseados el temor a otro aborto o a la muerte del bebé durante el parto también estuvo presente durante todo el embarazo y aún durante el parto (dos casos).

Finalmente, es interesante observar que en una evaluación general del embarazo para la gran mayoría de las mujeres la experiencia resulta altamente positiva y gratificante, 10 de

los embarazos fueron calificados como muy buenos, nueve como buenos y sólo tres como regulares, cosa que variará significativamente cuando se evalúa la experiencia del parto. Las mejores evaluaciones se asocian, generalmente, con el primer embarazo, durante el cual la mujer se siente en plena libertad de dedicarse de lleno a la vivencia física y emocional de su proceso, cosa que no se puede realizar tan plenamente cuando ya se tiene un niño pequeño de quien cuidar.

5.4 Experiencia durante los partos

Nuevamente es importante mencionar que la serie total para el análisis de datos en este tema, vivencia del parto, es de 22, pues no se tienen datos sobre los partos de los tres casos de adopciones.

Como ya se había mencionado en el apartado de datos biomédicos, la mayoría de los partos de la muestra fueron vaginales 15, aunque la gran mayoría con uso de medicamentos –en muchos casos- de rutina y casi todos con uso de bloqueo epidural (bloqueo). De los siete casos restantes, seis fueron cesáreas (cinco programadas a consideración del médico) y una por fórceps debido a complicaciones durante el parto. Es interesante mencionar que la media de edad de las mujeres al primer parto fue de 28.4 años, más elevada que la media nacional.

La señal más común de aviso del parto fueron las contracciones en 11 de los 22 casos, siete casos de síntomas tales como la ruptura de membranas, el tapón amniótico, y los cuatro casos de cesáreas programadas, en los cuales, realmente no hay señal alguna de aviso, sencillamente se acude al hospital en el día y a la hora que ha indicado el médico. Cabe mencionar que en esos cuatro casos no se cuestionó la autoridad del médico a pesar de que sólo en uno de ellos realmente se deseaba la cesárea debido a un gran temor al parto (caso de primer hijo).

La media de duración de los partos vaginales es de casi nueve horas y de las cesáreas de 1.6 horas. La mayoría de los partos se desarrollaron en la ciudad de residencia y sólo en dos casos se acudió de Cuernavaca al D.F. para que el parto fuera atendido en un hospital de reconocida calidad y por el médico especialista que había seguido ambos embarazos. Todos los partos, a excepción de dos, fueron atendidos en hospitales

privados (además hubo tres que fueron atendidos en casa de la propia mujer) y la gran mayoría fueron atendidos por médicos de sexo masculino, salvo uno en hospital y los casos de atención por partera (seis casos).

En 18 de los 22 casos no hubo complicación durante el parto y en cuatro de ellos hubo complicaciones menores de acuerdo al criterio médico, pero que emocionalmente afectaron a las mujeres pues temieron por la vida y salud del bebé. En estos casos se trató de problemas con la presión arterial de la madre y con problemas de cordón umbilical enredado y complicación para la salida del producto. Es interesante mencionar que los partos recordados con más temor se asocian tanto a la existencia real de problemas como los anteriores como con la duración de los partos, es decir, mientras más se alargan más se angustia la mujer y, en ocasiones, la pareja también.

Los principales temores durante el parto se refieren al parto mismo, al dolor, y en caso del primer parto a la falta de experiencia, al miedo a lo desconocido, aunque este temor se refuerza en algunos casos, precisamente porque ya se sabe lo que sucederá. En 10 de los 12 casos el principal temor era el dolor y el parto mismo, en cinco a la operación (casos de cesárea) y en tres, adicionalmente, a la epidural.

Como ya se había reportado anteriormente en la gran mayoría de los casos (17) se contó con el apoyo social de la pareja, comportamiento que en esta clase social resulta ser muy importante para las mujeres, siendo los pocos casos negativos (cinco) debido a la imposición médica o de la institución hospitalaria y generando descontento entre las mujeres.

Un dato interesante lo constituye el hecho de que la gran mayoría de las mujeres no experimentaron una sensación de control o de poder ("*empoderamiento*" - "*empowering*") durante sus partos. Por el contrario, la mayoría, salvo algunas de las que parieron con partera, se sintieron a merced del médico o de las personas que las atendían y lamentaron después el no haber podido participar en ciertas decisiones o procedimientos. El sentimiento de "*empoderamiento*" se asocia más con los casos de partos atendidos por parteras y se rompe en el caso de parteras pero con atención en hospitales (dos casos).

Muy relacionado con lo anterior, en 17 de los 22 partos las mujeres afirmaron no haber perdido el control de sus sentimientos (no desesperarse, gritar, etc.) relacionándose los cinco casos restantes con la duración de los partos, las complicaciones durante el parto y las cesáreas no programadas, esto es, relacionándose con resultados diferentes a los esperados inicialmente por las mujeres.

En referencia a la atención recibida durante el parto en la mayoría de los casos se considera como buena, pero sólo se reconoce como realmente de calidad y humana en el caso de cinco de los partos atendidos por parteras, que en total fueron seis.

Sobre la existencia de depresión posparto se observaron 10 casos altamente relacionados con cesárea, partos largos o con complicaciones, es decir, nuevamente asociados a resultados diferentes de los esperados por las mujeres. Es interesante observar que en cuestión de expectativas cumplidas, en 11 de los 22 casos se reconoce como que los partos se resolvieron de acuerdo a sus expectativas y 11 (la mitad) se reconocieron como con expectativas no cumplidas generando sentimientos de frustración en la mayoría de las mujeres.

Llama la atención que en la evaluación final de sus partos tan sólo ocho de las mujeres consideraron sus partos como muy buenos (asociado a la atención con partera, a partos sin complicaciones o de no larga duración y a partos con expectativas cumplidas), mientras que siete los calificaron de buenos, tres de regulares y cuatro de malos. En los dos últimos casos la evaluación se asocia con factores contrarios a la evaluación más alta: partos largos, con complicaciones, con expectativas no cumplidas, etcétera.

En cuanto a los planes de reproducción a futuro, en 10 de los 12 casos las mujeres y sus parejas han decidido no tener más familia, aunque sólo en cuatro casos se han practicado métodos anticonceptivos definitivos (dos OTB en mujeres y dos vasectomías en hombres). Las otras seis mujeres restantes utilizan métodos temporales como pastillas o preservativos o DIU y en dos casos no se utilizan anticonceptivos con regularidad pues aún no se ha decidido si tener o no más hijos.

Finalmente, en cuanto a la práctica de la sexualidad posparto, la media de recuperación es de casi tres meses. Llama la atención que en comparación con la práctica sexual

durante el embarazo (excluyendo los casos de embarazos con dificultades), la sexualidad parece verse más afectada por la lactancia y el posparto, no sólo por el cansancio físico real que manifiestan la mayoría de las mujeres después del parto, sino por la lactancia misma. Esta resulta ser percibida por algunas de las mujeres como un factor poco erótico o que interviene de alguna manera con su sexualidad y su seguridad en ese aspecto. Aspectos tales como el que la leche emane en ocasiones sin que ellas lo puedan controlar o el propio olor de la leche resultan factores "incómodos".

5.5 Experiencia de la lactancia

Nuevamente debemos mencionar que la serie total de historias de lactancia en realidad se reduce a 22, pues en los tres casos de adopción no se practicó la misma debido a las complicaciones físicas y emocionales que implica la práctica de la lactancia en estos casos. En realidad ambas mujeres implicadas sabían que algunos estudios reportan el éxito de lactancias con aditamentos para estimular la producción pero ninguna de las dos tuvo el apoyo profesional y social necesario para haber intentado siquiera dar inicio al amamantamiento. En ninguno de los dos casos esto ocasiona sentimientos de frustración a la madre, debido a la gratificación de haber obtenido finalmente la experiencia de una crianza infantil en todos los demás aspectos.

Así, de la serie de 22 historias, de inicio se debe reportar que en dos casos (la misma mujer) nunca se pudo iniciar la lactancia debido a falta de apoyo, falta de información, problemas en el inicio y actitud de la madre. Aunque es interesante mencionar que también se asocian con partos muy largos y complicados que terminaron en cesárea y con una fuerte intervención del cónyuge, quien es especialista en salud.

De las 20 historias restantes, en 14 casos se practicó la lactancia materna exclusiva, es decir ningún otro líquido, en promedio por 5.4 meses y en seis se practicó la lactancia mixta desde el comienzo (combinada con leche de fórmula) en promedio por 5.6 meses. En ocho de los casos de madres que practicaron la lactancia exclusiva se siguió la práctica posteriormente con lactancia mixta en promedio hasta los 2 años (variando desde los nueve hasta los 36 meses).

Ahora bien, debido al lugar de atención de los partos la gran mayoría de las madres estuvieron separadas de sus bebés aún durante la primera hora de vida, aún cuando recientemente se ha confirmado que esta primera hora resulta ser primordial en el apego y desarrollo de habilidades entre madre e hijo (Trevathan, 1995). Sin embargo, esto responde al tipo de prácticas y rutinas hospitalarias y es ampliamente aceptado entre la cultura reproductiva de este grupo social. El promedio de tiempo de separación entre madre e hijo fue de 6.5 horas, siendo separados los bebés unos pocos minutos después de nacidos tal como se acostumbra en las prácticas hospitalarias actuales de las instituciones médicas privadas. Solamente en los casos de partos atendidos por parteras (en casa o en hospital) y en el caso de parto atendido en un hospital público (con programa de alojamiento conjunto) los bebés no fueron separados de sus madres. Es interesante mencionar que en la gran mayoría de las madres la separación generaba algún tipo de angustia o incomodidad recurriéndose incluso a la práctica de mandar a la pareja o a algún familiar a cerciorarse de que el niño quedara registrado correctamente, etc. Obviamente, y por el contrario, las madres que conservaron a los bebés con ellas todo el tiempo tienen una vivencia mucho muy diferente de primera relación con ellos y fueron un tanto "envidiadas" por las demás cuando se comentaron experiencias en las sesiones de grupo focal.

Un dato interesante es que la bajada de la leche en promedio se dio a los 2.2 días, aunque en algunos casos se prolongó hasta el tercer o cuarto día generando preocupación y angustia entre las madres para quienes lo esperado era que la leche bajara casi al primer día posparto. Este tipo de expectativas nos indica la falta de conocimiento real sobre el proceso fisiológico de la producción de leche aún entre mujeres con altos niveles de escolaridad y con acceso a información mucho más especializada que el resto de la población femenina en edad reproductiva. Recuérdese que en diversos estudios se ha reportado fuerte asociación entre la bajada tardía de la leche y el fracaso en el inicio y éxito de la lactancia (cfr. Lawrence, 1989, y Jelliffe, 1978, entre otros).

Muy relacionado con lo anterior para la mayoría de las madres la lactancia materna dio inicio en el ambiente hospitalario, entre visitas, enfermeras y médicos, 17 de las 22 historias de lactancia o no lactancia se iniciaron así, vs las cinco que se relacionan con casos de atención en casa o de problemas de salud del bebé. Es interesante observar

que las mujeres que iniciaron lactancia en casa consideraron el ambiente más propicio, íntimo y cómodo vs la gran mayoría de las que la tuvieron que iniciar en el hospital quejándose algunas de ellas de la falta de intimidad y privacidad, del temor de ser juzgadas, etc. y manifestando en muy pocos casos una ayuda y apoyo reales para lactar por parte del personal médico.

Llama la atención, empero, que la media de tiempo de inicio de la lactancia es de 14.7 horas, muy por arriba de las recomendaciones de los programas de promoción a la lactancia materna. Cabe mencionar que para la mayoría de las madres el inicio de la lactancia fue considerado como complicado, aún en algunos de los casos atendidos por parteras, pero esta etapa inicial de complicación se reconoció como breve, de dos a cuatro semanas, pasando las cuales el éxito podía estar casi asegurado, de acuerdo al patrón de lactancia que cada quien había elegido. Es interesante también mencionar que la complicación del inicio se asocia no sólo a las cuestiones relacionadas con la lactancia sino al estado general de la mujer, físico y emocional, en donde resulta especialmente importante el apoyo de las personas cercanas en esta etapa, culturalmente -en este grupo- la pareja, sobretodo y/o la madre.³

En cuanto a la ingesta de calostro, en todos los casos de inicio de lactancia, aún los que se iniciaron más tarde, se considera que sí se dio el calostro al bebé, el cual es considerado como de suma importancia entre las mujeres de este grupo social pues se reconocen sus propiedades inmunológicas específicas. Sólo en el caso de una madre con cesárea se tuvo la duda sobre si el bebé habría ingerido el calostro.

Es interesante mencionar que de las 22 historias reconstruidas a través de las historias de vida en 12 casos (poco más de la mitad de la muestra) se reportaron problemas con la lactancia, la mayoría fueron al inicio y de hecho, como ya se había mencionado, en dos casos este motivo que ni siquiera se pudiera iniciar propiamente el amamantamiento. El tipo principal de problemas reportados fueron las grietas en pechos, pezones cortos, insuficiencia de leche y mastitis. Y es relevante mencionar que esto no se asocia con actitud de la madre, pues de hecho en varios casos de madres sumamente convencidas y

³ Resultados similares han sido reportados en estudios cuantitativos y controlados entre grupos similares de mujeres en otros países, por ejemplo, el de Matich, 1992, la influencia que tiene el cónyuge entre las mujeres de este tipo de grupos es muy significativa, por lo cual los planes de promoción de lactancia deberían necesariamente tomarlos en cuenta.

comprometidas con la lactancia, habiendo elegido partos alternativos, etc. se presentaron problemas físicos reales como las grietas y la mastitis. Lo que sí llama la atención es que la insuficiencia de leche, que mucho ha sido debatida en otros estudios, sí se asocia con las madres menos convencidas y comprometidas con la lactancia.⁴ En 10 casos no se reportaron problemas.

Un dato relevante sobre la cultura de lactancia en este grupo social es que en tan sólo siete casos de la muestra se tuvo apoyo durante la misma y que esto se relaciona fuertemente con el hecho de ser el primer hijo, en 15 casos no se tuvo apoyo. El tipo de apoyo prestado fue básicamente emocional y de consejos prácticos siendo los agentes principales otras mujeres: parteras, madres, amigas. Sin embargo, indirectamente el apoyo de la pareja es considerado como básico entre las mujeres de este grupo y tiene mucho que ver no sólo con el inicio y el éxito sino con la duración y la modalidad de la lactancia. Cabe mencionar que en ocho de los 12 casos se considera que el pediatra o la partera sí influyeron en la práctica de la lactancia y en siete esa influencia fue considerada como positiva, aunque en tres de esos casos se trataba de parteras.

En cuanto a la práctica cotidiana de la lactancia en 19 de los casos se realizaba amamantamiento en público sin mayores problemas mientras que en tres casos se practicaba de preferencia en privado, los tres fueron casos de lactancia mixta y de corta duración en relación con el resto de las mujeres de la muestra. En 17 casos se practicó la lactancia nocturna también mientras que en cinco sólo se daba pecho en el día, básicamente por considerar que la pareja tenía que contribuir en este aspecto de la crianza y era el padre quien daba el biberón en la noche. En 16 casos, sí se tenía una técnica de amamantamiento, es decir se cercioraban de que el bebé tragara leche, cuidaban las tomas alternando los pechos, etc. Esto está altamente relacionado con el tipo de información que se tenía sobre la lactancia. Siete mujeres de la muestra sí tenían información previa básicamente de libros especializados, de la Liga de la Leche, del curso psicoprofiláctico o de la ofrecida por las parteras. Es relevante mencionar que ninguna

⁴ Este dato es relevante pues parecería confirmar la hipótesis de que la *"disculpa social"* relacionada con la insuficiencia de leche, léase como *"es que no tuve leche"*, *"no lo llenaba, porque mi leche no era suficiente"*, etcétera, es efectivamente una construcción social que permite entre ciertos grupos culturales específicos el no cumplir con una de las *"obligaciones"* esperadas por el resto del grupo. Una mujer que *"no tuvo leche"* no puede ser considerada como una madre deficiente, que no cumplió adecuadamente con sus labores y esta presión real fue considerada entre las mujeres en el momento de la discusión en el grupo focal, donde se

manifestó haber recibido información previa sobre la lactancia por parte del ginecólogo, contrariamente a las que fueron atendidas por partera, y que sólo en un caso de problemas específicos con el amamantamiento se busca a un pediatra a favor de la lactancia para obtener apoyo después del nacimiento del bebé.

Con relación a la sexualidad, en 14 casos se reportó que la lactancia no afectó la práctica de la misma, después de los casi tres meses en que se volvieron a tener relaciones constantes en promedio, pero en seis casos sí se reportó baja de práctica hasta seis meses después del parto. Pero, como ya se mencionó anteriormente, parece ser que la sexualidad se ve más afectada en el posparto que durante el embarazo, tanto por factores físicos reales como por percepciones de las propias mujeres en torno a la leche materna.

Sin embargo, aún con esta salvedad, para la mayoría de las mujeres de la muestra la lactancia resultó ser una experiencia agradable y satisfactoria, inclusive, cómoda, una vez superada la etapa del inicio (lo que algunos autores han llamado "*la instalación*" (cfr. Salas, 1995.). Solamente en dos casos, en el que no se pudo iniciar y en el de más corta duración la lactancia se llegó a considerar como algo incómodo, molesto y finalmente fue evaluada como mala. En el resto de los casos la experiencia se evaluó como muy buena en 11 casos, buena en siete y regular en dos.

Finalmente, con relación al destete, la media de inicio de destete se eleva hasta los 12.5 meses debido a los tres casos de lactancia prolongada en la muestra (hasta 24 y 36 meses). La gran mayoría destetaron paulatinamente a los niños, salvo en dos casos y esto fue debido a enfermedad de la madre o del niño. Todas las madres tenían una técnica para lograr el destete de la manera más suave posible para el niño que consistió básicamente en la reducción de tomas de pecho y la sustitución gradual por biberones de fórmula u otros alimentos. La gran mayoría de las madres afirmaron que destetaron a sus hijos cuando ellas lo decidieron, aunque en tres casos se detectó presión social debido a lo prolongado de la lactancia y las madres terminaron la lactancia antes de lo programado. Esta historia no se repitió con sus siguientes hijos debido a la conciencia y al sentimiento de inconformidad que la decisión forzada les generó.

concluyó que aún ahora entre las mujeres de este grupo, no se puede reconocer abiertamente que no se desea lactar a un bebé.

