

Universidad Nacional de San Luis

Facultad de Ciencias Humanas



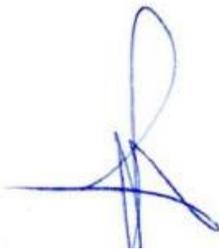
**Acompañamiento para fortalecer las decisiones en los  
procesos de lactancia en un Centro de Atención Primaria de  
la Salud**

**Agustina Comerci - Autora**

**Santiago Daniel Martínez - Director**

**Mariela Muñoz Rodríguez – Co-directora**

**Tesis para optar al Grado de Especialista en Primeras Infancias**



---

**Agustina Comerci**  
**Autora**



---

**Santiago Daniel Martínez**  
**Director**



---

**Mariela Muñoz Rodríguez**  
**Co-Directora**

**San Luis - Argentina**

**Noviembre, 2024**

## **Agradecimientos**

---

*Quisiera expresar mi más sincero agradecimiento a mis directores de tesis, Santiago y Mariela, cuyo conocimiento experto y crítico han sido insustituibles. Su confianza en mi capacidad y su acompañamiento han sido los pilares de este trabajo. Cada aporte en este proceso formativo fue sumamente valioso y me ha permitido llegar a horizontes impensados.*

*Asimismo, quisiera agradecer al CAPS N°8 “1ro de mayo” por abrirme sus puertas y a cada una de las participantes que formaron parte de este estudio. La generosidad con la que han ofrecido sus experiencias y conocimientos ha permitido que esta intervención no solo fuera posible, sino que alcanzara una profundidad que de otro modo no hubiera logrado. Su espacio y participación han sido un pilar esencial y estoy profundamente agradecida.*

*Agradecer a mi compañero Diego, y a mis dulces hijos Pilar y Valentín, que sostuvieron el proceso de una manera amable y contenedora, y a esta familia que incluso creció con este proyecto, transformándome en cada lectura, en cada vivencia, en cada escritura, en cada sentir...*

*Y en este agradecer... quiero hacer mención especial al equipo de la Especialización en Primeras Infancias de la FCH, por transformar profundamente mi perspectiva a la hora de formarme y construir conocimientos, por sembrar en mí un nuevo pensar, un nuevo hacer. La carrera ha sido de un inestimable aprendizaje.*

*También, dar las gracias a mi querida Universidad Nacional de San Luis, que con su valiosa educación pública y de calidad me abrió las puertas a mis 18 años acobijándome en cada paso académico y laboral hasta el día de hoy.*

*Por último, a mis madrugadas de estudio y escritura, que entre mates y teta me permitieron culminar este proyecto.*

*A todos/as ustedes... mi gratitud es suya.*

## Resumen

---

La presente intervención en praxis investigativa tuvo como objetivo generar un espacio de acompañamiento para fortalecer las decisiones de mujeres gestantes en torno a la lactancia. Trabajamos con mujeres que asisten al dispositivo Preparación Integral a la Maternidad (PIM) del centro de atención primaria de la salud (CAPS) N° 8 de la zona oeste de la ciudad de San Luis, priorizando a aquellas que transitan la semana 32 de gestación hasta los 30 días posteriores al nacimiento. Pusimos el foco en la lactancia, entendiendo a esta práctica como un complejo proceso donde interactúan diversos actores sociales y factores bio-psico-histórico-sociales y jurídico-económicos que generan rupturas, continuidades y que dan lugar a una inmensa pluralidad de experiencias reales que afectan el crecimiento y desarrollo de las primeras infancias. Para construir aproximaciones a nuestro objetivo se eligió un diseño metodológico construido desde una perspectiva socio-comunitaria. Se propuso un dispositivo de trabajo grupal para la intervención que posibilitó un proceso de análisis sociocrítico de la información. Participaron 7 mujeres gestantes y 13 profesionales del CAPS de diversas disciplinas de la salud en el desarrollo de talleres en el PIM. Se llevó un diario de campo del proceso de intervención que posteriormente fue analizado en articulación con la desgrabación de las sesiones de taller. Se generaron acuerdos previos al desarrollo del dispositivo con el equipo de trabajo con ajustes según las necesidades de la población participante. Las categorías emergentes permitieron problematizar mitos y creencias, así como poner en común temores vinculados con el proceso de cambio en el ciclo vital familiar. La profundización de la lactancia en el PIM en una institución sanitaria pública nos permitió no sólo reconocer aspectos específicos para su abordaje sino también comprender que se requiere de una perspectiva que logre pasar de respuestas institucionales homogéneas y estereotipadas a respuestas creativas, atentas a las necesidades de las personas, heterogéneas y adecuadas al escenario social complejo. Por lo tanto, se precisan intervenciones construidas desde una mirada contrahegemónica al sistema médico-farmacológico-financiero considerando las necesidades contextualizadas de quienes participan del dispositivo.

## Abstract

---

The present intervention in praxis research, had as objective to generate a supportive space on breastfeeding processes for pregnant women who attend to a device called Preparación Integral a la Maternidad (PIM) in the Primary healthcare center (CAPS) number 8, in the western zone of the city of San Luis. We specially work in relation to breastfeeding processes since week 32 of gestation to 30 days after the birth. The focus was placed on breastfeeding, understanding this practice as a complex process where various social actors and bio-psycho-historical-social and legal-economic factors interact and generate ruptures, continuities and give place to an immense plurality of real experiences that affects growth and development of early childhood. To build approaches to our objective, a methodological design built from a socio-community perspective was chosen. A group work device was proposed for the intervention that enabled a process of analysis of socio-critical information. Seven pregnant women and thirteen health professionals from diferents disciplines participated during the development of workshops at the PIM. A binnacle of the intervention process was kept, which was subsequently analyzed in conjunction with the recording of grupal sessions. Agreements with professionals were generated prior to the development of the intervention considering adjustments according the population´ needs. The emerging categories allowed us to problematize myths, beliefs and to share fears associated to changes in families´ life cycle. However, the PIM, as a strategic device framed within a public healthcare institution, requires moving from homogeneous and stereotyped institutional responses to creative, heterogeneous and appropriate responses to the complex social scenario. Therefore, it should be constructed from a counter-hegemonic perspective of medical-pharmacological-financial system, considering contextualized needs of those who participate in the device.

## Índice

---

<b>Agradecimientos</b> .....	<b>2</b>
<b>Resumen</b> .....	<b>3</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>4</b>
<b>Índice</b> .....	<b>5</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>6</b>
<b>Planteamiento del problema</b> .....	<b>8</b>
<b>Objetivos</b> .....	<b>16</b>
<b>Estado del arte</b> .....	<b>17</b>
<b>Marco teórico referencial</b> .....	<b>22</b>
<b>Descripción y análisis del desarrollo de la propuesta de la intervención</b> .....	<b>31</b>
<b>Interpretación de la información</b> .....	<b>37</b>
<b>Conclusiones</b> .....	<b>60</b>
<b>Bibliografía</b> .....	<b>65</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>72</b>

## Introducción

---

La problemática sobre la cual desarrollé una experiencia de intervención con construcción de conocimientos fue la *lactancia*, entendiendo a esta práctica como un complejo proceso donde interactúan diversos actores sociales y factores bio-psico-histórico-sociales y jurídico-económicos que generan rupturas, continuidades y que dan lugar a una inmensa pluralidad de experiencias reales. Estas experiencias están atravesadas por sentimientos ambivalentes en las mujeres y, a la vez, coexisten con diversas representaciones sociales en torno al tema.

La importancia de observar e intervenir en esta temática radica fundamentalmente en que la calidad de las experiencias en los primeros años de un sujeto son realmente trascendentales para toda la vida. El lactante es un ser muy vulnerable que se encuentra bajo dependencia absoluta de sus cuidadores y figuras de apego, presenta procesos primordiales de desarrollo y existencia que requieren de un cuidado particular para este periodo del desarrollo. La primera infancia es una etapa llena de oportunidades, pero también es altamente vulnerable a los desafíos del entorno. Es el periodo de más rapidez y mayor desarrollo en la vida de un sujeto. Mejorar las oportunidades que se ofrecen en el grupo etario de las primeras infancias posibilitará incidir en la mejora del desarrollo de los mismos. Esta mirada nos compromete a pensar en las infancias en su complejidad, considerando las dimensiones que las atraviesan y condicionan.

Asimismo, desde el punto de vista de la mujer, la perspectiva hegemónica de salud continúa privilegiando la arista biológica sobre los aspectos sociales, afectivos y culturales que las atraviesan. Además, posee lógicas individualizantes de responsabilidad en cada mujer que amamanta o aquella que no lo hace, en la que generalmente recae la culpabilización. Desde aquí, en ocasiones se ignoran, subestiman y prejuzgan los sentires, decires, deseos y decisiones de las mujeres cuyo protagonismo en los procesos de lactancia es indiscutible. Por lo que se evidencia

la falta de comprensión de este fenómeno como proceso dinámico, multideterminado y sobre todo intrínseco y subjetivo de cada persona. Así, las decisiones de las mujeres en torno a la lactancia no sólo son indispensables para su bienestar sino también para el proceso de crianza y para el crecimiento y desarrollo integral de su hija o hijo. Es el vínculo nutricional lo que se desenvuelve durante la alimentación, por lo que los procesos de bienestar-malestar confluyen en este acto.