Un dato interesante es el hecho de que en los tres casos de tercer hijo, que no fue planeado, pero que fue conservado, y sabiendo que ese era el último hijo de la familia, pues así se decidió entre la pareja, el periodo de lactancia se prolonga más que con los hijos anteriores (sin importar el sexo del bebé), bajo el argumento de que es la última experiencia en lactancia que va a tener la mujer, y además, estas tres lactancias fueron mejor evaluadas en comparación con las lactancias previas. Este dato vuelve a confirmar la idea manejada por muchos autores sobre la importancia del orden de nacimiento en la familia.

5.6 Factores socioculturales que afectan la lactancia materna

Una vez que hemos revisado los datos correspondientes a la vivencia de la lactancia materna entre las mujeres del grupo es conveniente revisar los datos que se refieren a los factores socioculturales que influyen y que afectan la lactancia materna, tanto la decisión de lactar o no, como la modalidad y la duración de la lactancia.

Así, en este caso, la serie vuelve a ser de 12 mujeres, haciéndose referencia particular cuando hay diferencias muy específicas entre una lactancia y otro en el caso de una misma mujer.

Lo primero que se debe resaltar es que de las 12 mujeres de la serie, las $\frac{3}{4}$ partes fueron amamantadas de pequeñas, ocho de 12, y las cuatro restantes o bien no fueron amamantadas o fueron lactadas por periodos muy cortos, según su propia consideración (uno a dos meses). Obviamente, relacionado con lo anterior, en ocho de los 12 casos se observa la existencia de una cultura de lactancia en la familia de origen de la mujer, esto es, una situación familiar en donde sí se acostumbraba y se recomendaba la lactancia y en donde se espera que las mujeres lacten a sus hijos, aunque, es interesante mencionar que, en la mayoría de los casos, salvo dos, las lactancias no fueron tan prolongadas como tres de los casos reconstruidos en este estudio. Así, la mayoría de estas ocho mujeres vieron lactar a alguna mujer cercana durante su infancia o adolescencia y escucharon consejos y pláticas sobre lactancia. En el caso de las cuatro restantes, esta no fue una situación común, no vieron lactar a otras mujeres y no contaban con consejos o con un ambiente en el cual se propiciara la lactancia. En dos casos, inclusive, se hacía constante referencia a que sus propias madres habían criado a todos sus hijos sin pecho y que

todos ellos estaban muy bien, desvalorizándose continuamente la imagen y los beneficios de la lactancia.

Con relación a la existencia de una cultura de lactancia materna entre la familia de la pareja llama la atención que el porcentaje sea un poco mayor, así se observó que en nueve de los 12 casos sí había una cultura a favor de la lactancia. Sin embargo, salvo dos casos, esta no parece ser una influencia tan fuerte para las decisiones de la madre. Esto es, lo determinante parece ser la cultura de la propia familia de origen y no la cultura entre la familia de mi pareja, o traducido más operacionalmente, a los consejos y experiencias de la suegra o las cuñadas, la cual puede verse reducida por la experiencia más cercana de la propia madre o de las hermanas.

Un dato también relevante y muy relacionado con esto es que en todos los casos se detectó que la opinión de la pareja influye en el caso de la duración de la lactancia, más no en el caso del inicio o la modalidad, pareciera ser que en este grupo social es una "decisión" que se deja más en manos de las mujeres, aunque, por supuesto, el que la pareja esté o no de acuerdo puede afectar indirectamente. Así, para la gran mayoría de los cónyuges de las mujeres la lactancia era importante, pero no relevante, y, como finalmente es una práctica de crianza en la cual se encuentran distanciados el valor que le dan a la misma pareciera ser menor que el que le otorgan las mujeres. Lo que se pudo observar en el estudio es que, como tendencia, todos los hombres finalmente estaban de acuerdo con lo que decidía la mujer, posiblemente porque los periodos de amamantamiento no se alargaron demasiado, tanto las que decidieron de lactar rápidamente o no iniciaron lactancia, como con las que la prolongaron más, aunque en estos casos sí hubo desacuerdo y presión cuando se consideró que se habían "rebasado" los límites.

Un factor sumamente interesante, y tal vez uno de los hallazgos más relevantes en esta investigación lo constituye el hecho del tipo de relación que las mujeres tienen con su propia madre y de que tan de acuerdo están con el patrón de crianza que sus madres desarrollaron con ellas. Así, en ocho casos de la muestra las relaciones con las propias madres fueron evaluadas como positivas (cercanas, cálidas, de comprensión y comunicación) y en cuatro casos como negativas (distantes, frías, poca comunicación y confianza). Curiosamente en los ocho casos de buena relación las mujeres están de

acuerdo con el modelo de crianza que sus madres siguieron con ellas, y en los cuatro de relación distante no lo están, y más que eso, están muy conscientes de que existen fuertes desacuerdos y consecuencias derivadas de ese patrón de crianza que ellas no desean para sus hijos. Trataremos este punto con más profundidad en el capítulo destinado a las conclusiones, sin embargo, es importante recalcar que intervienen aquí dos factores centrales: el tipo de relación con la madre y la conciencia que se tiene de esta relación, así como el reconocimiento y aceptación o negación de un patrón de crianza específico.

Así, nueve de las madres de la muestra sí amamantaron a sus hijos mientras que dos lo hicieron muy poco tiempo o no lo iniciaron y una no amamantó debido a cuestiones físicas (adopción). Este comportamiento específico, el que tantas mujeres de la serie hayan iniciado el amamantamiento de sus hijos llama la atención y pareciera indicar que, de entrada, en este grupo social lo esperado es que todas las mujeres inicien la lactancia con sus hijos y la mantengan al menos las primeras semanas de vida.⁵ De hecho, en los dos casos de lactancias poco exitosas las mujeres no manifestaron abiertamente el no querer amamantar cuando en realidad su actitud, sus creencias, la información que manejaban, etcétera, fácilmente permitían preveer el resultado final.

Ahora bien, si se separa a las mujeres según su duración de lactancia se puede hablar de tres grupos principales: un primer grupo, con lactancia corta (menos de tres meses), un segundo grupo con lactancia regular (entre tres y nueve meses) es el más numeroso de la muestra, y un tercer grupo con lactancia prolongada (más de un año, hasta tres). Es interesante mencionar que en todos los casos, salvo uno, la decisión de lactar y de cuánto tiempo lactar se había tomado desde antes del embarazo y que solamente cuatro casos se observan cambios relevantes en la duración por tratarse del último hijo y estar conscientes de ello.

Llama la atención el hecho de que sólo cinco de las madres de la muestra recibieron apoyo social para lactar (consejos y experiencias de otras mujeres) y que una vez nacido

⁵ Los datos coinciden con las estadísticas reportadas en la Encuesta Nacional de Salud de la SSA en 1988 en donde se registra que el 40.5% de las madres lactan a sus hijos al menos 3 meses a nivel nacional (no se especifica el tipo de lactancia y se puede suponer que seguramente la mayoría es lactancia mixta o complementada) y a nivel estatal, este porcentaje sube al 50% de amamantamiento en niños menores de hasta 3 meses de edad.

el bebé en siete casos se contó con el apoyo de pediatras a favor de la lactancia, aunque sólo hubo un caso de acuerdo total con la lactancia exclusiva, en todos los demás casos los médicos no contraindicaban el uso de leche de fórmula paralelamente con la leche de pecho, y en la mayoría, incluso, se recomendó.

Es interesante reflexionar en que sólo siete de las mujeres de la muestra tenían información previa sobre lactancia materna y que de hecho sólo en tres casos se tomaron medidas para preparar los pechos desde el embarazo. La mayoría de las mujeres, en realidad esperaban que la lactancia fuera algo "natural" y no algo aprendido, siendo sus principales fuentes de información los libros, las parteras o las instructoras de curso. Durante la sesiones de grupo focal las mujeres consideraron que sería adecuado contar con apoyo especializado desde el embarazo y durante los primeros días de la lactancia (uso de *doulas*).

La principal razón para lactar a un hijo en este grupo social es la del apego y el lazo que se establece entre hijo y madre (nueve de 12 casos), a diferencia de otros grupos sociales donde lo más relevante resulta ser la salud del bebé o por la situación económica. Obviamente esto se explica por la situación socioeconómica de las madres entrevistadas y puede ser un indicador de mayor reflexión sobre la crianza infantil y acceso a otro tipo de información. Muy relacionado con lo anterior, cuando se trató el tema de las principales ventajas de la lactancia, el apego volvió a ser la más reconocida e inmediatamente después, la salud del bebé. Es importante mencionar que la comodidad aparece también como una ventaja recurrentemente mencionada.

Finalmente, cuando en las sesiones de grupo focal se discutió abiertamente con las mujeres entrevistadas sobre los factores sociales y culturales que ellas reconocían como que influían en la lactancia de este grupo social, tanto individualmente como en grupo, se destacan como más relevantes la familia cercana, y muy particularmente, la madre, el apoyo de la pareja, el tipo de información que a la que tengas acceso antes de lactar y tu propia vivencia personal con relación a tu modelo de crianza. La cuestión del poder reflexionar y tomar conciencia sobre el modelo de crianza del que ellas son producto (es decir, como la criaron a ellas sus propias madres) fue reconocido claramente entre este grupo social como un factor determinante en las decisiones de crianza que finalmente se toman con los propios hijos. Así, se pudo identificar la tendencia a "no querer repetir con

los hijos algunas prácticas de crianza que sus madres desarrollaron con ellas y con las cuales no se está de acuerdo”, este es el caso específico de la lactancia prolongada, la que significó una posibilidad de tener “una mejor relación o un contacto más cercano con los hijos”.

5.7 Creencias y actitudes con relación a la lactancia materna

Este apartado resume los principales resultados de un instrumento sobre creencias y actitudes de y hacia la lactancia materna que fue diseñado específicamente para el estudio, y que fue trabajado con todas las madres participantes, menos con la única que no fue madre biológica ⁶. El instrumento se trabajó al final de las entrevistas realizadas con cada una de las madres y fue registrado por escrito en todos los casos. Se trabajó en dos apartados, uno primero, en que las mujeres calificaron en una escala del 1 al 10 diversas afirmaciones (21 reactivos en total) relacionadas con la lactancia, y otro, en donde las madres contestaron preguntas específicas (20 en total) relacionadas también con lactancia. A pesar de lo reducido de la muestra y de que no se pretende poder generalizar resultados, ni hablar de representatividad, se considera relevante presentar los principales resultados:

5.7.1 Sobre la evaluación de las afirmaciones

Casi todas creen que la leche materna es el mejor alimento para los infantes, menos una y esto está relacionado directamente con la duración de la lactancia materna en ese caso específico.

Todas creen que la leche materna tiene nutrientes que no tiene ninguna otra leche y que son buenos para los infantes, sin embargo, esto no se relacionó con el patrón de lactancia que finalmente se practicó con los propios hijos. Sin embargo, y contradictoriamente, 2/3 creen que la leche de fórmula es tan buena como la de pecho y esto sí se relaciona con el patrón de lactancia practicado.

⁶ En este caso en particular la mujer prefirió no responder las preguntas porque no se sentía cómoda y dijo no tener ideas claras ni fundamentadas al respecto.

Todas creen que la leche materna tiene factores inmunológicos que no tienen otras leches y que protegen al bebé, pero 1/4 cree que la leche materna no es tan importante en bebés de clase media alta y esto se relaciona con las que lactaron muy poco tiempo o que no lactaron.

Todas creen que el calostro es básico para el recién nacido y todas, salvo un caso de muy corta duración, están seguras que el bebé lo tomó.

La mitad cree que se puede combinar la lactancia materna con biberón en la noche y que no se afecta el amamantamiento y esto sí está asociado con la duración y el tipo de lactancia que se practicó con sus propios hijos.

Es interesante observar que, a pesar del nivel de información y preparación, 1/5 cree que los pechos sí se deforman con la lactancia, pero la creencia no se asocia con el patrón de lactancia que finalmente desarrollaron, en parte porque para algunas de ellas la lactancia implica un compromiso con una forma de vida, en donde la preocupación física por la apariencia de los pechos no ocupa un lugar relevante.

Ahora bien, ¼ cree que la lactancia debe practicarse en privado, pero esto no se asocia con el patrón de lactancia practicado, y, también, ¼ cree que la lactancia sólo es fundamental en caso de mujeres de escasos recursos, pero tampoco se asocia con el patrón de lactancia desarrollado.

La mitad cree que la lactancia es fundamental sólo los tres ó seis primeros meses y esto sí se asocia con el tipo de patrón de amamantamiento practicado, la otra mitad cree que debe durar un año o más, y 1/3 cree que la lactancia prolongada (un año o más) hace dependientes a los niños y esto sí se asocia con la duración de su propia lactancia.

Por otra parte, la mitad cree que el biberón permite al padre ayudar y participar en la crianza infantil, muy pocas especificaron que hay otras actividades en las cuales el padre puede colaborar y esta idea de la poca colaboración paterna resulta muy importante para las mujeres de este grupo social y cultural.

Además, la mitad cree que la lactancia materna “ata a la madre” y esto sí se asocia con el patrón de lactancia que desarrollaron y 1/3 sí cree que el biberón permite más libertad a la madre y también se asocia con el patrón de lactancia que desarrollaron.

La mitad no cree que la lactancia dificulte o se contraponga con la sexualidad, la otra mitad sí, aunque en grados diferentes; sin embargo, no se asocia claramente con el patrón desarrollado.

Por otra parte, 1/3 sí cree que el biberón es más práctico y esto sí se asocia con el patrón de lactancia que desarrollaron. Además 1/3 sí cree que los bebés alimentados con biberón y con los cuidados adecuados no se enferman más que los alimentados con pecho y esto también se asocia con el patrón de lactancia que desarrollaron.

La mitad sí cree que la lactancia desarrolla un lazo emocional importante entre madre e hijo y esto, nuevamente, se asocia con el patrón de lactancia que desarrollaron.

Finalmente, la mayoría de ellas cree que todas las madres deberían de amamantar a sus hijos durante los primeros meses de vida y casi todas creen que la lactancia trae beneficios para la madre, además del hijo.

5.7.2 Sobre las respuestas a preguntas específicas

Entre los factores que se destacan como posibles razones por las cuales las mujeres participantes creen que otras mujeres no lactan aparecen los siguientes: por ignorancia o falta de información adecuada, por la actitud de las propias mujeres y por falta real de apoyo (personal y social).

Entre los factores que ellas mismas destacan para haber podido o no amamantar a sus hijos destacan: en primer lugar y, nuevamente, la actitud de ellas mismas hacia la lactancia, posteriormente, el apoyo recibido por otras mujeres (las propias madres, suegras, amigas, hermanas) y el tipo de información con el que contaron, las que ellas clasificaron como adecuada o buena y en la cual tiene mucha importancia la fuente de donde se obtiene. En este grupo la información escrita y especializada resulta ser relevante, muy posiblemente debido al alto nivel de escolaridad y preparación.

Entre los factores que ellas reconocen como influyentes para haber lactado más o menos tiempo se distinguen: nuevamente, las creencias de cada una de ellas con respecto a la lactancia, la actitud, el apoyo recibido por parte de familiares o personas cercanas (especialmente, la pareja y la madre o suegra, y especialmente en el caso del primer hijo, y por tanto, la primera experiencia de lactancia, aunque se reconoció que no todas las lactancias son similares) y el hecho de no trabajar o el tipo de empleo, donde ellas controlen sus tiempos o sus compromisos formales sean mínimos o inexistentes. Esto sí se relaciona con el patrón de lactancia que desarrolló cada una de las madres.

Entre los factores que dificultaron la lactancia materna se destacan: la percepción de que el bebé "no se llenaba" o lo que se ha llamado en otros estudios "síndrome de insuficiencia de leche". Pero, tal como se ha reportado también en diversas investigaciones, nunca se pesó al infante ni se tuvo una base objetiva que permitiera llegar a tal afirmación, sino que simplemente, era lo que se interpretó porque el bebé seguía llorando después del pecho y las madres percibieron que eso quería significaba que la leche de pecho no era suficiente para satisfacer al infante. Esto se asocia con otro tipo de creencias no tan favorables hacia la lactancia exclusiva y más de acuerdo con la lactancia complementada con fórmula. Otro factor identificado fue el de problemas físicos como grietas y mastitis, pero no se relaciona directamente con el patrón de lactancia practicado, como ya se había comentado anteriormente y, finalmente, la presión familiar (identificada a través de comentarios insistentes a favor o en contra de la lactancia, sobretodo en el caso de la primera experiencia de lactancia). Esto también se relaciona significativamente con el patrón de lactancia que cada una desarrolló.

Sobre la apreciación de cuánto debe durar la lactancia materna se distingue lo siguiente: la gran mayoría de las mujeres participantes diferenciaron entre lactancia exclusiva y mixta. La lactancia exclusiva la consideraron en promedio adecuada hasta los 4.7 meses, y la lactancia mixta alrededor de los nueve meses. Este dato está totalmente relacionado con la duración de la lactancia que practicó cada una de las mujeres.

Sobre cuándo es conveniente introducir otros líquidos la media fue de 4.8 meses y sí se relaciona con el tipo de patrón que ellas desarrollaron con sus hijos. La mayoría comenzó

por introducir otra leche (fórmula/maternizada) o jugos, básicamente por indicaciones del pediatra, aunque los consejos de amigas y madres son también importantes.

Sobre cuándo es conveniente introducir sólidos la media fue de 5.6 meses y si se relaciona con el tipo de patrón que ellas desarrollaron con sus hijos, la mayoría comienza por introducir frutas y verduras, básicamente por consejo del pediatra. Cabe mencionar que parece ser que el consejo del pediatra es más relevante en estos aspectos de la alimentación infantil que en lo que se refiere al amamantamiento, posiblemente porque, finalmente, estos aspectos no son tan personales e íntimos como la alimentación al pecho.

Sobre la pregunta relacionada con algún tipo de sensación similar a la excitación sexual durante el amamantamiento, reportado en algunas investigaciones (cfr. Blaffer Hrdy, 1999), todas las mujeres contestaron negativamente y algunas de ellas manifestaron ligera molestia al tratar de abordar el tema.

Sobre cuál se considera el lugar adecuado para que el bebé duerma durante los seis primeros meses, sólo tres mujeres afirmaron que en la misma cama con los padres (y está totalmente relacionado con el patrón de lactancia y de crianza infantil de mayor dedicación al infante) y las demás consideran que el bebé debe dormir en el mismo cuarto pero en su cuna o babineto.

Sobre cuándo se considera que el bebé debe dormir ya en otra habitación separado de sus padres, casi la mitad de las mujeres (las de mayor duración de lactancia) consideraron que debe ser al año de edad o más y el resto, (las de menor duración de lactancia) que debe ser a partir de los seis meses.

La mayoría de las madres están de acuerdo con arrullar al bebé para que se duerma, la única que expresó un comentario negativo fue una de las que casi no lactó a su hija y que se manifestó abiertamente como con un patrón de crianza no intensivo, bajo el argumento de que ese tipo de prácticas hace a los niños muy demandantes y poco independientes.

En lo que se refiere al otorgar o no atención inmediata al llanto se observan algunas diferencias, aproximadamente la mitad considera que no es necesario y el resto varía

entre las que sí y las que opinan que depende de cual sea el estado del bebé o la causa del llanto.

En el caso de las tres siguientes preguntas sí se observa una relación con el patrón de lactancia desarrollado:

- i) ¿Hasta cuándo es normal que se despierte un infante en la noche estando sano? Cuatro de las mujeres opinaron que depende (enfermedad, etc.), dos no saben, pero piensan que debe ser alrededor de los dos o tres años, dos consideran que alrededor de un año y tres que entre los tres a seis meses.
- ii) ¿Cuándo se debe destetar a un niño y cómo debe de hacerse? Todas consideraron que poco a poco, más de la mitad consideran que alrededor de los seis meses debe comenzarse y otras más que depende de diversos factores o situaciones.
- iii) ¿Qué se piensa cuando se ve a un niño mayor de un año lactando? La mitad de las mujeres opinaron desagrado o preocupación porque a esa edad se considera que el niño "ya es muy grande para el pecho", se comentó con recurrencia la idea de la dependencia de ese niño para con la madre, el que la madre no lo quisiera dejar crecer, etc.

Sobre la pregunta de si se probó su propia leche, todas menos una, lo hicieron y en todos los casos fue por curiosidad. La única que no lo hizo fue porque le daba asco la leche materna y tuvo una nula lactancia con sus dos hijas. Mientras que, sobre la pregunta de si su cónyuge probó su leche, en siete de los casos sí se probó, y también por curiosidad, fundamentalmente. Sólo hubo un caso en que el marido se negó específicamente porque le daba asco y los otros motivos no se tienen especificados.

Dentro de los factores que más influyeron en su lactancia materna se distinguen los siguientes: la actitud de la propia mujer, el apoyo recibido, la información adecuada, el no trabajar o el tipo de empleo (control de tiempos y espacios) y las experiencias positivas de familiares y amigas.

Sobre cómo se toma la decisión de lactar o no casi todas reconocen en las entrevistas que es un proceso individual que se forma poco a poco a lo largo de la vida. Sin embargo, en las sesiones de grupo focal se llegó a la conclusión de que es una decisión social, no individual, y que además sí existe presión de la sociedad y existe muy poco apoyo.

Finalmente sobre la intervención de otras personas, familiares o no, en la toma de decisiones que las mujeres consideran importantes se identificaron cuatro casos en donde se reconoció que sí hay influencia de algunos parientes o amigos cercanos, pero solamente cuando ellos lo solicitan y siempre se trata de personas con proyectos de vida e ideas similares a las de ellas.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

Antes de exponer las principales conclusiones a las cuales se llegó después de la interpretación y análisis de la información obtenida a través de las entrevistas, la observación, el cuestionario sobre creencias y las dos sesiones de grupo focal es importante mencionar que la mayoría de estos puntos fueron presentados a las propias mujeres asistentes a los grupos focales y que junto con ellas se discutieron y se afinaron algunas, e incluso se llegó a ciertas conclusiones que no habían sido consideradas previamente. Asimismo cabe mencionar que las propias mujeres participantes estuvieron de acuerdo en todas las conclusiones presentadas y que las observaciones realizadas fueron más en cuanto a detalle que en cuanto al contenido en sí.

Las conclusiones fueron presentadas a las mujeres por bloques temáticos que responden en realidad a la forma en la cual se fue manejando la recopilación de información durante todo el estudio, así como a la manera en que se sistematizó la misma a través de los cuadros comparativos y las tablas de resumen y es esta la forma como se presenta a continuación.

6.1. Sobre la lactancia materna

Lo primero que se debe recordar es que una vez analizados los datos se identificaron tres diferentes grupos de mujeres de acuerdo a los diferentes patrones de lactancia ejercidos, su duración y el tipo de crianza infantil asociado. Estos grupos son los siguientes: un primer grupo donde la lactancia es corta (menos de tres meses), un segundo grupo donde la lactancia es media (entre seis y nueve meses) y un tercer grupo donde la lactancia es prolongada (más de un año y hasta dos o tres).

Los datos y los comentarios de las mujeres participantes, tanto en las entrevistas individuales, como en las sesiones de grupos focales nos hace considerar que la modalidad de lactancia esperada entre este grupo social pareciera ser la que corresponde al segundo patrón, es decir, una lactancia mixta, con duración aproximada de más de tres meses, pero no rebasando el año, considerado como un límite social muy importante para

suspender la lactancia, como se verá más adelante, y que se puede complementar con otros líquidos o inclusive con leche de fórmula. En esta modalidad de lactancia se encontraron la mayoría de los casos de las mujeres entrevistadas (seis de 12) ¹. Lo importante en este grupo parecería ser la duración, más que la modalidad, aunque en algunos de los casos sí se observó la lactancia materna exclusiva durante los primeros tres meses. Sin embargo, se espera y se acepta socialmente que al tercer mes ya se estén incorporando otro tipo de líquidos y sólidos suaves (frutas y verduras) a la dieta del infante y que desde el comienzo se pueda complementar la lactancia con leche de fórmula. Parecería ser que lo importante, lo permitido o lo esperado en este grupo social es dar leche materna al menos durante las primeras semanas o los primeros meses, aunque sea complementada con leche de fórmula. Si se cumple al menos con este requisito “se pasa la prueba” de la maternidad y de la buena madre.

“Yo estoy tranquila porque sé que sí le di pecho a mi hija... aunque sea por unas semanas, pero sé que tomó el calostro y eso es lo más importante.” (madre con lactancia de corta duración)

“Me sentí mal porque no pude lactar a ninguna de mis hijas, ni siquiera por unas semanas... Pero nadie me apoyó... A veces pienso que tendría otro hijo sólo para ver si lo puedo amamantar”. (madre sin lactancia)

Además, debido a la relación con otros datos de prácticas de crianza infantil (como por ejemplo: edad esperada como la adecuada para que el bebé duerma en otra habitación, forma de dormirlo por las noches, tiempo de respuesta al llanto, etc.) se puede concluir que la lactancia materna es tan sólo un componente más de un modelo de crianza que asocia varios comportamientos específicos por grupo. Esto se detecta más claramente entre los dos grupos extremos: el de corta lactancia y el de lactancia prolongada. Así, por ejemplo, las madres que lactaron por menor tiempo a sus bebés desarrollaron comportamientos y cuidados maternos específicos como el de no responder inmediatamente al llanto de un bebé sano bajo la creencia de que si los acostumbraban desde pequeños a recibir atención inmediata los harían “muy demandantes”. Asimismo, estas mujeres consideraron adecuado y pusieron en práctica el hecho de que sus hijos

¹ Recuérdese la propuesta de Romney, 1986, comentada al comienzo de la tesis sobre la consideración de que en una escala del 0 al 10 mientras más individuos compartan la misma idea más posibilidad estadística existe

durmieran en un cuarto separados de los padres antes de lo que fue considerado como conveniente y ejercido en el caso de las mujeres que lactaron por más tiempo, bajo el supuesto de que era mejor que los niños se acostumbraran desde pequeños a estar lejos y ser más “independientes” de los padres. Pareciera que una atención considerada por estas madres como “exagerada” está relacionada con un temor real de que la crianza materna se complique y de que el infante quiera estar “demasiado pegado” a ellas. Así, al analizar el patrón de lactancia que una madre lleva a cabo con su hijo se puede analizar también el patrón o modelo de crianza infantil que la madre ha elegido y que desarrollará con el infante.²

Ahora bien, a pesar de que en algunos casos se detectó una “imagen negativa de la lactancia”, es muy difícil que en este grupo social y en México se reconozca el no querer lactar abiertamente, puede ser que sea la decisión de no querer lactar no pueda ser reconocida porque culturalmente aún se espera que las mujeres de este grupo social intenten y lacten a sus recién nacidos al menos las primeras semanas de vida y esto fue reforzado por las propias mujeres en la discusión durante los grupos focales. Aunque cabe mencionar que lo mismo sucedió en el caso extremo, es decir, en el de la lactancia prolongada, donde las propias mujeres concluyeron, y así lo manifestaron en las sesiones de grupo focal, además los datos recabados en las entrevistas personales, que la lactancia extendida por más de un año es mal vista y considerada como poco adecuada dentro de su grupo.

“No puedes decir que no quieres lactar, cómo crees? Si es algo natural...” (madre con lactancia de corta duración)

“No pude lactar por más tiempo, la niña tenía ictericia y lloraba mucho en la noche y yo no descansaba... hasta que el propio doctor me dijo que ya le diera el biberón”. (madre con lactancia de corta duración)

de que esa idea sea la “norma social” aceptada en la cultura específica.

² En este sentido sería conveniente el desarrollo de un modelo que incluyera las posibles conductas de crianza asociadas y el realizar una prueba a través de un estudio cuantitativo con una muestra estadísticamente representativa entre mujeres de este grupo social para identificar su pertinencia a través de la correlación de variables.

“La gente se incomodaba al verme a lactar a mi niña que ya caminaba, y entonces yo pensaba que porqué no se molestaban con tantas otras, que al mes ya le están metiendo el biberón...” (madre con lactancia de larga duración)

“Yo no tuve problemas con mi lactancia prolongada, pero la sociedad sí los tuvo...” (madre con lactancia de larga duración)

Muy relacionado con el punto anterior, todas las mujeres del grupo acordaron que la lactancia materna no constituye en realidad una decisión individual que pueden tomar las mujeres de esta clase social, sino que es casi una obligación, y que más bien la decisión se da en cuanto a la modalidad y la duración de la misma. También es importante que en casi todos los casos se reflexionó sobre el hecho de que, a pesar de que es una “obligación”, el apoyo social existente es mínimo.

Por otra parte, después de un primer análisis de datos se considera que los factores biológicos son los que menos afectan las decisiones y las prácticas de crianza siendo más determinantes los de índole sociocultural y los de la historia personal ³. Así, hubo casos reales de problemas clínicos específicos, como mastitis y pezones agrietados que no impidieron la lactancia, porque las madres estaban convencidas y decididas a lactar; mientras que, por el contrario, se observaron casos de lactancias nulas o muy cortas en donde la madre no presentaba problemas físicos o eran poco significativos. Esto fue considerado en las sesiones de grupo focal, así como individualmente, a lo largo de las entrevistas personales, concluyéndose que la actitud y el convencimiento de las propias madres, así como la imagen que tienen de esta, tiene mucho que ver en el “resultado exitoso o no” de la lactancia.

Esta imagen y la actitud que se tiene sobre la lactancia es un proceso social que se va conformando a lo largo de la vida de una mujer y que se ve afectado por las normas de su propio grupo social (clase) y de su entorno social más cercano (familia y amistades). En este sentido las experiencias de crianza que la mujer tiene a lo largo de su vida influyen en gran medida sobre las prácticas de crianza que tenderá a desarrollar cuando sea madre. Sin embargo, estos procesos son “inconscientes” y permanecen “guardados” no

³ Y esto coincide con lo que se ha reportado ya en otros estudios, por ejemplo, en el reciente artículo de Arora S., en *Pediatrics*, 2000.

haciéndose conscientes sino hasta el momento de un embarazo. Es importante mencionar que tal como han postulado diversos autores multidisciplinarios especializados en desarrollo infantil si bien es cierto que las experiencias de la primera infancia son significativamente importantes para el sano desarrollo emocional del niño y que las experiencias a lo largo de la vida van conformando la visión que las mujeres van desarrollando e internalizando sobre las pautas de crianza más adecuadas, esto no significa que las mujeres repitan automáticamente el modelo de crianza ejercido con ellas, sino que pueden tomar decisiones y modificar comportamientos de acuerdo a ciertos parámetros como el contexto socioeconómico específico, el apoyo social con el que se cuenta para la crianza, etcétera.

Pero además, resulta importante comprender que, como afirma Chodorow, las experiencias vividas durante la infancia son diferenciadas de acuerdo al sexo del infante y que por lo tanto son sumamente importantes en el desarrollo futuro del rol de género. Así, mientras que en el caso de las niñas se lleva a cabo una identificación personal con la madre que es relativamente fácil de mantener porque la relación con la ella se da naturalmente desde el inicio de la vida y no se rompe, sino que continua a lo largo de la misma y se fortalece con la presencia y la interacción de otra serie de mujeres (maestras, parientes, amigas de sus madres, madres de amigas), el caso de los varones se complejiza debido a que la primera unión con la madre es cortada y debe desarrollar una identificación con el padre, con los hombres y con el mundo masculino que no ha estado presente a lo largo de la primera infancia, esto significa que el niño varón desarrolla un proceso de identificación posicional. Las niñas, entonces, van aprendiendo a ser niñas/mujeres a lo largo de su vida y van aprendiendo e internalizando cuáles son las acciones esperadas a su condición. Sin embargo, como se puede reflexionar con base en los datos de este estudio, lo anterior no significa que las mujeres al crecer deban necesariamente y automáticamente repetir los patrones de comportamiento materno con los que crecieron. Aquellas mujeres del estudio que cuestionaron conscientemente la forma de crianza de sus propias madres para con ellas no repitieron el patrón sino que tomaron una decisión diferente, dentro de su contexto, y desarrollaron una alternativa propia.

Retomando, los casos de cambio radical en la forma de crianza, en este grupo específico, por ejemplo: de madres que no fueron lactadas y en cuyo entorno social no se acostumbra la lactancia (no hay cultura de lactancia ni tiene gran importancia) y que al

convertirse en madres optan por el patrón de una lactancia prolongada puede explicarse o bien por una difícil relación con la propia madre, siempre y cuando el hecho se haga consciente y se reconozca, o bien cuando se ven expuestas a situaciones de “resocialización” de cultura de crianza al estar en contacto o estar inmersas en situaciones de lactancias prolongadas y exitosas bien sea de amigas muy cercanas, grupos de apoyo, etcétera.⁴ En este sentido una mujer que no fue lactada de pequeña y que llevó, en general, una buena relación con su madre tenderá a repetir el patrón de crianza porque no tiene nada que cuestionar de su propia experiencia de vida. Pero una mujer con una relación lejana que no fue lactada y que de adulta reconoce la existencia de “abandono” o falta de cuidado por parte de su madre tenderá a desarrollar un patrón prolongado de lactancia como una forma de asegurar que su hijo no pasará por una experiencia similar a la de ella.

“Yo siempre pensé que cuando tuviera a mis hijos iba a estar más cerca, no? a trabajar menos, a estar más con ellos... A mí sí me hubiera gustado que mi mamá estuviera más conmigo.” (madre con lactancia de larga duración)

“No tenía quien me pusiera límites, yo misma me los ponía e inventaba que no me dejaban ir a ciertos lugares para ser más como las demás...” (madre con lactancia de larga duración)

Así, se concuerda con algunas explicaciones psicoanalíticas en las cuales se considera que la maternidad y la lactancia constituyen procesos en la vida de las mujeres que entre otras funciones permiten la reparación de la propia vivencia infantil con relación a la propia madre a través de la actitud y conducta para con el hijo (cfr. Morales Carmona y Luque Coqui, 1997, p. 29). Es por esto que, conforme se iban desarrollando las entrevistas, y dado que el primer tema a desarrollar era el de la infancia y las relaciones familiares, incluida la relación con la propia madre, se podía prever, con bastante certeza, los casos de mujeres que tendrían lactancias prolongadas de las que no lo harían. Y esto

⁴ En este sentido se comparte la idea propuesta por Berger y Luckman, 1979, de los “procesos de resocialización” y se considera que la maternidad puede ser un proceso de este tipo en la vida de las mujeres, al menos las de esta clase social que no comparten desde la infancia tantas responsabilidades como sí lo hacen las niñas y adolescentes de grupos sociales menos favorecidos. Así en este caso sí se piensa y se confrontan elementos y valores de la vida cotidiana que difícilmente se habían considerado antes, sobre todo cuando se trata del primer hijo. Esto significa que la maternidad sí incorpora a las mujeres a un mundo nuevo, “un mundo de niños, carreolas, pañales, revistas, consejos, modas, especialistas, espacios nuevos, etcétera”.

está sumamente relacionado con las creencias que cada mujer expresaba sobre la lactancia. Como se sabe, las creencias están altamente asociadas con actitudes y comportamientos, y se van formando como tales a lo largo de la vida dependiendo del grupo social y cultural y de las experiencias individuales (cfr. Arora, 2000).

Concluyendo, los principales indicadores sociales y culturales que permitieron pronosticar el resultado final del amamantamiento en este estudio fueron los siguientes. En orden de importancia: la propia crianza infantil y el grado de consciencia y satisfacción sobre la relación con la propia madre y por ende con la propia crianza; la existencia o no de una subcultura favorable a la lactancia materna en el grupo de origen o entre el grupo de pares cercano; las creencias sobre la lactancia, la propia actitud, comentarios e imagen sobre la lactancia; el apoyo y actitud del cónyuge con respecto a la lactancia; el tipo de información que se tenía sobre la lactancia; la actitud general sobre la forma de vida actual (acelerada, alejada de lo natural, o en búsqueda de nuevos patrones de vida más apegados a lo natural, etcétera) y el apoyo y opinión del pediatra sobre el amamantamiento ⁵. Y estos indicadores finalmente a lo que conducen es a la necesidad de analizar también las experiencias personales relacionadas con la crianza, la maternidad y al rol de género principal asociado al ser mujer, es decir, el de cuidadoras, que las mujeres van teniendo a lo largo de sus vidas. Por eso propuestas como las de Scheper Hughes de la necesidad de desarrollar modelos más complejos para comprender las actitudes, cuidados y amor maternos hacen pleno sentido y se puede entonces afirmar que no sólo se deben tomar en cuenta los factores biomédicos y socioculturales, sino también los personales (Scheper Hughes, 1993, p. 314).