## Planteamiento del problema

---

Es evidente que la alimentación es un aspecto fundamental para la promoción de la salud de las personas, ya sea a nivel nutricional, vincular y/o sanitario. Y amamantar o dar la teta constituye un acto claramente alimenticio. Sin embargo, pocas veces pensamos en la acción de alimentarse como práctica social. La compleja realidad deja entrever que será imposible abordar estos fenómenos desde una única perspectiva disciplinar, ya que el acto de nutrirnos, alimentarnos y nutrir a otros/as, va mucho más allá de un mero acto biológico.

La *lactancia materna* (LM) aporta innumerables beneficios a nivel inmunológico, nutricional, en la salud física y emocional (tanto del bebé como de su madre, y de su entorno) en su dimensión económica y hasta ecológica (impacto nacional y mundial). No obstante, lactar o dar el pecho no es la única forma existente de alimentar a un bebé.

En este sentido, la *lactancia artificial* (LA) implica la alimentación del neonato con un producto industrializado que sustituye la alimentación al pecho en tanto sucedáneo de la leche materna. Estas se denominan habitualmente leches de fórmula o leches “maternizadas” a pesar de no ser leches.

Asimismo, es esencial comprender que entre un extremo y el otro existe un abanico inmenso de formas, opciones, experiencias, vivencias, procesos y deseos, que anulan la idea de pensar en una única forma de lactancia por la diversidad y la complejidad que implican estos procesos.

Es en este abanico de posibilidades y contextos que algunas mujeres desean amamantar y lo logran; otras desean hacerlo pero encuentran muchas dificultades en el camino; otras lo hacen pese a no querer; otras no tienen el deseo de amamantar y, por lo tanto, no amamantan utilizando modos de alimentación a través de sucedáneos de leche materna; y también están aquellas que utilizan ambos métodos de alimentación de manera complementaria por diferentes razones, sea

por características de la producción de la leche materna o bien por las características contextuales que las atraviesan.

La mujer y su relación con la maternidad y la lactancia son temas complejos que generan controversia y relevancia social y política dando lugar a un gran número de planteamientos dicotómicos y supuestos contrapuestos, que generan constantemente la presencia de debates sociales.

Frecuentemente se cree que el hecho de “dar la teta” simplemente acontece ya que se da naturalmente, esto pensado desde una mirada reduccionista. Pero esta mirada olvida la complejidad que representa cualquier fenómeno (este u otro) dentro de un entramado social que es absolutamente heterogéneo y para nada unívoco, en un espacio y un tiempo determinado. Muchas veces está sostenido en la creencia del instinto materno, creencia social que deslegitima los procesos de construcción de saberes y aprendizajes de la maternidad y sostiene en un imaginario patriarcal este instinto en las mujeres (Ots, 2016).

Además, Gimeno (2018) sostiene al respecto: “si lo natural configura un orden moral, las mujeres no tienen la capacidad de dar de mamar, sino la obligación de hacerlo, y por tanto desaparece la libertad para escoger” (p. 210).

La antropología desde sus estudios sobre la lactancia materna (García Rodríguez, 2015; López Pérez, 2004; Massó Guijarro, 2015) nos da la posibilidad de problematizar sobre la lactancia, lo que implica dejar de dar por sentado los fenómenos, desnaturalizar la realidad, pararse desde la ignorancia frente al tema.

Y en este sentido, ¿cuántas veces damos lugar a problematizar el fenómeno de la lactancia? Pareciera ser que la mujer por el hecho de ser mujer, querrá ser madre, y cuando lo sea, amamantará, podrá y deseará hacerlo porque hay un dispositivo biológico que lo permite. Nada más objetable que estas últimas líneas.

Pero entonces las mujeres, ¿Siempre tendrán el deseo de ser madres? Si así fuese, ¿lo hacen por deseo o por imposición? ¿El inicio del amamantamiento representa un genuino deseo de ellas? ¿Y el que éste no se dé es por su falta de deseo? ¿Podría ser que ciertas características del entorno obstaculicen ese deseo? ¿De qué maneras la presión “social” puede llevar a las mujeres a dar el pecho? ¿Qué pasa cuando una mujer elige no amamantar y alimentar con leche artificial a su bebé? ¿Estos procesos dependen 100% de ella? ¿Por qué tener una mirada

unilineal? ¿Habrá una sola representación sobre ello? ¿Su rol de madre será mejor o peor en relación al modo de alimentar que elija para su hijo/a? ¿Es posible que la lactancia artificial logre procesos vinculares similares a los de la lactancia materna? ¿De qué maneras? ¿Qué implica?

Por otro lado, estas preguntas llevan a cuestionarnos por los/las bebés: ¿Qué necesitan? ¿Podemos escuchar/observar sus necesidades? ¿Todos/as necesitan lo mismo? ¿Por qué se da prioridad a la lactancia sobre las necesidades de crianza? ¿El modo de alimentación es determinante en las posibilidades de vinculación que la díada tenga? ¿Qué otros procesos y actividades hacen a la satisfacción de necesidades?

Analizando un fenómeno tan complejo no podemos pretender universalizar los hechos; será oportuno entonces pensar en la diversidad y problematizar la “obviedad”.

La mamá que decide amamantar nutre con el alimento más valioso que un bebé puede consumir. Y esto no solo se refiere a su alto e incomparable valor nutricional e innumerables aportes inmunológicos, sino y fundamentalmente a que ese agua maternal que viene de su cuerpo y está preparada específicamente para ese/a bebé y no otro/a, no sólo alimenta, sino que también permite generar un espacio de contención, de abrazo, de abrigo que hace a la relación de la díada. Cubre necesidades y potencia el vínculo de apego entre ese/a bebé y su madre. Cada encuentro, desde una vinculación afectuosa y contenedora, puede posibilitar un contacto placentero y frecuente. En este acercamiento no sólo se logra la nutrición, sino que le otorga, por un lado, seguridad y confianza; a la vez que una estimulación psicomotora apropiada que posibilitará el pasaje de la absoluta dependencia hacia la autonomía.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que la leche materna sea el alimento exclusivo de los bebés recién nacidos hasta los 6 meses de edad, y que hasta los 2 años se alimenten con una combinación de la misma con alimentos adecuados y nutritivos para su edad.

No obstante, según el último estado de situación de la lactancia materna realizado en 2022 mediante la Encuesta Nacional de Lactancia Materna (ENaLac) en Argentina, si bien hay una alta proporción de niños/as que inician la lactancia materna, es elevado también el porcentaje de niños/as que no realizan esta práctica de manera exclusiva (es decir, que se alimenten únicamente con leche humana hasta los 6 meses de vida).

Desde un punto de vista fisiológico, prácticamente todas las mujeres podrían amamantar si así lo quisieran (es decir, son muy pocos los motivos estrictamente médicos que imposibilitan esta práctica). Por otro lado, (en un mundo globalizado) no es menor hablar de la “gratuidad” que supone para la especie humana el acceso al mejor alimento nutricio que se le puede dar a un/a infante en edades tempranas, el cual fluye ni más ni menos que del propio cuerpo femenino. Ahora, si es tan maravillosa, ¿por qué las tasas de lactancia materna descienden cada vez más y aumenta la lactancia artificial?

La Asociación Española de Pediatría (2004) remarca que la lactancia materna en la especie humana, además de ser un proceso biológico, está condicionada por la cultura. Es un fenómeno biocultural. Es justamente esa esfera cultural lo que (en algunos espacios y tiempos) la hace vulnerable y propensa a disminuir su práctica, al verse influenciada en ocasiones por dispositivos reguladores que no apelan al bienestar de la comunidad, sino más bien operan bajo lógicas de consumo, de poder y de normalización social.

Hay múltiples factores que interactúan en esta compleja trama. Uno de ellos posiblemente sea el *modelo médico hegemónico patriarcal* (tan instalado aún en estos tiempos) que suele tener una mirada biologicista, individualista, ahistórica, asocial, descontextualizada. Este modelo naturaliza desde lo biológico un modelo de ser mujer y madre, y se la inviste de funciones que replican lógicas de poder y decisión desde lo esperable, sin reconocer las voces, realidades y deseos de cada una (Herrero Martínez, 2017). En esos términos, se deshumaniza la atención, provocando una asimetría de poder (y subordinación) médico – paciente atravesada además, y entre otras cosas, por cuestiones de género. Se le quita el papel central a la mujer, se la descalifica en su rol de madre, no se le respetan los tiempos propios de cada persona, y se tiende a intervenir y a patologizar procesos fisiológicos que se dan en parámetros de “normalidad” (es decir, se desnaturaliza algo fisiológico como es parir, y dar de mamar).

Se vislumbra entonces una privación del rol protagónico tanto en el proceso de dar a luz como en la posterior decisión del modo de alimentar a su bebé. Se le quita valor a la toma de decisiones y a la autodeterminación de cada mujer (en cuanto a sus decisiones y deseos) en todos estos procesos. Asimismo, se le hace sentir a la mujer que da el pecho que su leche no es buena, que no alimenta, generando infinidad de mitos alrededor de la lactancia materna que muchas veces en efecto producen la discontinuidad del proceso. Por otro lado, se idealiza el proceso de

lactancia y el de materner lo que ocasiona una visión simplista, reduccionista y poco certera del real atravesamiento que supone amamantar o no hacerlo, y cumplir el rol de madre.

En este sentido, las lógicas medicalizadoras en ocasiones patologizan lo natural, y naturalizan lo patológico, en pos de enriquecerse y empoderarse cumpliendo funciones de normatización, de control y de legitimación. Desde aquí es importante recuperar la Ley 25.929 de Parto Respetado, regulación específica que garantiza –entre otros derechos relativos a la prevención de la violencia de género en el marco del parto, parto y posparto– el derecho al acceso a la información, a recibir apoyo y a facilitar la tarea de lactancia para todas las personas gestantes que así lo deseen.

Como consecuencia de este modelo médico hegemónico, se observan niños/as (y madres) ya no tan saludables o más propensos a enfermedades, emocionalmente más vulnerables, lo que reaviva el inicio de un círculo que los lleva a la medicalización permanente y al control social. Este bebé que no recibió leche materna posiblemente se enferme más, y habite con mayor frecuencia los espacios de atención de la salud. Quizás requiera mayores hospitalizaciones o un mayor nivel de complejidad de cuidados a nivel sanitario, tal vez con consumo de fármacos, lo que supone además gastos económicos que se pueden pensar desde lo micro (la familia) pero que llevado a lo macro, representa un impacto de la economía a nivel nacional e incluso mundial.

Lo más perjudicial es que los profesionales de la salud actúan reforzando esta visión, siendo absolutamente inconscientes de ello. Existe una formación profesional que premeditadamente invisibiliza estas acciones patologizadoras, encubriéndolas como parte del acto médico “correcto”. Entender esto en términos de procesos de complejidad, y no en términos de denuncia, es clave para poder desentrañar el fenómeno.

Como se mencionó anteriormente, este modelo suele deshumanizar la atención, y esto trae como consecuencia el entorpecer los tiempos fisiológicos de cada binomio madre-hija/o. En este sentido, y cuanto más se desnaturaliza el trabajo de parto y el parto, más intervenciones sufre el binomio y esto repercute en el posterior proceso de lactancia materna. Esto trae aparejado que aquellas mamás que no pueden amamantar pese al deseo, o aquellas que deciden no hacerlo, suelen sentir “culpa” o se las haga sentir desde el sistema de salud, que no son “buenas madres” por no ofrecer leche materna a sus hijos/as. Esta presión puede llegar a tal punto que las madres al asistir a los controles periódicos de sus bebés tengan que mentir en cuanto a la alimentación y

los modos utilizados, para no sentirse juzgadas. Desde la sociedad también se favorece a la construcción de esta culpa, principalmente a través de familiares, vecinos/as, grupos con los cuáles interactúa en su vida cotidiana.

Por otro lado, y fundamentalmente en los últimos años, el bombardeo continuo de los *medios de comunicación y las redes sociales* operan en esta problemática como un disparador constante para naturalizar lo patológico, para normalizarlo. Podemos observar publicidades de leche de fórmula que muestran en menos de 40 segundos, felicidad, sonrisas, alegría, crecimiento, sistema inmune, desarrollo del cerebro, futuro; que plantean la noción de “lactancia mixta” (siendo ésta muy difícil de lograr una vez introducida la lactancia artificial). Asimismo, se deja entrever que el desarrollo neurotípico del bebé se producirá gracias a ese producto. Por otra parte, se seleccionan celebridades que sean *amigables* con las televidentes imponiendo una imagen de “mujer/madre ideal” e hijas/os ideales que responden a lógicas hegemónicas y estereotipos dominantes de belleza y de familia. También se observa el etiquetado engañoso como parte del *packaging* en leyendas como leche “maternizada”, o “rica en hierro y omega 3”, cuando sabemos que el aporte de estos nutrientes es prácticamente insignificante ya que el organismo del bebé no puede absorberlos, por más presentes que estén.

En este sentido, se deja entrever la perversa lógica de consumo de mercado que opera, la comunicación persuasiva que invade continuamente las cotidianidades como dispositivo regulador, y lo difícil que es para las familias salir ilesas de allí.

Tal vez la promoción y visibilidad de la complejidad del fenómeno podría quitarle poder y prestigio a las normas que rigen el consumismo exacerbado y al negocio millonario que significa la industria farmacéutica. La divulgación de información genuina y el ofrecimiento de herramientas a cada mamá y familia que le otorguen confianza (en lugar de incertidumbre) y la empodere mostrándole la potencia que tiene en su propio cuerpo para que pueda elegir desde el deseo, con todas las cartas sobre la mesa, conociendo y exigiendo que se garanticen todos sus derechos, escuchando y respetando sus vivencias y sus decisiones, quizás posibilite ir en detrimento de esa perversa lógica y sumar un granito de arena, para que la decisión de llevar adelante la práctica de la lactancia sea al menos más genuina y autodeterminada, y no porque no conocieron otra.

Por otro lado, es importante comprender cómo las *dinámicas de la vida diaria* son ampliamente diversas y afectan la lactancia. En un estudio realizado en España (Díaz – Gómez et al., 2016), se observó que el principal motivo para suspender la lactancia fue la sensación de baja producción de leche, seguido de la dificultad para combinar la lactancia materna con la actividad laboral. Otros de los inconvenientes referidos fueron dar el pecho en lugares públicos, los despertares nocturnos, y el menor aumento de peso del lactante. La incorporación laboral fue el principal motivo para elegir la lactancia artificial y para iniciar la lactancia parcial o mixta. Es claro cómo las dinámicas de mercado y de trabajo atraviesan la posibilidad de amamantar.

En un estudio similar en Brasil (Roig et al., 2010) se observó que el menor nivel de estudios de las madres se relacionaba con un mayor abandono de la lactancia materna y que los chupetes y suplementos ofrecidos en el hospital favorecían el abandono de la misma. La educación prenatal fue un factor protector para la lactancia materna.

Respecto a la estructura sanitaria, en San Luis el Sistema de Salud, se organiza desde el primer nivel de atención principalmente a través de los *CAPS (Centros de Atención Primaria)* que intentan brindar un modelo de Salud Comunitaria acercándose a los barrios y ofreciendo respuestas para disminuir las desigualdades sanitarias. Estos se rigen por la Ley N° III-0813-2012 que plantea una modificación de las lógicas del sistema de salud de San Luis hacia uno que busque:

Generar un cambio cualicuantitativo en el primer nivel de atención, promoviendo el trabajo en equipo interdisciplinario, integrando redes intra e intersectoriales, estimulando la participación comunitaria, planificando estrategias de promoción, prevención y protección de la salud, con el fin de elevar la calidad de vida de la comunidad sanluiseña brindando mejor accesibilidad al sistema de salud, estimulando comportamientos salugénicos y saludables, promoviendo la cultura y el capital social; todas éstas condiciones favorables y esenciales de la salud pública (p.1).

Lo peligroso es que a veces este propósito no se cumple y los CAPS y hospitales de primer nivel terminan convirtiéndose en instituciones tradicionales que repiten la lógica medicalizadora de control social y estatal, más que un espacio de acompañamiento a las personas.

Continuando con el marco normativo, es fundamental mencionar que en nuestro país existen dos políticas públicas que regulan la promoción y protección de la lactancia materna. Una

es la 26.873 “*Ley Nacional de Lactancia Materna*” (que contempla en el artículo 179, la hora de lactancia para mamás que trabajan) y otra normativa que no es tan específica pero que influye indirectamente: *Ley 25.929: “Ley Nacional de Parto Respetado”*.

En materia de lactancia casi todas las provincias argentinas tienen políticas específicas, San Luis y Formosa son las únicas dos que no cuentan con una política pública provincial. En San Luis tampoco se registran Bancos de Leche humana. Sin embargo, desde el Subprograma de Maternidad e Infancia de San Luis, se ha luchado en los últimos años por generar Espacios Amigos de la Lactancia Humana tanto en ámbitos privados como públicos y en diferentes jurisdicciones de la provincia.

De estos antecedentes, sumado a la poca participación y consideración en la toma de decisiones y a la autodeterminación de cada mujer en los procesos de lactancia, surge el siguiente interrogante:

¿Cómo acompañar a mujeres que cursen su embarazo desde el tercer trimestre y hasta los 30 días de nacido el bebé para fortalecer sus decisiones en relación con los procesos de lactancia en un espacio para ellas en un centro de salud de la zona oeste de la ciudad de San Luis?

## Objetivos

---

Los objetivos del presente trabajo son:

- **Objetivo General:**

Generar un espacio de acompañamiento en el que se fortalezcan las decisiones de las mujeres que asisten al centro de salud N° 8 de la zona oeste de la ciudad de San Luis en relación a los procesos de lactancia desde la semana 32 de gestación hasta los 30 días posteriores al nacimiento del bebé.

- **Objetivos Específicos:**

- Identificar los procesos que intervienen en los espacios de intercambio y acompañamiento sobre lactancia desde el respeto de las subjetividades y contextos de las mujeres en el marco interdisciplinario de los PIM.
- Construir ejes de problematización de las temáticas emergentes vinculadas con la lactancia en los procesos de acompañamiento de prelactancia y lactancia.
- Comprender los procesos implicados en la posibilidad de decidir los modos de alimentación que las mujeres pueden y desean implementar en la crianza de sus hijos/as.

## Estado del arte

---

En la búsqueda de publicaciones realizadas en base a trabajos de *intervenciones*, se encontraron 3 antecedentes. Estos lo hacen a través de la educación de cómo lactar, pero al no precisar los contenidos ni las lógicas de esos procesos de enseñanza se puede sospechar que estas se realizan desde lógicas verticales, biomédicas y resultadistas de la salud, tratando con dichas intervenciones de modificar conductas y promocionar la lactancia materna como única opción posible, sin posibilidad de discutir, refutar o problematizar el fenómeno desde ópticas psicoafectivas ni socio-culturales. Estas miradas dificultan la elección libre de cada mujer y su familia en torno a los procesos de lactancia. Por otro lado, ante la búsqueda bibliográfica sobre lactancia artificial no se hallaron intervenciones. Es decir, las intervenciones sólo miran con qué alimento se lacta y no la calidad del vínculo que se genera en la alimentación presente. Todos los artículos se centran en la mujer y no miran qué otras personas intervienen en el proceso de alimentación.