Ahora bien, aquellos casos en los que todos o la mayoría de los indicadores señalaban al desarrollo de lactancias prolongadas y exitosas y en los cuales no se observó tal resultado se deben a casos muy específicos en donde la historia personal explica la "no congruencia" de la "hipótesis". Recuérdese el caso de la madre que decide suspender tempranamente la lactancia a su hija biológica por el remordimiento que siente con su hija

⁵ Los factores específicos de la importancia del papel de la pareja en los patrones de lactancia practicados, así como la importancia de la propia madre, el grupo de pares cercano y el tipo de información también fueron identificados en el estudio cuantitativo de Arora, S., 2000, en una muestra de 123 mujeres norteamericanas con algunas características similares a las de este grupo. También Balcazar (1995), Byrd (2001), Giugliani (1994), Humphreys (1998) y Libbus (2000) identifican en sus respectivos estudios (con población norteamericana o hispana en Estados Unidos) que los factores de índole sociocultural y personal son

adoptiva, a la cual, por supuesto, no había lactado. O el caso de la madre que tal vez hubiera tenido una lactancia menos prolongada pero que “encontró” en la lactancia “el camino para recuperar el lazo que había perdido” con su bebé durante el embarazo debido a un aborto anterior.

Por otra parte y considerando que la lactancia constituye una práctica más de la crianza infantil, pero que se le ha dado especial importancia debido al contacto físico desarrollado entre madres e hijos, además de que ha sido asociado continuamente como disparador del lazo/apego (*bonding*) es necesario comentar algunos elementos aportados por los datos de este estudio y por las reflexiones desarrolladas con base en esos datos.

Cuando Bowlby, psicólogo americano, propuso en los 50's su teoría del apego entre madre e hijo y priorizó la importancia de los primeros contactos y cuidados maternos hacia el infante como fuente, no sólo de supervivencia, sino de seguridad emocional (sentido de protección) señaló una característica primaria de la especie y un punto de vital importancia para el desarrollo de la misma (cfr. Blaffer Hrdy, 1999, p. 516). Sin embargo, y como bien señala Blaffer Hrdy, si bien es cierto que el grado de dependencia de los infantes de la especie es tal que la necesidad de cuidados y contactos hacia neonato son imprescindibles, no se requiere que sea la madre biológica necesariamente la responsable, pues, a diferencia de otras especies, en la humana, la “ventana de la impronta” se extiende por varias semanas y se puede dar con cualquier persona que asuma la tarea de los primeros cuidados y contactos; de ahí que sea posible hacerse cargo y amar un niño aún semanas o meses después de nacido. Empero, llama la atención que la principal razón para amamantar a sus hijos comentada por la mayoría de las madres participantes en este estudio sea precisamente la del “lazo”, en palabras de las madres, “la unión especial que se hace entre madre e hijo”.

Así, a pesar de que se sabe de las ventajas inmunológicas, nutricionales, de desarrollo, etcétera de la leche materna, se observan diferencias significativas del contenido y de las fuentes de información entre las madres que lactaron por mayor tiempo vs los otros dos subgrupos (los de mediana y corta duración). Y más bien lo que se identificó como la principal razón para amamantar a un hijo fue lo que se considera como el apego, o el lazo

determinantes en el proceso de la lactancia, especialmente el apoyo del esposo y de la propia madre o parientes y amigas cercanas.

emocional que se genera entre la madre y el hijo debido a la lactancia. A diferencia de otros grupos sociales, y muy seguramente debido a las características socioeconómicas tan favorables de este grupo en particular, la cuestión de la salud del bebé o de la economía familiar no es la razón primordial para la toma de la decisión.

Llama la atención que, a pesar de que varias de las mujeres de la serie, sí toman en cuenta la opinión de los especialistas en salud con respecto a la decisión del tipo de alimentación infantil (y que sólo en un caso se identificó un pediatra que hacía promoción de la lactancia exclusiva) este no parece ser un factor determinante para la toma de decisión, porque en realidad, para ese momento, la decisión de la lactancia ya está tomada⁶. Tal vez, la influencia a este nivel sea más bien con respecto a la duración y tal vez, sobre la modalidad, pero dentro de los “propios límites” que ya se ha “colocado” la madre con anterioridad. Tanto, que se dan casos de cambio de pediatra hasta que se encuentra a alguno que “empata” con las decisiones previas que se han tomado.

“Cambié de pediatra porque el primero no me apoyaba con lo de la lactancia del niño y yo si quería lactar a mi hijo...” (madre con lactancia de mediana duración)

“Busqué al Dr. X porque ya sé que piensa como yo... lo sé por mis amigas.” (madre con lactancia de corta duración)

También llama la atención la importancia que tiene el grupo de pares en las decisiones de lactancia y de crianza.

“Metí el biberón desde el comienzo porque vi como sufrieron otras amigas cuando quisieron destetar y yo no iba a pasar por eso...” (madre con lactancia de corta duración)

“... pensé que si otras amigas nuevas que había conocido en la escuela de mi hijo lactaban por más tiempo y estaban satisfechas, podía darme la oportunidad..., después de todo era mi última hija” (madre con lactancia de mediana duración).

Por otra parte, en cuanto al punto límite de amamantamiento identificado en el grupo se observó que se relaciona fuertemente con la consideración de hasta cuando un infante

⁶ A la misma conclusión llega Arora, S. (2000) en su estudio, así como Losch (1995).

deja de ser bebé y se convierte en niño. En este sentido el que se trate de un “niño grande” parece ser una frontera determinante entre el poder seguir manteniendo el pecho o no (y seguramente otro tipo de hábitos y prácticas de crianza). Convendría reflexionar sobre esta idea y la tendencia en nuestra sociedad actual de acelerar el crecimiento de los niños y de reducir el periodo de infancia y de dependencia materna. ¿Qué es lo que hace que para algunas mujeres un niño de dos años sea aún pequeño y pueda ser amamantado sin problemas y para otra mujer de la misma clase social un niño de un año ya está grande y ya no necesita el pecho? Los datos de las entrevistas y los de las sesiones de grupo focal parecen indicar que este límite social está fuertemente asociado con el hecho de que el infante comience a caminar, lo cual sucede cerca del año de edad, y es considerado por la madres como una señal de independencia y, por lo tanto, de ya no necesitar el pecho materno lo que se asocia con lazo y unión. Sin embargo, habría que explorar también qué tanto influyen los tabúes sobre los pechos como objeto de placer y el posible placer sexual asociado para fijar un límite cultural a la lactancia.⁷ Y profundizar también en la creencia implícita que varias mujeres asocian a la idea de que “atender demasiado” a un infante lo va a hacer “dependiente” de la madre y el temor real ante la idea de que la crianza se complique por esta supuesta dependencia.⁸

Tal como se ha identificado en otros estudios⁹, la decisión de lactar o no es una decisión que se toma generalmente antes del embarazo, en todos los casos de la serie fue así, y para todas ellas resultó muy natural que así fuera. Después de todo, como se verá en el apartado sobre maternidad, estas son conductas sociales que se van “construyendo” a lo largo de la vida de las mujeres.

Así, uno de los principales aportes de este trabajo es la confirmación de que la lactancia materna, al igual que el resto de las prácticas alimenticias, es una construcción sociocultural y por lo tanto, depende más de las experiencias tempranas, que de una decisión consciente, como suele considerarse en los diferentes programas de promoción de lactancia materna en la mayoría de los estudios de corte epidemiológico desarrollados

⁷ Recordemos que en otras zonas del país, rurales o indígenas, o inclusive urbanas, las mujeres de otros grupos sociales lactan por más tiempo.

⁸ Sobre este aspecto es importante resaltar ideas que son comúnmente comentadas en consulta médica con pediatras privados sobre el miedo a dar pecho por “demasiado tiempo” bajo la creencia de que el niño se va a “embracilar” o a “enlechar”, y que después va a ser muy difícil destetarlo; o el miedo de cargar demasiado el niño porque después no se va a querer bajar de los brazos de la madre, etc. (comentarios realizados por el Dr. Adolfo Hernández, médico neonatólogo del Hospital General de México).

en el país; de ahí que casi la totalidad de las madres entrevistadas comentaron que no habían “tomado la decisión de lactar”, sino que simplemente ya lo sabían desde que quedaron embarazadas.

También es importante resaltar que el estudio identifica claramente la necesidad de tomar en cuenta la importancia de sentimientos de las propias madres al amamantar, su relación con su papel como madres y como mujeres maduras y capaces “el cumplir bien con su papel” y la necesidad del apoyo y aprobación de sus cónyuges en el proceso de la lactancia.

Muy relacionado con lo anterior, se identificaron también algunos factores específicos sobre los cuales sería conveniente realizar mayor énfasis para comprender los diferentes patrones de lactancia, factores que fueron identificados en el discurso de las propias mujeres: el miedo, las cesáreas, el embarazo no deseado y la autoimagen de la propia mujer y la imagen que se tiene sobre la lactancia.

Todo lo anterior, y dentro del contexto de la cultura, nos obliga a reflexionar sobre el entorno social, cultural y biológico donde se generan las decisiones y las actitudes de las mujeres de una clase social específica en torno a la alimentación y a la crianza infantil. Es decir, hay un entorno mayor que es la “cultura específica” del grupo social: lo que se acepta, lo que se espera de las madres de ese grupo con respecto a sus prácticas de crianza y de alimentación infantil. Pero dentro de ese mismo grupo, algunas mujeres tomaron una decisión y otras tomaron otra radicalmente diferente. ¿Qué es lo que explica la diferencia final? Si se observa al interior del grupo los factores biomédicos tienen poca influencia, y de hecho se sabe que más del 95% de las mujeres sanas están capacitadas físicamente para lactar, se debe entonces considerar la historia personal de cada mujer, y al interior de ésta, la influencia de agentes sociales específicos, algunos dentro y otros “fuera”, pero finalmente aceptados, dentro del contexto social (caso de las parteras o de los pediatras a favor de una lactancia prolongada y/o exclusiva). Tal vez las historias personales y sus muy específicos eventos (y la coincidencia de factores y agentes en ellas) sea lo que permite la “flexibilidad interna” dentro de la cultura de un grupo determinado. Finalmente, la lactancia es una de las prácticas humanas en donde más

⁹ Cfr. Losch y colaboradores, 1995, y Arora, S., entre otros.

claramente se observa la relación entre la biología y la cultura, entre el contexto y las posibilidades de desarrollar o no ciertas acciones.

6.2 Sobre el embarazo y el parto

Aunque inicialmente esta tesis pretendía abordar básicamente el proceso de decisión de la lactancia materna, los momentos del embarazo y el parto “van de la mano” y se pudo obtener información que se considera valiosa y relevante sobre dichos eventos al interior de este grupo social. Algunas de estas reflexiones son las siguientes:

De entrada un dato interesante lo constituye el hecho de que prácticamente todas las mujeres entrevistadas con más de un hijo recordaban y podían reconstruir, el primer embarazo y el primer parto con mucho más detalle que los posteriores y esto podría reforzar la hipótesis evolucionista de la importancia que tuvo la memoria y el aprendizaje de los primeros embarazos y partos para supervivencia de la especie (cfr. Trevathan, 1987).

Ahora, se debe mencionar que un hecho que llama mucho la atención, y otro de los aportes importantes de este trabajo de investigación, es el hecho de que, a pesar de tratarse de un grupo privilegiado de mujeres debido a su condición socioeconómica (cerca de 20 salarios mínimos mensuales, alto nivel de escolaridad, tipo privilegiado de información, buena nutrición, etcétera), existen temores comunes compartidos con mujeres de otras clases sociales (incertidumbres): básicamente el temor a la salud del bebé que nacerá y al parto mismo, lo cual refleja un alto grado de desconocimiento real y de falta de empoderamiento¹⁰ durante ambos procesos, pero mucho más especialmente durante el parto, siendo esto considerado como una preocupación prioritaria de supervivencia de la especie (Blaffer Hrdy, 1999). Podríamos afirmar que en cuestión de salud reproductiva existe una fuerte problemática de género que atraviesa clase social y que nos muestra a la mujer como un ser con una jerarquía claramente inferior y sin mucha posibilidad real de enfrentarse a la autoridad y a las instituciones médicas, aún cuando se

¹⁰ Entendiendo como empoderamiento la capacidad y confianza de la mujer en sus propias habilidades para poder hacer frente a la experiencia específica del embarazo, el parto y de la crianza infantil.

trata de un grupo privilegiado, lo cual nos debe llevar a reflexionar más profundamente sobre el “poder médico”.¹¹

Muy relacionado con lo anterior, también llama la atención que prácticamente todas las mujeres de este grupo, cuyos embarazos terminaron en cesáreas no tienen una clara idea de la razón, independientemente de la privilegiada información a la que se supone tendrían acceso debido a su alto nivel de escolaridad y posición social, y que además, en casi todos esos casos de cesáreas, se observó una mayor tendencia a la depresión posparto y a un sentimiento de desilusión y fracaso con respecto al resultado final del embarazo. La misma situación de desconocimiento se observó en el caso de los abortos espontáneos, lo cual vuelve a indicar la condición específica de la mujer frente al mundo médico actual predominante como de clara inferioridad y nula o mínima capacidad de decisión.¹² En estos casos también es importante reflexionar sobre el propio papel y poder del propio cónyuge, quien en muchas ocasiones decide y “presiona” a la mujer sobre el desarrollo y decisión del parto, independientemente de la clase social, la influencia del varón en los procesos de salud reproductiva es muy significativo, más de lo que usualmente se reconoce en los propios servicios de salud.

Por otra parte, salta a la vista el elevado índice de embarazos no planeados, aunque sí deseados, dentro de un grupo social que tiene información anticonceptiva mucho más accesible y una cultura que propiciaría su uso. Esto está relacionado con el elevado índice de mujeres que no utilizaron anticonceptivos durante su primera relación sexual, prácticamente en todos los casos, salvo en uno. Vuelve a hacerse necesaria la reflexión sobre los valores y prejuicios que impactan en las decisiones y las acciones de las mujeres, aún en un grupo tan “privilegiado” como con el que se trabajó.

Por otra parte, pero también muy relacionado con el tema de valores y prejuicios, es interesante observar que los datos obtenidos en las entrevistas parecen indicar que el tema de la virginidad ha perdido relevancia entre las mujeres de este grupo, donde sólo una de doce mujeres llegaron vírgenes al matrimonio, aunque en la mayoría de casos la

¹¹ Recuérdese, como ya se comentó, el capítulo sobre la historia, que durante muchos años la medicina fue un campo profesional de hombres y que las mujeres solamente apoyaban como enfermeras; y esto puede aún ser una condicionante real de lo que se observa actualmente en la relación de mujeres y médicos.

¹² En este sentido se vuelve a hacer énfasis en las recientes propuestas de “consentimiento informado” en la atención de pacientes.

virginidad se perdió con el actual cónyuge, por considerarse como “un hombre responsable que respondería ante cualquier situación”. Muy relacionado, se identificó con claridad una idea existente entre la mayoría de las mujeres sobre que el hombre “elegido” para ser el cónyuge es aquel considerado como “un hombre responsable, que ofrece estabilidad, con el que se comparten ideas”, etcétera.

En cuanto a uso actual de anticonceptivos llama la atención que existan cuatro casos de las doce parejas que se han operado, que en dos de esos casos se trate de las mujeres y en dos de hombres, con la promesa de dos hombres más que se operarán en breve. Obviamente estamos hablando de un grupo mucho más informado y responsable de la anticoncepción masculina que incluso otros casos dentro del mismo grupo social.

Un dato interesante lo constituye el hecho de que un poco más de la mitad de las mujeres reportaron cambios en su sexualidad y en su práctica sexual durante los embarazos, pero, generalmente se asoció con casos de problemas físicos reales (amenaza de aborto, sangrados, por ejemplo) o con casos de la presencia de otros hijos a los cuales hay que atender. Sin embargo, este dato también se reportó con cambios a la baja cuando se está practicando la lactancia independientemente de los cambios físicos o de la presencia de otros hijos, de hecho se reportó como con mayor frecuencia cuando se trata del primer hijo. Los datos parecen indicar que la lactancia y el posparto afectan la práctica de la sexualidad más que el propio embarazo por cuestiones físicas pero también por percepciones culturales y posiblemente por factores psicológicos asociados.

Finalmente, y tal como se podía esperar dentro de este grupo, se observó un elevado índice de cónyuges que apoyaron a las mujeres durante los partos (68% de los partos fueron presenciados por el marido), además de que se identificó, tanto en los grupos focales, como en las entrevistas a las mujeres, lo importante que este apoyo resulta para ellas. Cabe mencionar que en los casos restantes la ausencia de la pareja se debió a la negativa del médico responsable de la atención durante el parto o debido a los casos de adopciones.

6.3 Sobre la maternidad

Con relación a la maternidad todas las mujeres de este grupo social reconocieron la existencia de diferentes patrones o modelos, pero consideraron que la opción no es totalmente individual, aunque sí se reconoció como más libre que la decisión de la lactancia. Sin embargo, se manifestó que la maternidad se asocia fuertemente con la crianza infantil y que esta se sigue delegando socialmente en las mujeres, aunque se considera que el papel del hombre en este aspecto es muy necesario.

De alguna manera, a *grosso modo*, sí se reconoció la existencia de las dos principales divisiones consideradas por Hays (1998), la de la maternidad intensiva y la no intensiva, aunque, por supuesto, no con esos términos. Pero las mujeres de este estudio sí hablaron de quiénes se sienten más seguras al ejercer personalmente la crianza de sus hijos versus las que están dispuestas a “delegar” cierta responsabilidad y/o compromisos en otras personas (sean parientes, amigas cercanas o trabajadoras contratadas) porque se sienten seguras haciéndolo. En este sentido vale la pena recordar las reflexiones de Badinter y de Blaffer Hrdy en cuanto a la gran demanda de atención y compromiso que se espera ahora únicamente de la madre hacia el hijo, y la propuesta específica de Blaffer Hrdy de que no son las madres biológicas las únicas capaces de ser las cuidadoras primarias de un infante y la gran importancia de la colaboración de las *allomadres* en otras especies y hasta en otras culturas de la especie humana, en otras épocas históricas y aún en la actualidad. Sin embargo, y esto es interesante, las madres que se sentían más seguras al ejercer ellas exclusivamente la crianza de sus hijos, fueron también las que desarrollaron una lactancia prolongada y las que conscientemente cuestionaron el patrón de crianza que sus madre ejercieron con ellas y tomaron otra opción para con sus propios hijos. En todos esos casos no se sentían seguras de dejar a sus hijos con otras *allomadres* mientras sus hijos eran primeros infantes, situación que en algunos casos cambió cuando los hijos rebasaron los primeros años de vida.