En la publicación *“Intervención educativa sobre lactancia materna en los primeros seis meses de vida”* (Gorrita Pérez et al., 2016) realizada en Cuba, el objetivo fue determinar el efecto de una intervención educativa sobre la lactancia materna en los primeros 6 meses en 2 grupos de mujeres de un Policlínico de San José de las Lajas, Cuba. Se conformaron dos grupos homogéneos de 67 madres y sus bebés, uno “capacitado”; y otro control, “no capacitado”. Se exploraron: tiempo de lactancia, causas de abandono, morbilidad, pesos y tallas al nacer, a los 3 y 6 meses. Si bien no se explicita en el trabajo las características que se tuvieron en cuenta para realizar la intervención, como resultado se observó que las madres capacitadas lactaron de forma exclusiva mayoritariamente de 4 a 6 meses, y las no capacitadas de 1 a 3. Por lo que se concluyó que la intervención educativa resultó efectiva; se alcanzaron mejores tiempos de lactancia materna exclusiva, menor morbilidad y mayores percentiles de peso y talla para la edad, en el grupo intervenido.

En la tesis *“Efecto de una intervención educativa en el conocimiento y prácticas de madres primíparas sobre lactancia materna en el servicio de alojamiento conjunto del Hospital Luis Negreiros Vega Callao 2017”* (Pérez Altamirano, 2017), realizada en Perú, el objetivo fue determinar el efecto de la intervención educativa en el incremento de conocimiento y prácticas de madres primíparas sobre lactancia materna. La población estuvo constituida por 32 mujeres del servicio de alojamiento conjunto a quienes se les realizó un pre test, luego participaron de dos sesiones educativas, y al tercer día se les tomó un post test. Los resultados demostraron que hubo un incremento en el nivel alto de conocimiento de 6.25% a 59.38%. Con respecto a la variable práctica hubo un incremento en las prácticas adecuadas de 37.50% al 81.25%. Se concluye que la intervención educativa que se brindó tuvo un efecto positivo puesto que hubo un incremento en el nivel tanto de conocimientos como también de práctica de lactancia materna, favoreciendo la salud del binomio, familia y comunidad.

En el artículo español *“Resultado de una intervención de educación para la salud en la continuidad de la lactancia materna”* (Molinero Díaz et al., 2015) el objetivo fue evaluar la eficacia de una intervención de enfermería. El estudio quedó comprendido por 100 mujeres sanas y a sus bebés sanos divididos en un grupo control y otro experimental que participó de procesos de consulta en la lactancia. Al primer grupo se le aplicó la intervención basada en la observación activa de la toma de pecho, corrección de posturas y resolución de dudas en el período posparto (24-48 hs tras el parto). Al segundo grupo se le aplicaron las intervenciones habituales del servicio (intervenciones solo en caso de dudas o problemas). Los resultados muestran que un 39,8% de las mujeres tenían problemas para dar el pecho y un 72% necesitaba ayuda para iniciar la lactancia materna. Aproximadamente un 79,9% continuó con la lactancia materna al alta hospitalaria. El abandono de lactancia materna al alta, fue de un 31,1% en el grupo control y de un 10,9% en el grupo experimental, mostrando diferencias significativas en ambos grupos. A los 3 meses el abandono de la lactancia fue del 16,9% en el grupo control y de un 9% en el grupo experimental. A los 6 meses abandonaron la lactancia materna un 19,3% en el grupo control frente a un 15,9% en el grupo experimental. Se concluye en el estudio que las acciones posnatales realizadas fueron eficaces para la instauración de la lactancia materna al alta hospitalaria.

A su vez, existen trabajos teóricos que enriquecen el trabajo y dejan en evidencia la complejidad de la temática y plantean nuevas aristas en las que reflexionar y revisar en el quehacer cotidiano.

En el artículo *“Lactancia materna y feminismos: una revisión desde la perspectiva de género”* (2020) cuya autoría es de dos obstetras de España: Vázquez Herrero y de Anta Rodríguez. Las autoras llevaron adelante una revisión bibliográfica cuyo objetivo fue conocer las distintas posturas del movimiento feminista y los estereotipos existentes en relación con la maternidad y la lactancia. Como resultado se observó controversia respecto a la LM dentro de las diferentes corrientes feministas. Se plantean dos posturas que son excluyentes. En una de ellas, el discurso feminista se ha usado para descomponer el modelo de “buena madre”; dicha corriente considera la LM como un instrumento usado para ejercer culpa y control sobre las mujeres. Del otro lado, se plantea una postura contraria que supone una reconstrucción de la maternidad, alzando el poder femenino y resaltando el empoderamiento y la transformación social que supone la LM. Se defiende el acto de amamantar como un derecho femenino que produce bienestar y salud. Algunas representantes de esta corriente consideran que esta perspectiva es una oportunidad para la refundación de la LM como una práctica feminista. La elección entre la LM o la lactancia artificial ha traspasado el límite de lo privado. Así, hoy las mujeres se enfrentan a presiones y críticas, tanto si se inclinan por una LM como si eligen una lactancia artificial.

Sin dudas esta revisión señala la importancia que tiene el acto de amamantar dentro de la sociedad, que no se limita a un acto biológico sino que llega a definir la identidad femenina marcando las vivencias de las mujeres tras el nacimiento de sus hijos/as y deja entrever que revisar los principios de la medicina occidental y comprender las vinculaciones entre lo natural y lo social (en este caso desde la perspectiva de género), nos permite avanzar en la comprensión de la maternidad y la lactancia.

Al analizar la publicación *“La culpa de las madres. Promover la lactancia materna sin presionar a las mujeres”* de las autoras españolas Olza et al (2017), se plantea allí que, tanto en los entornos sanitarios como en las redes sociales, se hace referencia a la “presión” que reciben

las embarazadas y madres recientes para amamantar a sus bebés, como una de las principales causantes de sentimiento de culpa y sufrimiento emocional en el posparto inmediato. La alimentación de los bebés se ha convertido en un tema de debate social, que hace que las madres vivan con presión, culpa o vergüenza su decisión de alimentar a sus bebés con leche artificial, o incluso de prolongar la lactancia pasados los dos primeros años. El texto señala la influencia del sistema médico tradicionalmente patriarcal. Al centrar toda observación e indicación en los aspectos nutricionales y mecánicos de la lactancia en lugar de en la experiencia que ello significa para las madres, los/las profesionales perpetúan el paternalismo médico. Como resultado, se pone el foco en lo biomédico y esto contribuye a disociar el cuerpo de la experiencia maternal de amamantar. La publicación también menciona en su recorrido a la autora Wiessinger que en 1996 recoge el sentir de muchas madres que sintieron que con un mejor apoyo por parte de los/las profesionales seguramente hubiera sido más fácil amamantar y prolongar la lactancia tal como lo deseaban. En otro estudio similar, los padres plasmaron también que hubieran querido tener más información para aprender sobre su nuevo rol y poder defender y apoyar la lactancia de una mejor manera. Es en este sentido que el texto propone tres elementos indispensables para un apoyo a la lactancia materna que no promueva la culpa: informar sin presionar con participación del contexto, cuidar la salud mental y reivindicar el placer. El propósito fundamental de este artículo fue contribuir a aumentar el espacio de información, elección y libertad en el que se toman las decisiones y se instauran y mantienen tanto los comportamientos individuales como las prácticas sociales en torno a la lactancia.

Será fundamental entonces analizar y revisar la promoción vigente que se está haciendo de la lactancia desde diversas ópticas, necesariamente interdisciplinarias, que incluyan lo social y lo cultural.

Por último, en la publicación *“Percepciones y experiencias de usuarias sobre las limitaciones sanitarias para la promoción de lactancia materna”* realizada por Rangel Flores et al. (2018), se buscó comprender las percepciones y experiencias de 12 mujeres de distintos servicios de salud respecto a las limitaciones sanitarias para la promoción de la LM en una comunidad socialmente vulnerable en San Luis Potosí, México. Se realizaron entrevistas que evidenciaron que las mujeres recibían poca capacitación para la lactancia durante la etapa

prenatal y la información que llegaba ocurría de manera impersonal, por ejemplo, por medio de folletería que no favorecía la interacción real entre el personal sanitario y las gestantes. Otras mencionaron como algo incómodo la revisión rutinaria de sus pezones sin preguntar sobre el deseo ni brindar ningún tipo de información que justifique ese acto. Asimismo, respecto al momento del nacimiento, se evidenció la falta de sensibilización y en algunos casos de formación del personal para intervenir frente a las dificultades de la lactancia. Ya en el puerperio, algunas narraron cómo el personal parecía olvidarse de la lactancia luego del parto, otras relataron sentirse presionadas con llevar adelante dicha práctica (sin valorar las dificultades que enfrentaban ni los deseos en torno a ello). Un tercer grupo de mujeres refirió que una vez que el personal corroboraba la continuidad de la práctica, no existía hacia ellas ningún tipo de reforzamiento posterior. Respecto al deseo de abandonar la lactancia, se identificó el caso de mujeres que habían suspendido, pero que antes de tomar esta decisión refirieron haber manifestado este deseo y buscaron el consejo profesional sobre cómo dejar de hacerlo, para minimizar las consecuencias para la salud de sus hijos/as. La mayoría no sólo no encontró dicha información, sino que sintió haber percibido una actitud hostil por parte del personal ante esta decisión. En términos generales, las entrevistadas pedían que el personal sea sensible a sus condiciones de vida particulares. La mayoría narra experiencias de exigencia y juzgamiento, más que de consejería, por parte del personal de salud.