Por otra parte, al igual que en el caso de la lactancia, se reconoció que la imagen de la maternidad es un proceso que se va desarrollando a lo largo de la vida de las mujeres y que está fuertemente determinada por la historia personal de cada mujer y por lo que el grupo social al que se pertenece espera de una madre. Todas tenían muy claro que no es lo mismo ser madre en esta clase social que ser madre en un grupo más o menos

favorecido, es decir, lo que se le va a permitir hacer a los hijos o no, o a partir de que edad se darán ciertos permisos, etcétera, todo eso está fuertemente determinado por el entorno social.

Ahora bien, para la gran mayoría de las mujeres la maternidad comienza desde el embarazo y significa un cambio de status ante las propias mujeres y ante la sociedad, porque el papel que desempeñan cambia, incluyendo generalmente mayor número de actividades. Sin embargo, en casi todos los casos se consideró que la sociedad y las propias mujeres han restado importancia al importante papel de crianza que desarrolla la madre generándose la tendencia de querer desarrollarse profesionalmente a la par que el hombre con el consecuente sacrificio que esto conlleva en la crianza de los infantes misma que es sustituida por instituciones formales o personal doméstico. Cabe recordar aquí la discusión de Blaffer Hrdy sobre el papel de las nuevas opciones de cuidado infantil ante la inminente realidad de que la mayoría de las mujeres se incorporan al mercado laboral remunerado y la preocupación por el desarrollo de las habilidades sociales y comportamientos específicos de la especie humana como la empatía, la compasión, etcétera.

Muy relacionado con lo anterior las mujeres en los grupos focales concluyeron con la idea de que la maternidad no sólo se refiere al cuidado físico del infante sino a la formación de un ser intelectual y espiritual, y que en este sentido, la maternidad constituye el proceso de formación de valores y de una visión del mundo que puede ser alterada posteriormente por las vivencias individuales de cada quien, pero que tiene sus bases durante la infancia y bajo el cuidado de los padres, especialmente de la madre. Esta afirmación estaría respaldada por las propuestas de diversos autores, psicólogos, como Chodorow, y sociólogos y antropólogos, quienes postulan la gran importancia del desarrollo de roles según la condición de género y de cómo es la mujer quien generalmente se encarga del cuidado de otros y quien internaliza e instruye a las propias hijas en el desarrollo de esta habilidad social fundamental, no sólo para la reproducción de la fuerza de trabajo y el funcionamiento cotidiano de la familia y de los roles de género, sino para el sistema económico y de producción. Así, podemos concluir que la crianza sigue siendo fundamental para la mera continuación de las sociedades.

6.4 Propuestas para otras investigaciones

Como en todas las investigaciones, y esta no es la excepción, surgen nuevas ideas y quedan pendientes propuestas específicas por analizar que se derivan del tema. Estas son, pues, algunas de ellas.

Se considera recomendable el realizar una investigación de tipo cuantitativa y longitudinal con una muestra estadísticamente representativa entre mujeres de este grupo social para determinar, tanto el momento de la toma de decisión de la lactancia, como para poder identificar y describir los patrones del amamantamiento (modalidad y duración), adicionalmente se podrían determinar las expectativas culturales dentro del grupo en torno a la alimentación infantil durante los primeros meses de vida. El diseño del cuestionario podría realizarse tomando como base la guía de entrevista utilizada en esta investigación e incluyendo los indicadores que se encontraron como más relevantes en la decisión y práctica de la lactancia.

Muy relacionado con lo anterior se propone la realización de un estudio cuantitativo, también con una muestra estadísticamente representativa, para probar un modelo de crianza infantil que asocie los diferentes componentes que se consideren relacionados, tanto los identificados en este estudio, como los que resulten de una investigación bibliográfica. Se podría realizar una prueba de correlación de variables para identificar la fuerza con la que se asocian conductas específicas de crianza.

El resultado de estos estudios podría permitir el desarrollo de un estudio "controlado" con intervención entre un grupo de mujeres que presenten indicadores de pocas posibilidades de lactancia vs no intervención en otro grupo con las mismas características. La intervención concreta consistiría en el desarrollo y la práctica de un "programa de apoyo e información sobre las ventajas de la lactancia materna", así como un "programa de información sobre aspectos de la crianza infantil" que se consideren relacionados y se medirían los resultados finales a través de un estudio de seguimiento en ambos grupos.

Por otra parte se considera muy conveniente realizar una investigación cualitativa similar a la que se realizó en este estudio pero con hombres, debido a que los estudios sobre la imagen y actitud que tienen los padres ante la lactancia materna son mínimos y resultan

de trascendental importancia si se tienen indicadores claros del papel tan importante que juega el cónyuge en la práctica o no del amamantamiento ¹³. De hecho, algunos de los cónyuges de las mujeres entrevistadas “reclamaron” su derecho a ser entrevistados y a poder expresar también sus sentimientos, creencias y temores, no sólo sobre la lactancia, sino sobre toda la etapa del embarazo, el parto mismo y sobre su paternidad.

Adicionalmente, y esta fue una limitante en el estudio actual debido a que se carece de la preparación profesional adecuada, existe toda un mundo simbólico detrás de la lactancia: creencias, imágenes, tabúes, etc., que convendría ser explorado a través de un estudio cualitativo que permita identificar e interpretar que significados existen en cada grupo social cuando se habla, se piensa y se practica la lactancia. Se debe mencionar que lo poco que se trató de abordar sobre este aspecto en el estudio, no resultó sencillo: hablar de sexualidad y lactancia, de lo que significa el líquido que emana del pecho, etcétera fue muy complicado y no se contó con suficientes elementos para poder llegar a conclusiones sólidas, aunque sí se identificó la existencia de este “mundo simbólico” el cual, se considera, tiene mucho que ver con la conformación de la imagen y la actitud ante la lactancia.

Lo anterior está muy relacionado con el concepto del “límite para lactar”, lo cual, como ya se mencionó, tiene mucho que ver cuándo se considera que un bebé deja de ser tal y pasa a la categoría de niño, y, por ende, ya no es “merecedor” del pecho materno. Una investigación que pudiera identificar cómo se construye el límite y de qué depende podría ser muy útil en el desarrollo de programas de promoción a la lactancia.

Finalmente, y aunque no eran temas centrales de la investigación, se considera conveniente profundizar en esta particular situación generalizada de temor al parto y sobre la salud del bebé, que es compartido con otros grupos sociales, para poder profundizar en el análisis de la relación médico-paciente desde una perspectiva de género.

¹³ De los pocos estudios realizados tomando en cuenta a los padres o sus actitudes y opiniones destacan el reciente de Arora, S. (2000) y el de Freed, L. G. (1995), en ambos estudios se concluye que el papel del padre es fundamental en la decisión y/o práctica de la lactancia materna y que debería ser considerado como otro de los actores básicos en el proceso del amamantamiento.

Además, también se considera conveniente realizar una mayor investigación sobre los modelos de maternidad existentes actualmente, cómo son elegidos y porqué se desarrollan como tales para lo cual sería de utilidad la propuesta de diversos autores para analizar las redes sociales con las que cuenta una mujer durante esta etapa de su vida, así la posibilidad y confianza que las mujeres tienen para confiar la crianza de sus hijos en otros cuidadores.

6.5 Recomendaciones

El haber invertido un tiempo significativo en esta investigación, recabando los datos, analizándolos, leyendo y comparando con lo reportado en otros estudios o en fuentes relacionadas con el tema posibilita el ejercicio de una serie de recomendaciones que se consideran pertinentes con relación al tema de la lactancia materna entre este grupo social y cultural.

- i) Si uno deseara realizar promoción de la lactancia entre mujeres de este grupo social y cultural lo primero que debe hacerse es referirse al apego y al lazo que una buena lactancia permite entre el binomio madre-hijo, pues es este factor el que más claramente se detectó entre las mujeres participantes como la principal razón para decidir amamantar a sus hijos.
- ii) Dado que diversos autores consideran que las creencias y actitudes de grupos sociales más favorecidos van "pasando" con el tiempo a otro tipo de sectores menos favorecidos, especialmente en lo que se refiere a crianza infantil, sí se considera importante el realizar promoción a favor de la lactancia materna, de preferencia exclusiva y de duración media (por lo menos seis meses) entre este tipo de sectores.
- iii) Dado que la mayoría de las mujeres reportaron una fuerte influencia por parte de sus cónyuges en la práctica real de la lactancia se considera muy necesario realizar promoción no sólo entre las mujeres, sino entre los hombres de este grupo social y cultural, aunque habría que identificar cuales son sus creencias al respecto y las principales motivaciones.

- iv) Relacionado con lo anterior se considera importante realizar promoción entre los hombres de este grupo social y cultural sobre lo importante que resulta para la mujer su participación y ayuda en la crianza infantil . Se debe intentar lograr dicho apoyo no a costa de la lactancia para el infante, sino a través de otras actividades que permitan a la madre sentirse apoyada y con menor carga de trabajo y responsabilidad: cambio de pañales, arrullo del bebé para consolar o para dormir, aseo doméstico, preparación de alimentos, lavado de ropas, realización de compras para el hogar, etcétera.

- v) A pesar de que la influencia de los pediatras es menos significativa que entre otros grupos sociales, sí se recomienda realizar promoción a ese nivel, ya que, finalmente, estos actores sociales constituyen fuentes recurrentes de información para las mujeres. Si más pediatras creyeran y fomentaran la lactancia es posible que hubiera mayor duración de la misma, aunque fuera de modalidad mixta.

- vi) Debido a lo significativo que resultaron las experiencias personales de cada mujer, las relaciones de amistad con otras mujeres y, específicamente, el reconocimiento consciente de la relación con la propia madre, se puede pensar que la pertinencia de contar con un espacio para la plática y la reflexión en donde se pueda generar una especie de grupo apoyo entre "pares" que pudiera impactar favorablemente en la decisión y práctica de la lactancia, además del impacto relacionado con un posible mejor embarazo, parto y posparto. Estos espacios podrían organizarse en hospitales privados o como parte de los cursos psicoprofilácticos a los cuales asisten varias de las mujeres pertenecientes a este grupo social y cultural, especialmente, durante el primer embarazo.

- vii) También relacionado con lo anterior se recomienda la difusión de información especializada y actualizada sobre lactancia materna y crianza infantil, lo cual resultó ser uno de los factores significativos para lograr experiencias positivas de lactancia según las mujeres participantes. Esta difusión podría lograrse mediante los mismos grupos psicoprofilácticos a los que asisten varias de las mujeres de este grupo social y cultural, a través de revistas especializadas en el tema o de difusión de resultados de investigaciones y experiencias positivas de otras mujeres pertenecientes al mismo grupo.

- viii) Adicionalmente, es importante mencionar que definitivamente, y a pesar de que estas mujeres cuentan con más recursos sociales y culturales, en comparación con otros grupos, para "moverse" en el mundo de los especialistas médicos y poder tomar ciertas decisiones si se observa la dependencia hacia los especialistas en decisiones significativas, especialmente en lo que respecta a sus partos, por lo cual se sugiere que se proporcione mayor información a las mujeres, pero también que se sensibilice a los especialistas de salud que tienen contacto con las mujeres durante el proceso del parto.

Antes de concluir, es importante mencionar que ninguna de las recomendaciones anteriores tiene sentido si no se parte de dos condiciones centrales: por un lado, el respeto y la decisión informada para que las mujeres tomen la opción de alimentación infantil que más convenga a sus intereses, sus creencias y que se adapte a sus condiciones específicas; por otro, la necesidad de contar con un apoyo de la sociedad, entendiéndose la crianza y el amamantamiento como una responsabilidad de la sociedad en su conjunto y no sólo como una responsabilidad más sobre las madres actuales.

6.6 Limitantes al trabajo

Al final del trabajo y del análisis realizado, y como producto de discusión y reflexión con diversas personas miembros del Comité de Tesis, así como otros investigadores y buenos amigos queda muy claro que este estudio, como cualquier otro, tuvo algunas limitaciones, entre las cuales, cabe destacar tan sólo las siguientes, por considerarlas de mayor relevancia.

Dado que partimos de que la lactancia es un proceso que se va consolidando a lo largo de la historia de vida de la mujer y que comienza desde la infancia una limitante del estudio es el no haber explorado más la propia historia y contexto de la madre biológica de las mujeres entrevistadas, tomando en cuenta que algunas de ellas son europeas (de diversas regiones de Europa: Francia, Dinamarca e Italia) y que las prácticas de crianza y alimentación infantil son diferentes entre ellas y en comparación con el contexto mexicano. Sería sumamente recomendable hacer esta exploración de manera sistemática

para poder tener más elementos para armar el “rompecabezas” que nos permita comprender mejor las “decisiones” y prácticas de las madres con sus hijos.

Dado que se trabajó con una serie de 12 mujeres la decisión de agruparlas en subgrupos reduce de manera sustancial el número de casos que conforma cada subgrupo. La otra opción hubiera sido no agrupar y realizar el análisis individual de cada caso; sin embargo, inicialmente el trabajo se hizo así, de forma individual, y posteriormente con el objetivo principal de ordenar la información e identificar características comunes entre las opciones de lactancia que finalmente tomaron las mujeres entrevistadas se agruparon en subgrupos, inclusive bajo la sugerencia de algunos de los miembros del jurado. La agrupación corresponde a los periodos de tiempo de amamantamiento que normalmente se consideran en estudios especializados sobre el tema, de corte muy epidemiológico, y porque en algunos estudios se ha identificado que las propias madres tienden a reportar duración de lactancia en periodos de tres meses.

Finalmente, y a pesar de no ser esta un tesis de psicología, ni de contar con los elementos teóricos y de formación específicos, se considera que haber abordado el factor de la madurez o inmadurez psicológica de las madres entrevistadas como otro de los elementos que influyen en su práctica de crianza y de la lactancia daría nuevas pautas para comprender comportamientos y prácticas maternas si se considera que la lactancia, especialmente la exclusiva y a libre demanda, es una actividad que puede resultar demandante para la madre.

6.7 Para concluir...

La reflexión final de toda la información anteriormente analizada nos conduce al cuestionamiento central de qué papel juega la lactancia en la actualidad. Si en tiempos pasados jugó un papel determinante en la supervivencia de la especie como tal, pero esta situación se ha modificado radicalmente con la invención, mejoramiento y popularización de las leches maternizadas y los biberones, qué sentido tiene en las sociedades modernas y entre grupos tan privilegiados como con el que se trabajó específicamente en esta investigación. Si desde hace unas décadas se está cuestionando y revalorizando su función, pero aún no se logran incrementar las tasas de amamantamiento, ni su duración, ni se logra modificar sustancialmente la modalidad, cuál es el camino en el futuro...

Queda muy claro, que existe un ámbito biológico real que determina en cierta medida el proceso de la lactancia, pero también un fuerte componente social, la cultura, que influye a nivel de creencias y prácticas específicas de alimentación, y a esto se la suma la historia y las experiencias personales de cada mujer. Este componente social y cultural parece ser más determinante que el biológico, por eso los casos de madres “muy convencidas” que pudieron lactar con éxito a pesar de los problemas físicos que presentaron, y por el contrario, de “madres poco partidarias de la lactancia” sin problemas físicos que “pudieron lactar” por muy poco tiempo.

Ahora bien, el que la principal razón para lactar dentro de este grupo sea la que se clasificó como apego/lazo nos hace reflexionar sobre un comportamiento considerado por los diversos profesionales como determinante para el inicio de una buena vida y relación madre-hijo (salud física y emocional) y pudiera ser indicador de una de las más importantes funciones de la lactancia, actualmente y a lo largo de la historia de la humanidad: el proceso de reconocerse no sólo entre madre e hijo, sino como miembro de la propia especie.

Muy relacionado con esto es interesante mencionar que durante las sesiones de grupo focal aquellas madres convencidas de la lactancia influían fuertemente con sus narraciones y experiencias sobre el resto, incluso sobre las que habían lactado poco tiempo o que no lactaron. Pero no sólo impactaban con sus experiencias sobre la lactancia, sino sobre el proceso mismo de sus embarazos, sus partos y su crianza. Y es que estas mujeres manejaban más información que resultaba muy convincente para el resto y se mostraban tan comprometidas y convencidas de sus elecciones, en cierta manera, habían sido tan conscientes en sus decisiones, se sentía tanta fuerza en sus argumentos, que las demás mujeres del grupo parecían ver, por momentos, la posibilidad que tenían otras pares de tener experiencias diferentes.

Hubo un desarrollo histórico específico y una coyuntura de necesidades estructurales que no se puede negar: la Revolución Industrial, la necesidad de que las mujeres se incorporaran masivamente como fuerza laboral, el desarrollo hacia la medicina moderna, el desarrollo de la puericultura y el control de las actividades más domésticas y privadas, el desarrollo tecnológico y la idea de la modernidad y el progreso, la medicalización y

control de cada vez mayor número de actividades cotidianas, etcétera. En un inicio la lactancia era "asunto femenino", "campo de mujeres". Como muchas otras actividades de la crianza infantil eran ellas quienes decidían sobre la práctica dentro de las limitaciones de la supervivencia como especie, de las pocas limitaciones físico biológicas reales y de las limitaciones culturales específicas de cada grupo o región. Pero en el transcurso de la historia la lactancia se convirtió también en un "asunto de hombres", de médicos, de horarios, de "falta de independencia", de sinónimo de "poca modernidad"...

A unos años del auge de la alimentación con fórmula diversos grupos, tanto profesionales de la salud, como de la sociedad civil (grupos ecologistas, de madres, de padres, etcétera) cuestionan el modelo imperante de la alimentación artificial y proponen el "retorno" a prácticas de alimentación más naturales y sanas, tanto para el niño como para la madre. La tendencia al empoderamiento de las mujeres y a la recuperación del conocimiento y la confianza maternas crece con éxito en los países más desarrollados a la vez que los conceptos de paternidad y masculinidad cada vez son más discutidos y estudiados. ¿Podrá la cultura, consciente y reflexionadamente modificar la tendencia actual de la alimentación artificial y la idea de la modernidad indiscriminada? ¿Podrá la sociedad responsabilizarse de su papel en la crianza de los miembros de la especie? ¿Se habrá llegado a la cima de la "modernidad alimenticia infantil" y se podrá iniciar el camino de retorno reconociéndonos de nuevo como miembros de la especie y aprovechando las ventajas de nuestro desarrollo tecnológico actual sin permitir que por esto se tenga que terminar con las ventajas que también nos ha proporcionado nuestra propia naturaleza? El resultado está aún por verse...

ANEXOS

Tablas de Resultados

Tabla No.1: Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas

(datos calculados en 1999)

Número de casos: 12

Media de edad: 34 años

Escolaridad: 6 profesionistas (estudios terminados)
(X= 14 años) 3 profesionistas (estudios no terminados)
3 preparatoria

Estado civil: 11 casadas
1 unión libre

Media de años de matrimonio: 9.3 años

Lugar de nacimiento: 7 Distrito Federal
3 interior del país
2 extranjero (pero criada en México)

Ocupación: 7 hogar y crianza.
5 trabajo fuera de hogar y crianza

Tenencia de la vivienda: 6 rentada
4 hipotecada
2 propia

Paridad: 10 multíparas
2 primíparas

Media de edad hijo mayor: 5 años

Media de edad hijo menor: 1.2 años

Número de partos: 22

Número de adopciones: 3

Media de hijos por mujer: 2

Número de embarazos: 32

Número de abortos: 10

Número de mujeres con abortos: 7

Media de ingresos familiares mensuales: \$11,958

Media de edad de matrimonio mujeres: 24.3 años

Media de edad matrimonio hombres: 29.2 años

Tabla No. 2: Datos biomédicos de las mujeres entrevistadas

Número total de partos: 25

Tipo de nacimiento: 18 partos vaginales
6 cesáreas
1 forceps

Atención del parto: 19 médicos
6 parteras

Lugar del parto: 22 hospitales
3 casa de la madre

Uso de medicamentos durante parto: 20 sí (epidural/oxitocina)
5 no

Control prenatal durante embarazo: 19 sí
6 no

Curso psicoprofiláctico durante embarazo: 7 sí
(6 mujeres sí lo tomaron durante el 1° embarazo) 18 no

Apoyo del cónyuge en el parto: 17 sí
8 no

Embarazo planeado: 14 sí
11 no

Embarazo deseado: 22 sí
3 no (adopciones)

Dificultad para embarazarse: 10 mujeres no
2 mujeres sí

Sexo del bebé: 8 masculino
17 femenino

Edad primera menstruación (media): 12.5 años

Edad primera relación sexual (media): 20 años

Sexo del responsable del parto: 19 masculino
6 femenino

Tabla No. 3: Experiencia durante el embarazo

Número total de embarazos logrados: 22	Preguntó sexo del bebé: 11 sí preguntaron 11 no preguntaron
Embarazo planeado: 14 sí 8 no	Media de aumento de peso durante embarazo: 13.4 kilos
Embarazo deseado: 22 sí	Apreciación del cuerpo durante embarazo: 18 positiva 4 negativa
Control prenatal durante embarazo: 19 sí 3 no	Sexualidad durante embarazo: 12 igual 10 bajó
Curso psicoprofiláctico durante embarazo: 7 sí 5 no	Trabajó durante embarazo: 10 si trabajó 12 no trabajó
Principal razón para no volver a tomar curso psicoprofiláctico: El ya haber tenido la experiencia El tener que atender un hijo	Dejó Trabajo a causa de embarazo: 3 sí (en 2 casos había aborto anterior)
Problemas durante el embarazo: 17 ninguno 5 sangrados/líquidos	Principales temores durante: 14 salud del bebé 13 al parto 2 otro aborto
Actividades durante el embarazo: 18 normales 4 reposo (sangrados)	Evaluación del embarazo: 10 muy bueno 9 bueno 3 regular
Principal razón primer embarazo: 9 deseo/momento adecuado(en todos los casos el segundo embarazo es para 1 para casarse 2 pareja adecuada	compañía del primer hijo)

Tabla No. 4: Experiencia durante el parto

Número Total de partos: 22

Tipo de parto: 15 vaginales
6 cesáreas
1 fórceps

Aviso del momento del parto: 11 contracciones
4 programados
7 otro (fuente, tapón)

Media de duración de los partos vaginales: 8.8 horas

Media de duración de las cesáreas: 1.6 horas

Complicaciones durante el parto: 18 ninguna
4 sí hubo

Principales temores durante el parto: 12 al parto/dolor
5 a la operación
3 al bloqueo

Apoyo social durante el parto: 17 sí (cónyuge, partera)
8 no

Pérdida de control durante el parto: 17 no
5 sí (al final)

Sentimiento de poder durante el parto: 16 no
6 sí

Depresión posparto: 10 sí (se asocia con cesárea)
12 no

Expectativas durante el parto: 11 cumplidas
11 no cumplidas

Evaluación del parto: 8 muy bueno
7 bueno
3 regular
4 malo

Sexualidad después del parto (media): 2.7 meses

Uso actual de anticonceptivos: 6 sí usan
2 operadas ellas
2 operados ellos
2 no usan

Media de edad de primer parto: 28.4 años

Tabla No. 5: Factores socioculturales que afectan la lactancia materna

Número total de mujeres entrevistadas:	12	Apoyo médico para lactar:	7 sí 5 no
Fueron amamantadas:	8 sí 4 no o muy poco	Tipo de lactancia:	5 exclusiva 7 mixta
Cultura de lactancia materna en familia de origen:	8 sí 4 no	Duración media de LE:	5.4 meses
Cultura de lactancia materna en familia del cónyuge:	9 sí 3 no	Duración media de LM:	5.6 meses
Relación con su propia madre:	8 buena/cercana 4 mala/distante	Principal razón para lactar:	9 por apego/lazo
Amamantó a sus hijos:	9 sí 3 no o muy poco	Tenía información sobre LM:	7 sí 5 no
Duración de la lactancia:	3 larga (más de un año) 6 regular (entre 3 y 12 meses) 3 corta (menos de 3 meses)	Fuente de información:	3 parteras 4 literatura 2 otro
Cuando tomó la decisión:	11 antes del embarazo 1 durante el embarazo	Factores que influyeron:	7 familia cercana 6 cónyuge 5 información
Apoyo social para lactar:	5 sí 7 no	Ventajas de la LM:	8 lazo/apego 8 salud del bebé 5 comodidad

Tabla No. 6: Experiencia durante la lactancia

Número total de casos: 25 historias
(en cinco casos no hubo lactancia, dos porque no pudo iniciarse y tres por adopción)

Tipo de lactancia: 14 exclusiva
6 mixta
5 inexistente

Tiempo separada del bebé (media): 6.5 horas

Bajada de la leche (media): 2.2 días

Dónde se inició lactancia: 17 en hospital
5 en casa

Cuándo se inició (media): 14.7 horas

Se dio calostro al bebé: 19 sí
3 no

Problemas durante la lactancia: 12 sí
10 no

Tipo de problemas: 5 casos grietas
3 pezones cortos
3 insuficiencia leche
2 mastitis

Apoyo social: 7 sí (se asocia con 1er hijo)
15 no

Lactancia nocturna: 17 sí
5 no

Técnica de amamantamiento: 16 sí
6 no

Amamantamiento en público: 19 sí
3 no

Sexualidad durante lactancia: 12 igual
8 bajó

Duración de la lactancia (media): 13.07 meses

Duración lactancia exclusiva (media): 5.6 meses

Cuando inició destete (media): 12.5 meses

Cómo destetó: 18 paulatinamente
2 súbitamente (enfermedad)

Evaluación de la lactancia: 11 muy buena
7 buena
2 regular
2 mala

Cuadros Comparativos

Cuadro no.1: Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas

No. caso	Edad	Años de matrimonio	Lugar de nacimiento	Escolaridad	Ocupación	Ingresos en miles	Tenencia viv.	Paridad	No. embarazos	No. partos	No. abortos	Uso anticonceptivos
1	28	3	OE	LNT	T	10	P	1	1	1	0	T
2	39	12	EXT	LT	T	25	R	2	3	2	1	QR
3	28	3	DF	PS	T	9.5	R	1	2	1	1	T
4	34	9	OE	SE	H	12	H	3	3	3	0	QR
5	36	10	DF	LNT	H	8	R	3	4	3	1	NO
6	27	7	DF	LNT	H	8	R	3	3	3	0	QR
7	32	6	DF	LT	H	10	R	2	4	2	1	T
8	33	9	OE	PRE	H	7	R	2	3	2	0	T
9	30	7	DF	PRE	H	14	H	2	3	2	0	T
10	41	14	OE	PS	T	20	P	2	3	2	3	QR
11	37	13	DF	LT	T	10	H	2	3	1	2	T
12	42	19	DF	LNT	H	12	H	2	1	0	1	NO

OE= otro estado
EXT= en el extranjero
DF= Distrito Federal

LNT= licenciatura no terminada
LT= licenciatura terminada
PS= posgrado
PRE= preparatoria
SE= secretaria ejecutiva

T= trabajo remunerado
H= hogar

P= propia
R= rentada
H= hipotecada

T= temporal
QR= quirúrgico

Cuadro no. 2: Factores biomédicos

No. de caso	Edad menarq	Edad 1ª relac. sexual	Uso anticonceptivo	Edad matrim	Edad 1er parto	Edad último parto	Tipo de parto	Uso de medicam	Control prenatal	Curso psicoprof	Lugar parto	Resp parto	Sexo prod	Talla prod	Peso prod
1	15	19	no	20	23	-	ces	bloq	sí	sí	HPCv	MM	F	48	2.6
2	18	18	no	27	36	39	vag ces	bloq BI/OX	sí sí	sí no	HPDF HPDF	MM MM	M F	52 52	3.5 3.5
3	13	25	no	26	29	-	vag	bloq	sí	sí	HPCv	MF	M	49	2.9
4	12.5	22	no	25	27	34	vag vag ces	BL/OX BL/OX bloq	sí sí sí	no no no	HPCv HPCv HPCv	MM MM MM	F F M	51 50 51	3.1 3.0 3.3
5	13	15	no	27	28	34	vag vag vag	bloq bloq bloq	sí sí sí	sí no no	HPGu HPGu HPCv	MM MM MM	F M F	50 54 51	3.0 3.5 3.3
6	12	19	no	20	20	26	vag vag vag	bloq bloq bloq	sí sí no	no no no	HPDF HPTol HPCv	MM MM MM	F F M	NR NR NR	NR NR NR
7	13	24	no	26	27	30	vag vag	no bloq	sí sí	sí sí	casa HPCv	PaF PaF	F F	53 53	3.9 3.8
8	11	15	sí	24	27	31	vag vag	no no	no no	no no	casa casa	PaF PaF	M M	NR NR	3.4 3.9
9	11	22	no	23	25	28	vag ces	bloq bloq	sí sí	no no	HPCv HPCv	MM MM	F F	48 46	2.7 2.6
10	11	21	no	27	36	40	ces ces	bloq bloq	sí sí	sí no	Ca/HP HPTa	PaF MM	F M	52 54	3.5 3.4
11	11	21	no	24	34	-	vag	bloq	no	no	Ca/HP	PaF	F	NR	3.7
12	10	23	no	23	23	-	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

ces= cesárea
vag= vaginal

bloq/BL= bloqueo
OX0 oxitocina

HPCv= Hospital en Cuernavaca
HPDF= Hospital en D.F.
HPGu= Hospital en Guerrero
HPTol= Hospital en Toluca

MM= médico masculino
PaF= partera femenino
MF= médico femenino
NR= no recuerda

Cuadro no. 3: Experiencia durante la lactancia

No. de caso	Sexualidad	Lugar de inicio	Hora de inicio	Dio calostro	Bajada de leche (días)	Tiempo separada bebé (hrs)	Tipo de lactancia	Duración en meses	Apoyo para lactar	Lactancia en público	Técnica de lactancia	Problemas de lactancia	Tipo de problemas	Soluciones	Destete meses forma	Evaluación de lactancia
1	igual	hosp.	5 pp	sí	1.5	3	mixta	1	no	no	no	sí	icter SIL	susp. lact.	1 súbito	B
2	bajó igual	hosp. hosp.	16 pp 24 pp	sí NS	4 4	16 24	mixta mixta	3 9	no no	no sí	no sí	no no	NA NA	NA NA	3 pau 9 pau	R MB
3	bajó	hosp.	3.5 pp	sí	4	2.5	exclus	5.5/9	sí	sí	sí	sí	grieta SIL	frío cont.	8 pau	MB
4	bajó bajó igual	hosp. hosp. hosp.	24 pp 24 pp 48 pp	sí sí sí	3 2.5 2.5	2 2 3	exclus exclus exclus	6 5 7	sí no no	sí sí sí	no sí sí	sí sí no	pezón prieta	vasel cont.	5 pau 4 pau 7 pau	B B MB
5	igual igual igual	hosp. hosp. casa	6 pp 8 pp 48 pp	sí sí sí	2 1 1	6 8 24	mixta mixta exclus	18 5 4/30	sí sí sí	sí sí sí	no no sí	sí no no	no salía leche	espos ayudó	18 pau 5 súbit 30 pau	B B MB
6	igual igual igual	casa hosp. hosp.	48 pp 2 pp 24 pp	sí sí sí	1 2 1	18 1 24	exclus exclus exclus	6 6 9	sí sí sí	sí sí sí	sí sí sí	no no no	NA NA NA	NA NA NA	6 pau 6 pau 9 pau	MB MB MB
7	bajó igual	casa hosp.	30 pp 24 pp	sí sí	2.5 2	0 0	exclus exclus	6/19 6/24	sí no	sí sí	sí sí	sí sí	no SC grieta CT	cont hmp sol/lch	19 pau 24 pau	MB MB
8	igual igual	casa casa	0 pp 0 pp	sí sí	2 2.5	0 0	exclus exclus	6/36 6/36	sí sí	sí sí	sí sí	sí sí	mast grieta	cont hmp	36 pau 36 pau	MB MB
9	NA NA	hosp. hosp.	No No	no no	2.5 5	0 1	nula nula	NA NA	no no	NA NA	NA NA	sí sí	PC RB	nula nula	NA NA	NA NA
10	bajó bajó	hosp. hosp.	2 pp 8 pp	sí sí	3 1	2 8	exclus exclus	5/12 6/12	sí sí	sí sí	sí sí	no no	NA NA	NA NA	11 pau 11 pau	MB B
11	NA bajó	NA hosp.	NA 2 pp	NA sí	NA 2	NA 0	NA mixta	NA 3	NA sí	NA sí	NA no	NA sí	SIL grieta	liquid gliceri	NA 3 pau	NA R
12	NA NA	NA NA	NA NA	NA NA	NA NA	NA NA	NA NA	NA NA	NA NA	NA NA	NA NA	NA NA	NA NA	NA NA	NA NA	NA NA

icter= ictericia
SIL= síndrome de insuficiencia de leche
mast= mastitis
CT= congestión

hmp= homeopatía
cont= continuar lactando
sol/lch= sol y leche en pechos
gliceri= glicerina
vasel= vaselina

pau= paulatino

Cuadro No. 4: Experiencia durante el embarazo

No. de caso	Embaraz planead	Embarazo deseado	Principal razón Embarazo	Problema durante embarazo	Principal miedos	Tomó curso psicopro	Preguntó sexo bebé	Tipo de actividades	Trabajo durante embarazo	Peso/aprecio cuerpo	Sexualidad	Evaluación embarazo
1	sí	sí	deseo	no	salud B parto	sí	sí	normal	sí	7 k pos	igual	MB
2	sí sí	sí sí	deseo hermano	náuseas náuseas	salud B parto	sí sí	sí sí	normal normal	sí sí	12 k neg 18 k neg	igual igual	EXC EXC
3	sí	sí	deseo	náuseas sangrado	muert B	sí	sí	reposo	no	16 k neg	bajó	B
4	sí sí no	sí sí sí	deseo hermano moral	náuseas sangrado náuseas	parto aborto salud B cesárea	no no no	sí no sí	normal reposo normal	sí no no	8.5 K pos 8.5 K pos 9 K pos	bajó bajó bajó	B R B
5	no sí no	sí sí sí	par adec hermano moral	no no RL	salud B parto salud M	sí no no	no no no	normal normal normal	sí sí no	15.5 K pos 16.5 K pos 20 K pos	igual igual bajó	MB B R
6	no sí no	sí sí sí	par adec hermano moral	no no no	salud B parto	no no no	no sí sí	normal normal normal	no no no	11.5 K pos 10 K pos 12 K pos	bajó igual igual	B MB B
7	no sí	sí sí	par adec hermano	sangrado náuseas	muert B salud B	sí no	no sí	normal normal	no no	10.5 K pos 14.5 K pos	igual bajó	MB B
8	no sí	sí sí	deseo hermano	náuseas vómitos	parto parto	sí no	no no	normal normal	no no	18 K pos 18 K pos	igual igual	MB MB
9	no sí	sí sí	deseo hermano	no sangrado	Parto muert B	no no	no sí	normal reposo	no no	12 K pos 14 K pos	igual bajó	MB R
10	sí sí	sí sí	deseo hermano	infección BE	salud B salud B	sí no	sí sí	normal normal	sí sí	13 k pos 15 k pos	igual bajó	MB B
11	NA sí	NA sí	deseo deseo	NA no	salud B muert B	NA no	NA no	NA reposo	NA no	NA 16 K pos	NA bajó	NA B
12	NA NA	sí sí	deseo hermano	no no	NA NA	NA NA	NA NA	NA NA	NA NA	NA NA	NA NA	NA NA

par adec = pareja adecuada
hermano = para que el primer hijo tuviera un hermano

RL= retención líquidos
BE= bebé encajado

saluB= salud del bebé
saludM= salud de la madre
muerteB= muerte del bebé

pos= positivo
neg =negativo
NA = no aplica

Cuadro No.5: Experiencia durante el parto

No. de caso	Tipo de nacimiento	Anuncio parto	Duración parto	Complic parto	Temor parto	Sentim poder	Apoyo social	Pérdida control	Expectat parto	Depres pospar	Sexual pospar	Atención médica	Evaluación parto
1	C	programado	2.5 h	no	bloqueo cirugía	no	sí	no	SC	sí	1.5 m	hosp B	EXC
2	V	contracción	8 h	no	No	sí	sí	no	SC	no	1.5 m	hosp B	B
	C	programado	1.5 h	presión	su salud	no	sí	sí	NC	sí	2 m	hosp M	M
3	V	contracción	8 h	regbebé	muerte B	no	sí	no	RC	sí	3 m	hosp B	R
4	V	contracción	8 h	no	No	sí	no	no	SC	no	2 m	hosp B	MB
	V	dolor cadera	3 h	no	dolor	no	no	no	SC	no	2 m	hosp B	B
	C	programado	2 h	cordón	cirugía	no	sí	no	RC	sí	2.5 m	hosp B	B
5	V	contracción	8 h	no	parto	no	sí	no	SC	no	2 m	hosp B	B
	V	contracción	2 h	no	parto	no	sí	no	NC	no	2m	hosp B	R
	C	CNT/FT	5 h	regbebé	salud B	no	sí	poco	NC	sí	2.5 m	hosp B	R
6	V	dolor cintura	2.45 h	no	dolor/bloq	no	sí	no	SC	sí	3 m	hosp B	B
	V	contracción	1.45 h	no	dolor	no	no	no	SC	no	2 m	hosp B	MB
	V	contracción	1 h	no	dolor	no	no	no	SC	no	2 m	hosp B	MB
7	V	contracción	8 h	desgarre	parto	si	sí	no	SC	no	2 m	casa MB	MB
	V	Fuente	2 h	desgarre	salud B	no	sí	sí	RC	sí	2.5 m	hosp B	B
8	V	rup. memb	8 h	rápido	dolor	sí	sí	no	SC	no	5.5 m	casa MB	MB
	V	rup. memb.	3 h	dolor	dolor	sí	sí	no	SC	no	5.5 m	casa MB	EXC
9	V	rup. memb.	36 h	largo	bloqueo	no	sí	poco	NC	sí	1 m	hosp B	R
	C	dolor programado	1 h	no	cirugía	no	sí	no	NC	si	2 m	hosp B	M
10	C	CNT/FT	20 h	largo	parto	sí	sí	poco	SC	no	2.5 m	hosp B	MB
	C	tapón amn	1.5 h	no	cirugía	no	sí	no	RC	ni	3 m	hosp B	B
11	NA	NA	NA	NA	Na	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	V	contracción	20 h	presión	parto	no	sí	sí	RC	no	5.5 m	hosp R	R
12	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