Indudablemente, los sentires y decires de las mujeres entrevistadas en el estudio dejan en evidencia que la perspectiva sanitarista continúa privilegiando la arista biológica sobre los aspectos sociales y culturales e individuales que inciden en los procesos de salud y enfermedad que hacen de éstos procesos dinámicos, multideterminados y sobre todo disímiles en cada sujeto.

Por otra parte, la escasa bibliografía en torno a la autodeterminación sobre la práctica de los procesos de lactancia, dificultó el encuentro de intervenciones similares a las planteadas en el presente proyecto.

## Marco teórico referencial

---

Para comenzar nos parece indispensable definir la *Lactancia Materna* (LM). Ésta es el acto de alimentar al bebé del propio pecho de la madre, es decir, con leche humana producida en las glándulas mamarias.

La sigla LME es muy utilizada en bibliografía que aborda la temática, significa *Lactancia Materna Exclusiva*, y dentro de esta categoría se incluyen a los lactantes de 0 a 6 meses de edad que se alimentan exclusivamente con leche materna. Este concepto está en relación a la recomendación de la OMS y UNICEF (2015 citado en UNICEF, s/f):

Se recomienda que la leche materna sea el alimento exclusivo de los bebés recién nacidos hasta los 6 meses de edad, y que hasta los 2 años o más se alimenten con una combinación de la misma con alimentos adecuados y nutritivos para su edad.

La *Lactancia Artificial* (LA) es un sustituto de la leche materna, industrializado, artificial, para alimentar a bebés menores de 12 meses. Dentro de este grupo existen: la leche de fórmula de inicio (pensada para bebés desde su nacimiento hasta los seis meses como único alimento) y las de continuación (aquellas que se administran a partir de los seis meses en conjunto con otros alimentos). Los nombres habituales que suelen recibir son leche de fórmula, o fórmulas para lactantes en polvo/líquida de inicio/de continuación, según corresponda.

Decimos que aquellos bebés que reciben una alimentación combinada de leche materna y sucedáneos de leche materna, mantienen una *Lactancia Mixta*.

En relación al concepto de lactante, López Luque et al. (2000) sostienen:

El término "lactante" se emplea para designar a los individuos de menos de doce meses de edad; este primer año de vida tiene unas características especiales: 1) crecimiento muy rápido con gran requerimiento energético e 2) inmadurez de órganos y sistemas (digestivo, renal y, principalmente, neurológico). Una adecuada alimentación durante la lactancia es trascendental para prevenir patologías de alta prevalencia en la vida adulta. (p. 360).

Sin embargo, será importante incluir dentro de esta definición a los bebés que transcurren el segundo año de vida, entendiendo asimismo a esta edad con las características particulares del primer año. Por otro lado, y no menos importante, comprender que cuando hablamos de lactante no sólo nos referimos al acto alimenticio biológico que el comer implica, sino que existirán en el/la bebé características particulares integrales del desarrollo que estarán intrínsecamente vinculadas a la necesidad del sostén afectivo.

En consonancia con esto, Carletto Melo afirma (2019):

El ser humano es desde su nacimiento, frágil y dependiente del cuidado de otro ser humano. Necesitamos un vínculo para sobrevivir. Alguien necesita cuidar las necesidades básicas del nuevo ser, que van desde la parte orgánica con la necesidad de ser nutrido, limpio, protegido, hasta la parte más emocional, de nutrir nuestros sentidos con colores, aromas, sabores, temperatura, el espacio, el dolor y el placer. Somos seres sociales, y para ello necesitamos al otro para sobrevivir y aprender a vivir de verdad. (p. 99-100)

A diferencia de otros mamíferos, el recién nacido humano culmina su periodo dentro del útero a los 9 meses. Esta característica lo hace nacer de una forma bastante inmadura, lo que exige una/un otra/o que sostenga, nutra, cuide, críe y proteja hasta lograr mayor autonomía.

Schellhorn y Valdés reafirman (2010):

Al nacer a los 9 meses de gestación, se facilita el nacimiento humano, pero el producto es muy inmaduro comparado con los demás mamíferos. Requiere ser transportado y alimentado en forma especial, mientras completa su desarrollo, emulando a los

marsupiales (canguros), que naciendo muy precozmente, completan su desarrollo en la bolsa marsupial (p. 12).

Gutman (2020) habla de un periodo de *exterogestación*, que equivale a los primeros 9 meses fuera del útero, etapa en la que la vulnerabilidad presente en la cría humana, vislumbra una serie de *Necesidades Básicas intrínsecas al Recién Nacido (NBRN)* que deben ser cubiertas para su supervivencia y cuidado. Estas necesidades son aquellas mismas que fueron satisfechas de manera permanente en el útero, y que luego del nacimiento deben ser cubiertas fuera de él. Estas son:

- ❖ **Comunicación:** Implica la interacción permanente y dinámica entre el/la bebé y otra/o, a través del interjuego de miradas, presencia, palabras, calor, sostén, y amor. Esta interacción primera es tan grandiosa, que constituye en parte las bases del posterior desarrollo del lenguaje de ese niño/a.
- ❖ **Contacto:** Es la necesidad del/la bebé de estar en contacto con un/a otro/a la mayor parte del tiempo, el ser sostenido cerca de otro cuerpo en brazos, de un alguien que lo hamaque, lo contenga, lo acune, lo acaricie, lo cuide, y brinde un diálogo tónico casi permanente. (Aunque parezca muy sencillo cubrir esta necesidad, en la sociedad occidental “hacerle upa” constantemente al bebé se asocia a que se lo está “malcriando”, “a que se volverá muy mamerero”, a “que se lo sobreprotege” entre otras ideas, lo que hace que por ejemplo algunos/as bebés pasen muchas horas en el cochecito sin ser alzados o duerman en una cuna lejos de su figura de apego aunque esto le cueste una noche de llanto).
- ❖ **Alimento:** El/la bebé debería tener la posibilidad de succionar, ingerir y satisfacer el hambre cada vez que él/ella lo requiera adecuándose a los distintos períodos de desarrollo en la ingesta de alimentos.

En este sentido, es importante remarcar que hablamos de *necesidades*, y así como la alimentación constituye una necesidad básica, también lo es para nuestros niños/as en sus primeros años de vida una necesidad (y no un capricho) el estar en contacto, el ser cuidado, protegido, sostenido y hablado, escuchado, mirado, tocado, y el que se le brinden vínculos desde el amor y el respeto.

Sin dudas, el *amamantamiento* cuando se ofrezca desde el deseo, el disfrute y el encuentro cercano y amoroso, posibilitará la cobertura de todas las necesidades del bebé incluso en un mismo acto. Pero será interesante reflexionar acerca de las necesidades básicas del recién nacido (NBRN) cuando en lugar de dar el pecho se ofrezca una *mamadera*. Considero ello, un tema poco debatido por los autores a favor de la lactancia materna, pero que requiere una reflexión.

Claramente pasarán cosas distintas. Sobre todo, en lo que refiere a la información recibida a nivel sensorial y propioceptiva en la zona perioral del bebé. Lógicamente el complejo areola-pechón será un disparador sin igual de estímulos, diferentes a los que proveerá una tetina. Sin embargo, refiriéndonos especialmente a la cobertura de las necesidades, el alimento podrá ser el mismo o no (es decir, podrá ofrecerse leche materna extraída, o bien leche de fórmula) y quizás ahí esté la mayor diferencia (a nivel inmunológico, nutricional). Pero independientemente de esto, es de gran importancia *cómo* cumpla ese rol quien alimente. Es importante que al dar la mamadera se priorice el contacto, brindando comunicación visual, verbal y táctil, ofreciendo el alimento a demanda, y respetando los tiempos del bebé en un clima tan amoroso como el que pudiera generarse en el pecho materno.

Asimismo, esta mirada “libera” el peso a la madre, en tanto cualquier persona (papá, abuelos/as, etc.) podrán llevar adelante esta significativa pero también ardua tarea, lo que posibilita un equilibrio de cargas en los roles de crianza, que tan frecuentemente ha caído en las mujeres.

En relación a lo que se acaba de hacer mención, y si pensamos en el concepto de *mujer/madre* que da el pecho (la otra parte del binomio), pocos libros de la temática de puericultura hacen una reflexión sobre el mismo. Más bien se describen diferentes situaciones que la podrían afectar y pondrían en riesgo la lactancia. En este sentido es que se hace necesario ahondar en otras disciplinas, pues si se quiere teorizar sobre el deseo y la autodeterminación de la mujer en relación a la lactancia, no hay respuesta alguna en la bibliografía “clásica”.

Los mandatos sexogénéricos representan una manera de presionar a las personas a seguir los modelos propuestos por los roles y los estereotipos de género que asignan formas de ser y de comportarse a los hombres y a las mujeres a través de atributos de lo que se considera femenino y lo que se considera masculino. Estos estereotipos, roles y mandatos no representan para nada la

diversidad de formas en las que vivimos, nos identificamos, expresamos nuestra sexualidad, nuestros afectos y nuestro género. Se asumen como mandatos de género femeninos cuestiones como la maternidad, la crianza de los hijos/as, la belleza estereotípica, la institución del matrimonio, las labores del hogar, el confinamiento al ámbito privado, entre muchas otras cosas.

Esta visión de la relación madre-hijo/a oculta las falencias de un orden social que deslinda responsabilidades en el cuidado y en la educación de los niños/as, direccionándolas exclusivamente a las mujeres con argumentaciones biologicistas.