C= cesárea
V= vaginal
NA= no aplica

programado= parto programado
contracción= contracciones
dolor cad= dolor de caderas
dolor cint= dolor de cintura

rup. memb= ruptura de membranas
tapamn= tapón amniótico
desgarre= desgarre durante parto
regbebe= se regresaba el bebé

SC= se cumplieron
RC= regularmente cumplidas
NC= no se cumplieron

Cuadro No. 6: Factores socioculturales que afectan lactancia materna

No. de caso	Relac madre	Fue amam	Cult LM famori	Cult LM fampa	Lacto hijos	Tipo de lactancia	Duración	Toma de decisión	Tenia información	Apoyo social	Ventajas LM	Principal razón	Dónde inició	Tiempo separa bebé
1	MB	no	no	sí	sí	mixta	1 mes	DE	no	no	lazo salud	apego depen BM	hosp.	3 h
2	B	poco	poca	sí	sí	mixta	3 m 9 m	AE AE	no	no	salud	apego exper BM	hosp	16 h 24 h
3	MB	sí	sí	sí	sí	excl	5/9	AE	sí	sí	lazo salud	apego BM	hosp	2.5 h
4	B	sí	sí	sí	sí	excl	6 m 5 m 7 m	AE AE AE	Sí	sí	comod salud	apego comod	hosp	2 h 2 h 3 h
5	M	no	no	sí	sí	excl	18m 5 m 4/30	AE AE AE	sí	sí	lazo comod salud	apego saludB comod	hosp hosp casa	6 h 8 h 24 h
6	M	poco	poca	sí	sí	excl	6 m 6m 9 m	AE AE AE	no	no	comod salud lazo	apego saludB BM	casa hosp hosp	18 h 1 h 24 h
7	R	poco	no	sí	sí	excl	6/19 6/24	AE AE	sí	sí	lazo desarro	saludB BM	casa hosp	0 h 0 h
8	R	poco	no	sí	sí	excl	6/36 6/36	AE AE	sí	sí	lazo comod	apego	casa casa	0 h 0 h
9	B	poco	poca	sí	no	NA	NA	AE AE	no	no	nutric comod	NA	hosp hosp	0 h 1 h
10	B	sí	sí	poca	sí	excl	5/12 6/12	AE AE	sí	sí	salud lazo	apego saludB	hosp hosp	2 h 8 h
11	B	poco	poca	sí	sí	mixta	3 m	AE	sí	no	lazo	natur BM apego	hosp	0 h
12	B	sí	sí	poca	no	NA	NA	NA	NA	NA	salud	apego	NA	NA

excl= exclusiva

Fracciones: refieren el tiempo de lactancia exclusiva y mixta

DE= después de embarazo
AE = antes de embarazo

depen= dependencia
BM= para ser buena madre
exper= por la experiencia

comod= por comodidad
saludB= por salud del bebé
desarro= desarrollo del bebé

**Cuadro 7: Sobre creencias y actitudes
Evaluación de las afirmaciones**

Caso/afir.	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65
1	7	10	0	10	4	10	8	0	8	0	6	6	8	7	10	10	2	4	8	0	4	4	8
2	10	10	0	10	0	10	0	8	0	0	0	10	10	0	0	0	7	0	0	0	7	10	10
3	10	10	8	10	0	10	8	2	8	4	10	9	9	5	7	8	5	8	1	3	8	8	10
4	10	10	8	10	0	10	7	8	0	0	10	10	5	2	10	0	5	10	0	10	10	10	10
5	10	10	0	10	0	10	4	0	0	0	10	5	10	0	5	5	10	0	0	5	5	10	10
6	10	10	9	10	0	10	9	0	0	0	10	0	0	10	10	8	10	5	6	10	10	8	8
7	10	10	8	10	0	10	0	5	1	1	10	10	8	7	10	10	9	1	5	1	1	10	10
8	10	10	8	10	7	10	9	0	4	4	10	7	3	5	10	10	8	0	5	10	8	10	7
9	10	10	0	10	0	10	10	0	0	0	10	8	10	0	0	0	0	0	0	0	0	10	10
10	10	10	4	10	9	10	5	0	0	5	0	3	5	8	10	8	5	0	0	8	5	10	8
11	10	10	0	10	0	10	0	0	0	0	0	10	10	0	0	0	0	2	0	4	0	10	10

Nota: consultar el apartado VII del instrumento sobre creencias y actitudes para identificar las variables y recordar que la evaluación fue con escala del 1 al 10. No hay caso 12 porque era una mujer que adoptó, no practicó lactancia materna y no quiso responder este apartado.

GUÍA DE ENTREVISTA PARA EL PROYECTO FACTORES SOCIOCULTURALES QUE AFECTAN LA TOMA DE DECISIÓN Y PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA

1. Historia de vida
 - 1.1 Lugar de nacimiento y fecha
 - 1.2 Composición familiar
 - 1.3 Lugar en la familia
 - 1.4 Relación con familia: padres, especialmente madre, y hermanos
 - 1.5 Adolescencia y sexualidad: experiencias amorosas, cambios, sensaciones, temores
 - 1.6 Primera relación sexual: experiencia y expectativas
 - 1.7 Escolaridad y experiencia laboral y profesional
 - 1.8 Elección de pareja(s): razones y motivaciones

2. La vivencia del embarazo(s) (se reconstruye según cada embarazo u aborto)
 - 2.1 Concepción del embarazo y conformación de la imagen
 - 2.2 Expectativas
 - 2.3 Creencias
 - 2.4 Temores
 - 2.5 Experiencia real
 - 2.6 Sexualidad durante el embarazo
 - 2.7 Cuidados necesarios
 - 2.8 Papel de otros agentes: pareja, madre, amigas y parientes, médico, partera, etc.
 - 2.9 Apoyo social durante el embarazo: psicoprofiláctico, amigas, madre, pareja, otros
 - 2.10 Información durante el embarazo: fuentes y utilidad

3. La experiencia del parto(s) (se reconstruye según cada parto)
 - 3.1 Concepción del parto y conformación de la imagen
 - 3.2 Expectativas
 - 3.3 Creencias
 - 3.4 Temores y preocupaciones
 - 3.5 Experiencia real
 - 3.6 Narración detallada: señales de parto, procedimientos, cuidados, experiencia, etc.
 - 3.7 Papel de otros agentes: pareja, madre, amigas y parientes, médico, partera
 - 3.8 Valoración de la experiencia

4. La decisión de lactancia materna

4.1 En qué momento se toma la decisión

4.2 Motivaciones y razones

4.3 Agentes y factores que influyen

4.4 Cambios de un hijo a otro/razones

4.5 Relevancia de la decisión

5. La experiencia de la lactancia (se reconstruye según cada lactancia o no lactancia)

5.1 Concepción y conformación de la imagen

5.2 Cómo se forma la imagen de la lactancia

5.3 Agentes y factores que influyen: cultura de la familia de origen, madre, parientes, amigas, personal médico, información, otros

5.4 Conocimiento sobre la lactancia: ventajas y desventajas para madre y niño

5.5 Fuentes y calidad de información: qué es lo más determinante

5.6 Creencias y mitos

5.7 Temores y miedos

5.8 Experiencia real: reconstrucción detallada de cada lactancia

5.9 Principales problemas

5.10 Remedios: fuente de conocimiento

5.11 Sensaciones y satisfacción

5.12 Planes y expectativas

5.13 Sexualidad y lactancia

5.14 Maternidad y lactancia

5.15 La lactancia como una decisión individual o social

5.16 Que hubiera necesitado para mejorar experiencia de lactancia

6. Crianza infantil

6.1 Concepción y conformación de la imagen

6.2 Agentes y factores que intervienen

6.3 Responsabilidad

6.4 Principales etapas

6.5 Actividades necesarias

6.6 Creencias y costumbres

- 6.7 Planes y expectativas
- 6.8 Práctica real y experiencia
- 6.9 Valoración de la experiencia
- 6.10 La crianza como actividad necesaria para la sociedad

- 7. La alimentación infantil
 - 7.1 Concepción y conformación de la imagen
 - 7.2 Agentes y factores que intervienen
 - 7.3 Importancia dentro de la crianza
 - 7.4 Responsabilidad
 - 7.5 Modalidades o patrones aceptados
 - 7.6 Ventajas y desventajas
 - 7.7 Creencias y costumbres
 - 7.8 Planes y expectativas
 - 7.9 Práctica real y valoración

- 8. El proceso de la maternidad
 - 8.1 Cuándo comienza
 - 8.2 Cómo y porqué se concibe de tal manera
 - 8.3 Características
 - 8.4 Ventajas
 - 8.5 Desventajas
 - 8.6 Expectativas
 - 8.7 Influencia de otros agentes o medios
 - 8.8 Experiencia real
 - 8.9 Valoración de su experiencia(s)
 - 8.10 La maternidad como condición femenina

CUESTIONARIO SOBRE FACTORES SOCIOCULTURALES QUE AFECTAN LA DECISIÓN Y PRÁCTICA DE LA LACTANCIA MATERNA, CREENCIAS Y ACTITUDES

I. Datos Demográficos

Nombre _____

1. Lugar de Nacimiento de la madre _____

1. México, D. F. 3. Otro Estado

2. Morelos 4. Otro país

2. Fecha de Nacimiento _____

3. Escolaridad _____ (grado y no. de años cursados)

4. Nivel de ingresos familiar _____ (en salarios mínimos)

5. Tipo de inmueble en el que habitan actualmente _____

1. casa sola

2. casa en conjunto

3. departamento

4. Otro _____

6. Tenencia del inmueble _____

1. propio

3. rentado

5. otro _____

2. hipotecado

4. prestado

7. Equipamiento en casa

teléfono _____

contestadora _____

autos _____

T.V. _____

lavadora _____

jardín: _____

Video _____

secadora _____

alberca _____

equipo sonido _____

lavaplatos _____

garage _____

compact _____

microondas _____

no. de cuartos _____

7a. Indicadores de nivel socioeconómico

Servidumbre de planta ____ (número ____)
Servidumbre de entrada por salida ____ (número ____)
Escuela de los niños _____
Clases extras para los niños _____
Clases para la madre _____
Inscripción en algún club _____
Otros idiomas _____

8. Paridad ____

8a. Uso de anticonceptivos actualmente? Sí () _____ No ()

8b. ¿Deseas tener más hijos? Sí () No () No sabe ()

9. No. de embarazos ____

9a. No de partos ____

10. No. de abortos ____ 10a. Aborto deseado o no? _____

10 b. causa de abortos: _____

11. Edad de inicio de la menstruación ____

12. Edad primera relación sexual ____

13. Uso de anticonceptivos 1a relación sexual Sí () No () Cuál _____

14. Edad de matrimonio ____

15. Edad de la pareja cuando el matrimonio _____

16. Primera pareja de la mujer Sí () No () Cuántos antes ____

17. Primera pareja del hombre Sí () No () Cuántos antes ____

18. Matrimonio religioso Sí () No ()

19. Tipo de religión _____

20. Edad hijo mayor _____

20a. Edad de la mujer al primer parto ____

21. Edad hijo menor _____

21a. Edad de la mujer último parto _____

22. Virgindad al momento de la boda Sí () No ()

23. Actividad principal antes del matrimonio _____

24. Actividad principal antes de ser madre _____
25. Actividad principal actual _____
- 25a. Si trabajaba antes, cuándo piensa volver a regresar al trabajo? _____
26. Uso de anticonceptivos antes del 1er embarazo Sí () No () Cuál _____
27. No. total de hermanos en familia de origen _____
28. Posición en la familia de origen _____
29. Fue lactada de pequeña Sí () No () No sabe () Otro _____
30. Cultura de LM en su familia de origen Sí () No () 30a. Duración _____
31. Cultura de LM en la familia de la pareja Sí () No () No sabe ()

Nota: En una escala de 1 a 10 calificar las siguientes relaciones:

32. Relación con la pareja actualmente _____
33. Relación con la propia madre _____
34. Relación con el padre _____
35. Relación con la suegra _____
36. Relación con el suegro _____
37. Relación con hermanos (abrir tantos espacios como hermanos tenga)
38. Que tanto interviene su madre cuando hay problemas o decisiones fuertes que tomar como pareja _____
39. Qué tanto interviene su padre cuando hay problemas o decisiones fuertes que tomar como pareja _____
40. Qué tanto interviene su suegra cuando hay problemas o decisiones fuertes que tomar como pareja _____
41. Qué tanto interviene su suegro cuando hay problemas o decisiones fuertes que tomar como pareja _____
42. Hay alguien más que intervenga cuando Ustedes deben tomar decisiones importantes como pareja? Quién _____

V. Decisión del tipo de alimentación infantil

No. de hijo y sexo	Cuándo se tomó la decisión	Tipo de patrón elegido	Razones de la decisión	Ventajas del patrón elegido	Desventaja del patrón elegido	Factores que influyeron en la decisión.

VII. Creencias y Actitudes sobre los patrones de alimentación infantil

Nota: De acuerdo a lo que Usted considere califique en una escala de 1 a 10 donde los valores más bajos se acercan más a lo falso y los más altos a lo cierto las siguientes afirmaciones, si tiene duda o cree que depende de algo especifique.

43. La lactancia materna es el mejor alimento para cualquier bebé. _____
44. La lactancia materna tiene nutrientes necesarios para el bebé que no tiene ninguna otra leche. _____
45. La leche de fórmula es tan buena como la leche materna. _____
46. La leche materna tiene factores inmunológicos que protegen al bebé de diversas enfermedades y es la única leche que los tiene. _____
47. La leche materna no es tan importante en los casos de bebés de familias de clase media o alta. _____
48. El calostro del pecho materno es básico para el recién nacido. _____
49. La lactancia materna se puede complementar con biberón en la noche o a veces en el día y no la afecta para nada. _____
50. La lactancia materna deforma los pechos. _____
51. La lactancia materna se debe realizar en privado. _____
52. La lactancia materna prolongada sólo se debe practicar en casos de mujeres de escasos recursos. _____
53. La lactancia materna es suficiente alimento para el bebé sólo durante los 3 primeros meses de vida y no es necesario dar nada más. _____
54. La lactancia materna es suficiente alimento para el bebé hasta los 6 primeros meses de vida y no es necesario dar nada más. _____
55. La lactancia materna debería practicarse por un año o más. _____
56. La lactancia materna prolongada (más de un año) hace dependientes a los niños _____
57. El biberón permite al padre ayudar a la madre en la crianza infantil. _____
58. La lactancia materna ata a la madre pues es la única que puede alimentar al niño _____
59. El biberón permite mayor libertad a la madre. _____
60. La lactancia materna dificulta o se contrapone a la sexualidad de la mujer. _____

61. El biberón es más práctico que la lactancia materna. _____
62. Con los cuidados adecuados los bebés alimentados con biberón no se enferman más que los bebés de pecho. _____
63. El lazo emocional que se genera entre madre e hijo con la lactancia materna también se puede generar con el biberón. _____
64. Todas las mujeres deberían de lactar a sus hijos durante los primeros meses de vida. _____
65. La lactancia materna trae beneficios no sólo para el bebé, sino para la madre también. _____

Nota: adecuar en caso de que la madre haya lactado o no

66. ¿Porqué crees que otras mujeres no lactan?
67. ¿Porqué crees que tú sí pudiste o no lactar?
68. ¿Qué cosas crees que te ayudaron a lactar o que te hubieran ayudado a lactar por más tiempo?
69. ¿Qué cosas te dificultaron la lactancia?
70. ¿Cuánto crees que debe durar la lactancia materna (en cualquier modalidad)?
71. ¿Cuándo crees que se deben empezar a introducir otros líquidos? Así lo hiciste?
72. ¿Cuándo crees que se deben empezar a introducir otros sólidos? Así lo hiciste?
73. ¿Alguna vez tuviste sensaciones de excitación sexual durante la lactancia mientras tenías a tu bebé al pecho?
74. ¿Dónde consideras que debe dormir el bebé durante los primeros 6 mese de vida?
75. ¿Cuándo consideras que debe de dormir el bebé solo en su habitación?
76. ¿Consideras necesario arrullar o acurrucar al bebé para dormirlo?

77. ¿Consideras necesario dejar llorar al bebé para que fortalezca los pulmones o para alguna otra cosa en particular?

78. ¿Cuándo crees que se debe destetar a un bebé y cómo?

79. ¿Hasta cuándo es normal que un niño se despierte en la noche estando sano?

80. Si amamantaste probaste tu propia leche? Porqué sí o no?

81. Si amamantaste, probó tu esposo tu leche? Porqué sí o no?

82. ¿Qué piensas cuando ves a una mujer con un niño mayor de un año que está amamantando (de nuestro mismo grupo social)?

83. ¿Qué factores o actores crees tú que influyeron en tu decisión de lactar o no a tu bebé(s)? Piensa en la información que recibiste, en tus amigas o parientes cercanas, en lo que te dijo tu médico o tu pareja, tu madre, etc.

84. ¿Cómo crees que se lleva a cabo la decisión del tipo de alimentación que darás a tu bebé durante los primeros meses de vida?