En relación con esto, la Filósofa y Antropóloga Massó Guijarro (2015) ofrece claridad:

Ser mujer no implica que seas madre, ni implica que se deba amamantar aunque se tenga capacidad biológica para ambas cosas. La lactancia materna es una parte más de la vida reproductiva de la mujer pero no es una condición necesaria para ser madre. Más bien es una posibilidad más de la decisión materna, en la que la responsabilidad final no es tan solo exclusiva de la mujer, sino que sería una responsabilidad colectiva que abarca a toda la sociedad en su conjunto (p. 205).

La experiencia que atraviesa una mujer al decidir amamantar o no hacerlo, requiere comprender la complejidad implícita que ello supone. De ningún modo puede ser analizado este aspecto desde un único ángulo, ya que comprende una red de factores emocionales, afectivos y sociales, y en el que juegan un lugar fundamental los valores morales, médicos, sociales, religiosos y culturales de las protagonistas (las madres) y también los de sus familias.

Asimismo, esa responsabilidad colectiva de la que habla Massó Guijarro, lleva implícita la necesidad de ofrecer y mejorar el apoyo social a las madres desde todos los ámbitos sociales ya sean políticos, sanitarios, o familiares.

Por otro lado, como explica Adelaida Colángelo (2003), así como aquello que llamamos infancia no representa lo mismo ni es vivido de la misma manera en todos los grupos humanos, no existe una crianza universal. En cada sociedad y tiempo se configuran formas de crianzas diferentes y sin dudas los modos de alimentación en los primeros tiempos de vida están intrínsecamente relacionados a este parámetro por tanto también serán heterogéneos y dinámicos.

En este sentido es fundamental dar paso a la idea de refutar lo universal: así como la antropología refutó la idea universal de la familia nuclear o del capitalismo como modo de vida, también debemos refutar la universalidad que lleva cargada la noción de “lactancia materna”. Para hacer un proceso de desnaturalización de este evento será clave entender que como todo fenómeno social, estará condicionado por procesos históricos que irán cambiando en el tiempo y lugar donde se producen.

En ese marco, los procesos de lactancia en países occidentales no son los mismos que en otros territorios, ni son los mismos hoy, que hace 100 años, ni 30, o 10. Incluso, dos familias pueden tener características tan similares (a nivel histórico, social, económico, geográfico, educativo, etc) que podrían pensarse como homogéneas y sin embargo este fenómeno puede ser totalmente disímil en un caso y en otro.

Por otro lado, el batallar con algunos *presupuestos* (tal como lo hace Fonseca, 1998) relativos a la lactancia puede ayudar a desentrañar más el fenómeno:

*- El supuesto de que aquella madre que da la teta a demanda está cuidando y protegiendo a su bebé.*

*- El supuesto de que aquella madre que no da la teta, y ofrece a su bebé un producto industrializado como es la leche de fórmula, está descuidándolo, en tanto salud física y/o emocionalmente.*

Ambos presupuestos son antagónicos y a la vez “ambiguos” según cómo se los mire.

En muchas ocasiones (y según el entorno) se valora a la mujer que decide no amamantar y dar leche de fórmula (de hecho, sólo basta ver una publicidad para ver los ideales hegemónicos dominantes relativos al género, a la familia, a la crianza, y a la niñez temprana que se intentan transmitir).

En otras se presiona a la mujer a que amamante (incluso aunque no quiera), pero luego si esa misma mamá (u otra) decide prolongar la lactancia más allá del año o dos, la comienzan a juzgar por amamantar mucho tiempo a su hijo/a.

En este sentido, cabe decir que desde luego se puede descuidar a un niño/a en su primera infancia, aún cuando se esté ofreciendo leche materna mediante el amamantamiento; y viceversa, se podrá brindar una atención de calidad, respeto y contención aún alimentando con una mamadera. Este fenómeno está colmado de grises y es preciso evidenciarlo, ya que continuamente se presentan múltiples situaciones (hacia un lado y hacia el otro) que obstaculizan la comprensión del fenómeno. El error radica en hacer una lectura lineal, descuidando lo complejo y multifactorial del proceso y las representaciones que entran en juego.

En relación con las *lógicas de atención* en el sistema de salud (público y privado), es frecuente observar que los/las agentes de salud (pediatras, médicos/as generalistas o de familia, obstetras, enfermeros/as, etc) que rodean a la mujer en las diferentes etapas que va atravesando, suelen “olvidar” el rol protagónico que tiene la mujer allí (entendiendo a estos procesos inertes a la fisiología de la mujer), lo que impacta de manera directa en la *confianza* en sí mismas. Esta inseguridad (que paradójicamente la produce el sistema de salud que debería acompañarla) genera una serie de sentimientos enlazados a la incertidumbre, el temor, la pérdida de la confianza, la desinformación, que las coloca en un rol pasivo y sumiso de descalificación permanente que trae como consecuencia la creencia de que no pueden (“no puede parir”, “no puede amamantar”, “su leche no es buena”, “su leche no alcanza”).

En tal sentido, es importante remarcar que desde mi experiencia profesional son muy pocas las mujeres que deciden no dar la teta por decisión real, consciente. La mayoría de las mujeres que no amamantan deseaban hacerlo, pero no pudieron por distintas situaciones particulares entre las que se destaca el quebrantamiento de la confianza y el corrimiento del centro del protagonismo de la situación.

La violencia obstétrica amerita un trabajo aparte, pero resulta inaceptable dejar de hacer mención a ello. Existe una relación entre el parto y la lactancia, pues el proceso del parto influye en el establecimiento de la lactancia. Un parto inducido, muy intervenido, muy medicado, deshumanizado o con situaciones de estrés para la madre, puede condicionar negativamente el inicio y establecimiento de la lactancia. En este sentido, será fundamental desmembrar las normativas existentes en torno al tema.

La Ley 25.929 Ley Nacional de Parto Respetado fue sancionada en 2004 y reglamentada en 2015. Esta ley protege los derechos de madres e hijos/as durante embarazo, nacimiento y posparto, tanto en el ámbito público como en el privado y sea cual sea la vía de parto. Entre los considerandos de la normativa se incluyen que la *persona gestante* tiene derecho a ser informada de las intervenciones médicas que pudieran tener lugar en el parto. Deberán ofrecerse alternativas, tratarlas con respeto y de modo individual y personalizado, cuidando su intimidad, teniendo en cuenta sus pautas culturales y pensándola como persona sana y protagonista de ese proceso. En el caso de los partos naturales, se deberán respetar sus tiempos, evitando prácticas y medicación invasiva y sin justificación. Asimismo, podrá estar acompañada por una persona en todo el proceso. Además, tiene derecho a tener a su bebé todo el tiempo que esté internada y también, a ser informada de los beneficios de la lactancia materna y de los cuidados propios del recién nacido/a.

Asimismo, y en relación al/ a la *recién nacido/a* la ley contempla que tiene derecho a ser tratado/a en forma respetuosa y digna, a ser identificados/as inequívocamente, y a no ser sometido/a a ninguna intervención sin consentimiento de los padres. Además, tiene derecho a la internación conjunta con su madre y a que sus padres reciban adecuado asesoramiento para la crianza.

La Ley 26.873 Ley Nacional de Lactancia Materna, sancionada en el 2013 y reglamentada en el 2015, vela por la promoción y concientización pública sobre la importancia de la lactancia materna y de las prácticas óptimas de nutrición para la niñez hasta los 2 años. En cuanto a sus alcances, se plantean las siguientes acciones: a) Promoción de lactancia materna exclusiva y prácticas óptimas de alimentación en niños/as de hasta los seis 6 meses de edad. b) Promoción de lactancia materna continuada y alimentación complementaria oportuna para niños/as de hasta dos 2 años de vida. c) Difusión y accesibilidad a la información a los efectos de la concientización pública, en especial de las mujeres embarazadas. d) Promoción y apoyo a la creación de centros de lactancia materna y bancos de leche materna.

Algunos objetivos de la ley son: Difundir el Código de Sucedáneos de la leche, capacitar profesionales que intervengan en la salud materno-infantil y realizar campañas de promoción a la

comunidad. Promover tanto la normativa necesaria para la protección de la madre trabajadora en período de lactancia como el establecimiento de lactarios en los lugares de trabajo.

Por otra parte consideramos pertinente revisar los paradigmas presentes en las lógicas de intervención. Considerando que el presente trabajo representa una intervención concreta, es necesario hacer mención de las diferencias entre los paradigmas de *educación para la salud* y la *promoción de la salud*.

Las lógicas que regulan la *educación para la salud* se vinculan a una mirada más tecnocrática en donde se transmiten saberes hegemónicos desde concepciones verticalistas que se basan en brindar información y en donde quién aprende se encuentra en un rol pasivo. Reproduce una concepción de salud definida y normativizada desde los discursos biomédicos. Busca imponer concepciones racionales del bienestar y de las conductas saludables sin tener en cuenta las subjetividades y experiencias de los sujetos implicados (Garelli y Dumrauf, 2021).

En el otro polo, encontramos la *promoción de la salud*. Chapela (2007) hace una categorización de los distintos tipos de promociones de la salud de acuerdo a las concepciones que se tengan de la persona y de las formas del ejercicio del poder, en este trabajo nos apoyaremos en la concepción de promoción de la salud asociada a la construcción de conocimiento y con la presencia de un sujeto *ético*, activo, con capacidad de participación que signifique, dé contenido, formule, decida y logre su futuro. En la medida que la participación de los sujetos aumente, existirá mayor autonomía y el poder circulante será más horizontal. En palabras de Chapela, es lo que ella llama *promoción de la salud emancipatoria, ciudadana o autónoma*.

Es importante percibir la diferencia, pues en la presente intervención se busca abordar la misma desde lógicas de promoción de la salud más horizontales y autónomas, que habiliten la posibilidad de construir saberes socialmente significativos que se juegan y significan desde los territorios mismos y con quienes participen de los espacios propuestos.

## Descripción y análisis del desarrollo de la propuesta de intervención

---

### **Perspectiva asumida de la intervención**

El trabajo propuesto se llevó a cabo desde una *perspectiva implicacionista o socio-comunitaria*, lo que denota el propósito de intervenir/investigar estableciendo una relación dialéctica entre ambas dimensiones (investigación-intervención), desde una concepción alternativa aportando una mirada crítica. Asimismo, se consideró la horizontalidad en la relación entre los sujetos, lo que ha permitido la circularidad del poder y una *relación de participación* de sujeto/objeto de investigación. Por último, este posicionamiento para problematizar la realidad requirió atravesar el proceso de manera más integral, reconociéndonos y reconociendo al/a la otro/a como *sujeto sentipensante*, ya que no es posible disgregar en el accionar, el pensamiento de los sentimientos. (Enriquez y Luciano, 2018).

La estrategia metodológica utilizada en el presente trabajo fue la estrategia *cualitativa crítica* ya que la intervención y recolección de investigación fue a partir de un dispositivo de trabajo grupal que se ajustó a dichas características, fue en praxis reflexiva y posibilitó un proceso de análisis de la información cualitativo.

### **Sujetos y escenario**

El escenario en el que tuvo lugar la intervención, ha sido el CAPS N°8 “1ro de mayo”, ubicado en la zona oeste de la ciudad de San Luis.

Las participantes de la intervención fueron el grupo de mujeres gestantes que asistían al CAPS concurriendo a los encuentros semanales llamados PIM (Preparación Integral para la

Maternidad). Asimismo, las trabajadoras del equipo de salud que coordinaban el PIM también fueron partícipes del estudio (obstetra, psicóloga, enfermera, agentes sanitarias y estudiantes de obstetricia). Se incluyó a las mismas en la intervención ya que ellas venían sosteniendo el espacio, y sus aportes y participación también permitieron la emergencia de categorías por lo que se consideró fundamental incluirlas.

La selección de participantes se realizó en base a un *muestreo intencional*, basado en criterios de participación en el PIM, estar embarazadas transitando el último trimestre de gestación, y las profesionales que acompañaban la actividad.

En relación a las mujeres gestantes, el grupo era variable y estuvo conformado por 7 mujeres de barrios lindantes del CAPS, con edades comprendidas entre 15 y 34 años, 5 de ellas primigestas y 2 con hijos/as previos/as. Por lo que el grupo de mujeres gestantes quedó conformado por:

- Alejandra de 36 semanas.
- Marcela de 30 semanas.
- Rocío de 27 semanas.
- Norma de 35 semanas.
- Graciela de 30 semanas.
- Débora de 33 semanas.
- Myriam de 33 semanas.

Respecto a las profesionales, quienes coordinaban el espacio fueron fundamentalmente la obstetra y la psicóloga del CAPS. Ocasionalmente, se sumaron las agentes sanitarias, la enfermera y algunas estudiantes de obstetricia que concurrían como observadoras no participantes.

## **Estrategias de abordaje de la intervención**

Las estrategias pensadas para el presente trabajo fueron aquellas basadas en *la intervención desde la praxis*, la cual supone modos de producir conocimiento en la acción reflexionada, favoreciendo a la transformación de circunstancias sociales con la incorporación de actores sociales comprometidos con esa transformación. Se trata de un movimiento dialéctico, dinámico, retroalimentado e inevitable entre la práctica y la teoría para lograr cambios en la sociedad.

En este sentido, surgió la necesidad de generar un nuevo espacio por medio de un dispositivo de trabajo grupal (taller) en torno a un objetivo en común (la lactancia). Esto se vincula a la posibilidad de facilitar la reunión de personas para la *transformación colectiva* de una situación particular ya que en ese transcurrir se posibilitó la creación en conjunto de una nueva forma o producción, fomentando el potencial participativo y el fortalecimiento comunitario. Esto habilitó la posibilidad de construir saberes socialmente significativos que se juegan y construyen desde los territorios mismos.

El *taller* como dispositivo de trabajo grupal fue utilizado para generar acompañamiento a los procesos de lactancia, tanto en los procesos de prelactancia como luego de lactancia. La información que se construyó en cada encuentro se utilizó a los fines de realizar una *sistematización*, lo que permitió analizar elementos del proceso de desarrollo de dicha experiencia en función de determinados ejes de análisis, procurando reconstruir, de-construir y reflexionar críticamente sobre el proceso realizado, con el fin de objetivar aprendizajes colectivos (Cano Menoni, 2012).

Previo a la concreción de los talleres se proyectó la visita ocasional al PIM en un rol de *observadora no partícipe*, lo que posibilitó realizar un diario de campo de observaciones con los emergentes de los encuentros que permitieron ir deslindando qué saberes y sentires circulaban, y cuál era la deseabilidad social que se jugaba en el grupo, con el fin de armar una estrategia adecuada para ese grupo en particular. A su vez, fue útil también para conocer la dinámica de abordaje y conocer en la praxis al equipo que sostiene los PIM. Este estuvo a cargo de la obstetra

del CAPS y se le pidió que los meses previos a la intervención no se aborden temáticas en relación a la lactancia para que no se filtren ideas o presupuestos de como “debe” ser la alimentación de sus bebés.

Se realizó un acompañamiento prenatal de tres meses aproximadamente durante el año 2023, en los meses de septiembre, octubre y noviembre. En la medida en que los embarazos iban finalizando y los/las bebés nacían, las recientes puérperas fueron invitadas nuevamente al espacio de PIM, lugar en el que contaban su experiencia al grupo de gestantes, y encontraban acompañamiento e información oportuna, siempre en función de la decisión que tomaron respecto a la alimentación deseada, y de acuerdo a las vivencias, sentires, dudas, y dificultades que surgían en cada binomio. Esto posibilitó acompañar las lactancias, y ofrecer asistencia a cada mujer que lo requería. Así, los tiempos y la frecuencia de los encuentros estuvieron supeditados a las necesidades y circunstancias que fueron surgiendo, lo que generó la necesidad de modificar ciertos parámetros preestablecidos.

La periodicidad de los encuentros fue semanal. Durante el desarrollo de los mismos se abordaron temáticas vinculadas al gestar y al parir como por ejemplo: características del parto vaginal y del parto por cesárea, sentires y cambios de la embarazada, signos de alarma de trabajo de parto, entre otros temas de relevancia. En esa trama, se realizaron dos talleres de alimentación previos al parto, lo que permitió el abordaje de diferentes temáticas en cada uno.

El *primer taller* dio inicio bajo la pregunta disparadora: “¿cómo han pensado la alimentación de sus bebés?” apelando de este modo, a abrir una puerta empática y desprejuiciada, dispuesta a escuchar respuestas variadas y singulares que diera paso a los deseos, sentires y contradicciones de cada participante. De ahí se desplegaron respuestas en torno a los deseos, temores, y experiencias personales. Asimismo se profundizó en la red de sostén y compromiso familiar que cada una poseía en el proceso de alimentar a su bebé.

En el *segundo taller* se profundizó en sus decisiones (la alimentación mediante la lactancia materna) y en sus aspectos facilitadores y obstaculizadores. Desde un abordaje más subjetivo, se ahondó en el deseo y en el aspecto vincular de la diada. Luego, desde un punto de vista más bien técnico, se puso el acento en temas tales como: los beneficios de la leche humana,

el cuidado de los pechos, los tipos de leche, mitos y creencias en torno a la lactancia materna. Además, se dieron pautas para la preparación prenatal.

Asimismo, se generaron encuentros que posibilitaron un espacio de acercamiento entre mujeres gestantes y las mujeres que recientemente habían tenido sus hijos/as. Este espacio “híbrido” se organizó para abordar grupalmente las posibilidades, obstáculos y características que habían vivenciado en el proceso de alimentación las puérperas y cómo esto podría ser útil y significativo al resto de las embarazadas.

Los encuentros fueron nueve en total. Sin embargo, las mujeres participantes eran fluctuantes en su asistencia. Esto hizo que fuera necesario ir retomando temáticas abordadas en encuentros anteriores para igualar la información brindada en el espacio del taller. En este sentido, se observó la importancia de sostener la presencia en la mayor cantidad de encuentros posibles para poder acompañar realmente los procesos inherentes al tercer trimestre de embarazo, parto y puerperio.

En cada encuentro se remarcaba la idea de que este era un espacio de acompañamiento donde podían solicitar ayuda si la necesitaban, independientemente del tipo de alimentación que establezcan, antes y una vez nacidos sus bebés.

Se previó la implementación de un consentimiento informado para los sujetos participantes de la intervención. Se fijaron la confidencialidad, gratuidad de las actividades y el resguardo de la identidad. Se pidió autorización para la grabación de los encuentros a modo de posibilidad para la transcripción más fidedigna.

Se llevó un diario de campo o *bitácora* del proceso de intervención y de las observaciones no participativas emergentes (el mismo se anexa al final del trabajo). Estos registros se orientaron a articular la descripción de vivencias, espacios, actores, ideas significativas con aspectos emocionales y la reflexión crítica que surgieron de las vivencias (Muñoz Rodríguez, 2021).