Observaciones o comentarios:

Bibliografía

- Aguirre, Patricia. *Costo de la decisión de no amamantar*, Argentina, 1999, documento en internet, www.fmed.uba.ar/mspba/ibfarg/lmcosta.htm
- Arora, Samir et al. "Major factors influencing breastfeeding rates: mother's perception of father's attitude and milk supply", electronic article, *Pediatrics*, vol. 106, no.5, November 2000, p. e67
- Arrieta, R. y Cravioto, J. *Lactancia Materna. Análisis Crítico*, DIF, 1985
- Avila Rosas, Héctor. "Factores determinantes del establecimiento y duración de la lactancia" en *Cuadernos de Nutrición*, Edición Especial Lactancia, Agosto, 1993
- Badinter, Elizabeth, ¿Existe el instinto maternal? Edit. Paidós, Barcelona, 1991
- Balcazar, H. et al. "What predicts breastfeeding intention in Mexican-American and non-Hispanic white women? Evidence from a national survey", *Birth*, 22 (2), June, 1995
- Baumslag N & Michles L.D. *Milk, Money and Madness. The culture and politics of breastfeeding*. Bergin & Garvey, 1995
- Berger, P. y T. Luckmann. *La construcción social de la realidad*, Amorrortu editores, Buenos Aires, 1979
- Bertaux, Daniel. "Los relatos de vida en el análisis social", *Historia Oral*, UNAM, México, 1993
- Black, Nick. "Why we need qualitative research", *Journal of Epidemiology & Community Health*, october, 1994, 48 (5), 425-426
- Blaffer Hrdy, Sarah. *Mother Nature. A history of mothers, infants and natural selection*, Pantheon Books, USA, 1999
- Blaffer Hrdy, Sarah. *The past, present and future of the human family*, The Tanner Lectures in Human Values, Utah, 2001
- Blum, L. *At the Breast. Ideologies of breastfeeding and motherhood in the contemporary United States*, Beacon Press, 1999.
- Boltanski, Luc. *Puericultura y moral de clase*, Edit. Laia, Barcelona, 1974
- Bourges R., Héctor. "Una respuesta evolutiva. Los motivos de la lactancia materna", en *Cuadernos de Nutrición*, Vol. 20, Núm. 1, 1997
- Byrd T., L. et al. "Acculturation and breastfeeding intention and practice in Hispanic women on the US-Mexico border", *Ethnic Discussion*, 11 (1), Winter 2001

Campero, L. et al. "Alone, I wouldn't have known what to do" a qualitative study on social support during labor and delivery in Mexico", *Social Science and Medicine*, vol. 47, no. 3, pp. 395-403, 1998

Carter, P. *Feminism, Breast and Breastfeeding*, MacMillan Press LTD, London, 1995

Casanueva, Esther. "Aspectos maternos de la lactancia humana", en *Cuadernos de Nutrición*, Edición Especial Lactancia, Agosto, 1993

Chodorow, Nancy. *The reproduction of mothering. Psychoanalysis and the sociology of gender*, University of California Press, 1978

XII Censo de Población y Vivienda, INEGI, México, 1992

Coen, Arrigo. "Leche materna igual a lengua materna", en *Cuadernos de Nutrición*, Edición Especial, Lactancia, Agosto 1993

Chapman, Judy. The benefits of breastfeeding, documento en internet www.parenthoodweb.com

Charles, C. et al. "What do we mean by partnership in making decisions about treatment", *British Medical Journal*,_No. 7212, September, 1999

Documento. El Programa Nacional de Alimentación, en *Cuadernos de Nutrición*, vol. 14, No. 1, 1991

Donovan, Debbi. "Breastfeeding and breast health" documento en internet www.parentsplace.com

Dusdieker B., L. et al. "Investigations of a model for the initiation of breastfeeding in primigravida women", *Social Science Medicine*, vol. 20, no. 7, 1985

Earl, S. "Factors affecting the initiation of breastfeeding, implications for breastfeeding promotion", *Health Promotion International*, Vol. 17, No. 3, 205-214, 2002

Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, INEGI, México, 1992

Encuesta Nacional de Nutrición, Secretaría de Salud, México, 1988

Encuesta Nacional de Nutrición, Secretaría de Salud, México, 2002 (en prensa)

Ellis J., D. "Breastfeeding: cultivating conducive attitudes", *Canadian Journal of Public Health*, vol. 72, sept-oct., 1981

Esteban, M.L. "La maternidad como cultura: algunas cuestiones sobre la lactancia materna y el cuidado infantil" en *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, Ediciones Bellaterra, Madrid, 2000

Fildes, Valerie "The culture and biology of breastfeeding: an historical review of western Europe", *Breastfeeding: biocultural perspectives*, Patricia Stuart Macadam & Katherine A. Dettwyler (editors), Aldine de Gruyter, New York, 1999

Fontana A. y H.J. Frey "Interviewing, the art of science". En Denzin K., N y Yvonna S. Lincoln (editors), *Handbook of qualitative research*, Sage Publications, Thousand Oaks, California, 1994

Forman, M. "Review on the factors associated with choice and duration of infant feeding in less-developed countries", *Pediatrics*, Supplement, 1984

Freed L., G. "Attitudes of expecting fathers regarding breastfeeding", *Pediatrics*, vol. 90, no.2, august, 1992

Friedman, D. "Breastfeeding – a feminist issue", 2002, www.wearsthebaby.com/articles/bfing.fem.htm

Gilchrist J., V. "Key informant interviews", *Doing qualitative research*, Crabtree, B. and W. Miller (editors), SAGE Publications, 1992

Giugliani ER et al. "Effect of breastfeeding support from different sources on mother's decisions to breastfeed" *Journal of Human Breastfeeding*, 1994, Sep; 10 (3): 157-61

Goodline L., A. y P.A. Fried "Infant feeding practices: pre and postnatal factors affecting choice of method and the duration of breastfeeding", *Canadian Journal of Public Health*, vol. 75, nov.-dec., 1984

Guber, Rosana. *El salvaje metropolitano*, Editorial Legasa, Buenos Aires, 1991

Giugliani E. R. et al. "Effects of breastfeeding support from different sources on mothers' decisions to breastfeed", *Journal of Human Lactation*, 10 (3), Sept., 1994,

Hammersley, M. y P. Atkinson. *Etnografía, métodos de investigación*, Ediciones Paidós, Barcelona, 1994

Hausman L,B. *Mother's milk. Breastfeeding controversies in American culture*.Routledge, New York, 2003

Hauck, L.Y. & Irurita, F.V. "Incompatibe expectations: the dilemna of breastfeeding mothers", *Health Care for Women International*, 24:62-78, 2003

Hays, Sharon. *Las contradicciones culturales de la maternidad*, Edit. Piados, Barcelona, 1998

Hendershot E., G. "Trends in breastfeeding", *Pediatrics*, Supplement, 1984

Henstrand L., J. "Theory as a research guide. A qualitative look at qualitative inquiry", *Theory and concepts in qualitative research, perspectives from the field*, Flinders J., D. y G. E. Mills (editors), Teachers College Press, New York, 1993

- Hernández Garduño, A. et al. "Determinantes de lactancia materna exclusiva y completa al mes posparto en mujeres derechohabientes del IMSS de la Ciudad de México", (sometido para publicación), Hospital General de México, 1999
- Huggins, Kathleen. "The nursing mother's guide to weaning", documento de internet, www.fmed.uba.ar/mspba/ibfarg/lmcosta.htm, 1999
- Humphreys A., S. Et al "Intention to breastfeed in low-income pregnant women: the role of social support and previous experience", *Birth*, 25 (3), Sept., 1998
- Indicadores relevantes para estudios de género, 1990-1995, INEGI, México, 1996
- Indicadores Sociodemográficos, XII Censo General de Población y Vivienda, INEGI, México, 1996
- Jelliffe, B.D. y Patrice Jelliffe E.F. *Human Milk in the Modern World*, Medical Oxford Publications, Great Britian, 1978
- Jones A., D. "Atittudes of breastfeeding mothers", *Social Science and Medicine*, vol. 23, no. 11, 1986
- Kahn, S.J. *El concepto de cultura: textos fundamentales*, Edit. Anagrama, Barcelona, 1975
- Kaufer, Marta. "Determinantes sociales de la lactancia", en *Cuadernos de Nutrición*, Vol.20, Núm. 1, 1997
- Kitzinger, J. "Introducing focus groups", in *American Journal of Human Biology*, 10:145-149, 1998
- Kitzinger, J. Introducing focus groups, *British Medical Journal*,_vol. 311, 1995
- Kitzinger, J. "The methodology of focus groups: the importance of interactions between research participants", *Sociology of Health and Illness*, vol. 16, no. 1, 1994
- Kuzel J., A. "Sampling in qualitative inquiry", *Doing qualitative research*, Crabtree B. and W. Miller (editors), vol. 3, SAGE Publications, 1993
- Knoedel, John, "The design and analysis of focus group studies", *Successful Focus Groups*, Morgan, L. D. (editor) Sage Focus Editions, Vol. 156, 1997
- Kottack P., C. "The new ecological anthropology", *American Anthropologist*, 101 (1):23-25, 1999
- Kraus, A. "Salud reproductiva: del papel a la realidad", ponencia presentada en el Seminario Internacional sobre Avances en Salud Reproductiva y Sexualidad, COLMEX, 1996
- Lagarde, M. *El primer encuentro de la mujer con su hijo (a)*, Tesis Doctoral, Instituto de Investigaciones Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, UNAM, 2000
- La Liga de la Leche. *El Arte Femenino de Amamantar*, Edit. Diana, 1990

- Langer, A. et al. "Effects of psychosocial support during labour and childbirth on breastfeeding, medical interventions and mother's wellbeing in a Mexican public hospital: a randomised clinical trial", *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, october, 1988, vol. 105, pp. 1056-1063
- Lawrence, Ruth. "Practices and attitudes toward breastfeeding among medical professionals", *Pediatrics*, vol. 70, no. 6, dec., 1982
- Lawrence, Ruth. *Breastfeeding. A guide for the medical profession*, Mosby, St. Louis, Missouri, 1989
- Lerín Piñón, S. *Saberes y prácticas relacionados con la alimentación infantil. Un estudio en hospitales y en hogares en la Ciudad de México*. Tesis Doctoral, Universidad Rovira i Virgili, Departamento de Antropología Social y Filosofía, Terragona, España, 1994
- Libbus K et al "Breastfeeding beliefs of low-income primigravidae" *Int J Nurs Stud*, 1997, Apr; 34 (2): 144-50
- Libbus M., K. "Breastfeeding attitudes in a sample of Spanish-speaking Hispanic American Women", *Journal of Human Lactation*, 16 (3), August, 2000
- Losch et al. "Impact of attitudes in maternal decisions regarding infant feeding". *The Journal of Pediatrics*, 75:508-513, 1995
- Lozano, Rafael. "Relación entre pobreza y salud", 2002
www.idrc.ca/lacro/publicaciones/948756_s8.html
- Mackey S. y P.A. Fried. " Infant breast and bottle feeding practices: some related factors and attitudes", *Canadian Journal of Public Health*, vol. 72, sept-oct, 1981
- Maher, V. *The Anthropology of Breastfeeding, Natural Law or Social Construct*, Berg Publishers, 1995
- Matich R. y L. Sims. "A comparison of social support variables between women who intend to breast or bottle feed", *Social Science and Medicine*, vol. 34, no. 8, 1992
- Mays N, y C. Pope. "Rigour and qualitative research", *American Journal of Human Biology*, 10:109-112, 1998
- Menéndez, L. E. "Factores socioculturales: de las definiciones a los usos específicos" en *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, Ediciones Bellaterra, Madrid, 2000
- Mercado, F., Villaseñor, M. y Lizardi, A. (1999). "Situación actual de la investigación cualitativa en salud. Un campo en consolidación". *Dossier17. Invierno*. Universidad de Guadalajara. <http://www.editorial.udg.mx/ruginetnet/rug17/2metodos.html>

- Millard, V.A. "The place of the clock in pediatric advice: rationales, cultural themes and impediments to breastfeeding", *Social Science Medicine*, vol. 31, no. 2., 1990
- Morales Carmona F. y M. Luque Coqui. "Aspectos psicológicos de la madre durante la lactancia al seno materno", en *Cuadernos de Nutrición*, Vol. 20, Núm.1, 1997
- Morales Suárez, M. "Embarazo, nacimiento y lactancia en Mesoamérica", en *Cuadernos de Nutrición*, vol. 20, Núm. 1, 1997
- Morgan y Krueger. "When and why to use focus groups", *Successful focus groups*, Morgan, L. D. (editor), Sage Focus Editions, Vol. 156, Newbury Park, California, 1997
- Morrow, AL et al. "Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial", *Lancet*, April, 1999, 10, 353 (9160): 1226-31
- Notzon, F. "Trends in infant feeding in developing countries", *Pediatrics*, Supplement, 1984
- Ortiz S., L. "Cincuenta buenas razones para amamantar", *Boletín Enredados de Ibfan*, Hospital amigo de la Madre y el Niño de Rosario de Lerma, 1999
- Palmer, Gabrielle. *The politics of breastfeeding*, Pandora Press, London, 1993
- Perdigueró y Comelles (eds.) *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, Ediciones Bellaterra, Madrid, 2000
- Peña Guitián, José. "Superioridad y beneficios de la leche materna", *Lactancia materna para profesionales*, ACPAM, España, 1999
- Pérez-Escamilla, Rafael et al. "Determinants of lactation performance across time in an urban population from Mexico", *Social Science and Medicine*, 37:1069-1078, 1993
- Pérez-Escamilla, Rafael et al. "Epidemiología de la lactancia materna en zonas rurales y urbanas de México", en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 114 (5), 1993
- Pérez -Escamilla, Rafael et al. "Promoción de la lactancia materna en tres salas de maternidad de la Ciudad de México", reporte preliminar LAC/HNS USAID, 1994
- Pérez-Escamilla, Rafael et al. "Infant feeding policies in maternity ward and their effect on breastfeeding success: an analytical overview", *American Journal of Public Health*, 84:89-97, 1994
- Pérez-Escamilla, Rafael et al. "Identification of risk factors for short breastfeeding duration in Mexico City through survival analysis", *Ecology of Food and Nutrition*,
- Quandt A., Sara. "Ecology of breastfeeding in the United States: an applied perspective", *American Journal of Human Biology*, 10:221-228, 1998
- Quiroz, Enriqueta. "Criterios alimentarios en el siglo XVIII novohispano", *Cuadernos de Nutrición*, Vol. 19, Núm. 3, Marzo-Abril, 1996
- Reiger, K. *Our bodies, our babies*, Melbourne University Press, Melbourne, 2000

- Robles y otros. en *Medicina y Cultura*, Perdiguero y Comelles (eds.). *Estudios entre la antropología y la medicina*, Ediciones Bellaterra, Madrid, 2000
- Romney, Kimball A. et al. "Culture as consensus: a theory of culture and informant accuracy", *American Anthropologist*, vol. 88, 1986
- Rosenberg citado por Arrizabalaga en Perdiguero y Comelles (eds.) *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, Ediciones Bellaterra, Madrid, 2000
- Rousseau H., E. et al. "Influence of cultural and environmental factors on breastfeeding", *Canadian Medical Association Journal*, vol. 127, Oct., 1982
- Salas, Montserrat. "Lactancia materna y el trabajo asalariado: ¿irreconciliables?", en *Las Mujeres y la Salud*, COLMEX, Soledad González (compiladora), México, 1995
- Salles, V. y Tuirán, R. "El discurso de la salud reproductiva: ¿un nuevo dogma?", ponencia presentada en el Seminario Internacional sobre Avances en Salud Reproductiva y Sexualidad, COLMEX, 1996
- Sánchez Bringas, A. *El mundo simbólico de la maternidad*, Tesis Doctoral, Instituto de Investigaciones Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, UNAM, 2000
- Sarret P., H. et al. "Decisions on breastfeeding or formula feeding and trends in infant-feeding practices", *American Journal of Diseases of Childhood*, vol. 137, 1983
- Scott, Stephen. "Disobedient and aggressive children: causes and management", *Maternal and Child Health*, Vol. 20, No. 1, January and February, 1995
- Scheper Hughes, Nancy. *Death without weeping. The violences of everyday life in Brazil*, University of California Press, 1992
- Silverman, David. *Interpreting Qualitative Data*, SAGE Publications, London, 1993
- Stuart-Macadam, Patricia y Katherine Dettwyler (editors). *Breastfeeding. Biocultural Perspectives*, Aldine de Gruyter, 1999
- Thompson, Paul. "Historias de vida y análisis del cambio social", *Historia Oral*, UNAM, México, 1993
- Toussaint, G. et al. "La lactancia: impacto del encuentro temprano madre-hijo", *Perinatología y Reproducción Humana*, vol. 2, no. 3, julio-sept., 1988
- Trostle, James. *Epidemiology and Culture*, draft, 2001
- Trevathan R., Wenda. "Evolutionary medicine: an overview", *Anthropology Today*, Vol. 11, No.2, April, 1995

- Trevathan R., Wenda. *Human birth. an evolutionary perspective*, Aldine de Gruyter, New York, 1987
- Vargas, Luis Alberto. "La lactancia en México a través del tiempo", *Cuadernos de Nutrición*, Edición Especial Lactancia, Agosto, 1993
- Vargas, Luis Alberto y Eduardo Matos. "El embarazo y el parto en el México prehispánico" *Anales de Antropología*,_Vol. X, México, 1973
- Vega Franco, Leopoldo. "Alimentación al seno en el proceso de transculturación", *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, vol. 42, no. 7, julio, 1985
- Vega Franco, Leopoldo. "Sucedáneos de la leche materna, en *Cuadernos de Nutrición*, Vol.14, Núm. 5, 1991
- Villalpando, Salvador. "Efectos tempranos y tardíos de la alimentación al pecho sobre la salud de los niños", *Cuadernos de Nutrición*, vol.24, no. 5, sept.-oct., 2001
- Vitzthum J., V. y M. V. Aguayo. "Ecology of breastfeeding: approaches toward improvement of women's health and children's health", *American journal of human biology*, 10:145-149, 1998
- "Why we need qualitative research", Editorial, *Journal of Epidemiology and Community Health*, October 1994, 48 (5)
- Wylie, J. y I. Verber. "Why women choose not to breastfeed", *Maternal and child health*, march, 1994
- Yeung, E. et al. "Breastfeeding prevalence and influence factors", *Canadian Journal of Public Health*, vol. 72, sept-oct., 1981