## **Estrategias de análisis de la intervención**

El tipo de análisis fue categorial emergente de acuerdo al acontecer de los talleres orientado por los objetivos del presente plan.

Para llevarlo a cabo se analizaron la bitácora de los talleres y las transcripciones de los mismos.

El análisis se realizó de acuerdo a los objetivos específicos, considerando categorías previas de sentido y aquellas emergentes de la experiencia.

Las etapas de análisis de la información siguieron diferentes subprocesos propuestos por Miles y Huberman (1994): reducción, presentación organizada del análisis y conclusiones. La *reducción de la información* fue empleada como estrategia general de análisis. De la información recabada separamos elementos significativos de otros accesorios a los fines de definir el material de trabajo en cada objetivo.

La codificación y la construcción de categorías la realizamos a través de un proceso inductivo dialéctico, integrándolas con las categorías derivadas de las teorías en un intento de construir tramas conceptuales significativas que aportaran al conocimiento del problema construido.

A partir de esta codificación generamos la *presentación organizada del análisis realizado* para cada uno de los objetivos. Este método combina la codificación de categorías inductivas con un proceso simultáneo de comparación de todas las incidencias observadas. Esto permitió identificar los temas recurrentes que configuraron las categorías de análisis. Para esto se detectaron aspectos comunes y los no comunes, lo que permitió definir las categorías emergentes, sus subcategorías y dimensiones.

## Interpretación de la información

---

La interpretación de la información la realizaremos como mencionamos en un recorrido por los ejes que nos proponen los distintos objetivos guiados por el objetivo general:

Generar un espacio de acompañamiento en el que se fortalezcan las decisiones de las mujeres que asisten al centro de salud N° 8 de la zona oeste de la ciudad de San Luis en relación a los procesos de lactancia desde la semana 32 de gestación hasta los 30 días posteriores al nacimiento del bebé.

- **Objetivos Específicos:**

### **Objetivo N° 1**

**Identificar los procesos que intervienen en los espacios de intercambio y acompañamiento sobre lactancia desde el respeto de las subjetividades y contextos de las mujeres en el marco interdisciplinario de los PIM.**

Para el análisis del primer objetivo se desarrollaron las categorías de análisis: necesidad de modificar lo planificado, dinámica territorial, y diversidad del equipo interdisciplinario y discursos subyacentes; con el fin de delimitar los procesos, desafíos y tensiones que intervienen en los espacios de intercambio y acompañamiento sobre lactancia en el marco de los PIM.

❖ **Necesidad de modificar lo planificado:**

Al momento de concretar las acciones propuestas en la planificación de la intervención realizadas a priori del contacto con el territorio, fue necesario efectuar modificaciones para enriquecer el trabajo de campo.

En primer lugar, es interesante hacer mención que si bien ya existían previos acuerdos, el inicio de estos encuentros de PIM (en el que participaría como observadora no participante) comenzó con la ausencia de asistentes al mismo, lo que motivó cambios y ajustes con el equipo de salud respecto al día y el horario para encontrar mayor convocatoria y ajustarnos a las características y necesidades del grupo actual. Se previó por ejemplo, que no entorpezca la entrada y/o salida de la escuela de los hijos/as u otras actividades de las participantes. Este inicio desafiante fue muy enriquecedor pues me permitió conocer al equipo de trabajo del CAPS, comprender las necesidades y desafíos que se suscitan a la hora de desarrollar actividades. También permitió realizar nuevos acuerdos previos a la intervención que finalmente favorecieron una dinámica en común.

Luego, ya en la siguiente visita como observadora no participante, se detectó la necesidad de que mi concurrencia fuera semanal al espacio del PIM (estar presente en todos los encuentros, no solo en los talleres). Esto sirvió para comprender la dinámica que circulaba en el espacio. También para que las participantes me reconocieran como una “cara conocida”, y yo conocerlas a ellas. Si bien el grupo no era estable, que mi presencia lo fuera permitía continuidad en el diálogo entre las presentes y poder abordar las temáticas pautadas de acuerdo a sus necesidades, así como retomar conversaciones con mayor fluidez. Por lo tanto los talleres, como dispositivo de trabajo grupal, se ejecutaron en tiempo y forma, pero los encuentros prenatales fueron más numerosos de lo planificado en una adaptación contextual a las necesidades del dispositivo y el territorio. Todas estas modificaciones permitieron enriquecer la descripción de vivencias, los espacios, actores, e ideas significativas; los aspectos emocionales y la reflexión crítica que surgían de las vivencias.

Como se mencionó, el horario acordado por el equipo de salud para llevar adelante el PIM debió ser ajustado también a las características de la población para lograr mayor participación, considerando la vida cotidiana de las mujeres. En este sentido, en uno de los primeros acercamientos al CAPS una de las agentes sanitarias me comentó que era difícil atraer a las personas al centro de salud porque su realidad hacía que no pudieran dejar sus viviendas solas por miedo a que les roben. La obstetra amplió: *“Piensan a quién van a dejar cuando van a parir”*.

En este sentido, el PIM como dispositivo participativo debió ser articulado con las actividades de la vida diaria y las necesidades de las asistentes para potenciar su concurrencia. Se consideró también la idea de que se podía estar encimando dicha actividad con la salida o entrada de la escuela de los otros/as hijos/as. Ese fue un motivo de cambio de hora. Incluso se llegó a pensar (como plan B en caso de que estas condiciones no resultaran) el trasladar el PIM a otro punto de encuentro en el que pudiera haber una llegada mayor de mujeres, pensando en las distancias que tenían desde sus hogares al CAPS, y sabiendo que hacían ese trayecto a pie. Finalmente no fue necesario llevar adelante esta estrategia.

Sin embargo, todo este marco contextual denota las condiciones territoriales en las que viven y cómo ello condiciona su quehacer diario y entorpece el focalizarse en sus prioridades (por ejemplo dar a luz).

Asimismo, y a pesar de los intentos por coordinar días y horarios, no todas las mujeres podían sostener la asistencia por lo que en cada encuentro era necesario ir retomando contenidos abordados en los talleres previos, debido a la constante fluctuación de las participantes. Esto, que nació como un desafío, permitió la participación de las mujeres en dos sentidos: abordar temas para todas, y que quienes habían asistido de forma más constante comentaran desde su experiencia y participen activamente recuperando saberes abordados en encuentros previos.

Por otro lado, respecto a los encuentros posnatales planificados cada 15 días, fue necesario ajustar este parámetro puesto que no respondía a los momentos en los que

nacían los bebés, por ende, se continuó yendo semanalmente al CAPS, generando en el espacio de PIM una articulación con aquellas madres que ya habían dado a luz y volvían luego de parir para contar sus vivencias, sentires, y dificultades que pudieran tener. Este híbrido enriqueció muchísimo el espacio que inicialmente sólo estaba pensado para mujeres gestantes. Se logró generar un espacio construido colectivamente cuya participación estuvo dada desde la experiencia y la necesidad.

Asimismo, se brindó el espacio de acompañamiento individual para los casos que lo pudieran requerir, pero nadie lo tomó. Esto pudo haber sucedido porque la fuerza del encuentro colectivo, en tanto espacio ameno, de confianza y fraternidad, lograba resolver problemáticas y dificultades, lo que pudo haber generado la ausencia del uso de este espacio. Por otro lado, el espacio brindado no estaba institucionalizado, es decir, no había una obligación de asistir como si la hay en los controles (que están estipulados en la libreta incluso), y tampoco había una experiencia previa de espacios institucionales de acompañamiento a la lactancia fuera de esos “controles obligatorios”.

#### ❖ **La dinámica territorial:**

La fluctuación característica de este grupo en particular, resultó importante para pensar qué elementos las hacían decidir estar y participar (o no) en este espacio construido.

Por un lado, podría pensarse que el sostenimiento de la participación de una persona dentro del PIM está dada en parte por la relación previa que tiene con el ambiente de salud donde se desencadena el dispositivo. Esta puede ser una variable que condicione en mayor o menor medida la asistencia de las participantes. Analizando el papel de la construcción de vínculos entre las personas y el sistema de salud, Ferrandini (2011) plantea que usualmente los miembros del equipo de salud se enfocan en problemas que no son los que prioriza la comunidad, y utiliza estrategias universales para enfrentarlos. Será significativo poder comprender esto, pues descifrar cómo se construyen los problemas en

cada familia, en cada lugar, dará por un lado la posibilidad de construir una estrategia singular y adecuada para abordarlos y a su vez, acercará a los actores, en tanto equipo de salud y sujetos de la comunidad son coprotagonistas y construyen saberes colectivamente. Esto le brinda horizontalidad al vínculo a la vez que propicia el sostén y la pertenencia a dichos espacios compartidos.

En relación a la participación dentro del espacio, se observó que las mujeres que más alzaron su voz eran quienes tenían mayor experiencia (experiencia de parir, experiencia de criar, experiencia de amamantar). De hecho, el equipo de salud (sin que esto estuviera explicitado en la planificación ni en la construcción del espacio) las habilitaba más, se les brindaba ese lugar de “experta/competente” para opinar.

Esto deja entrever que la experiencia propone un lugar de reconocimiento que hace que se valide más la palabra que al resto de las participantes “primerizas”. Entonces, ¿será necesario un “título” (sea profesional, sea el ser “madre”) para poder hablar? ¿Cuánto les facilita haber tenido experiencia para poder alzar la voz o sentirse habilitadas para expresarse? Las mujeres primerizas ¿realmente no tienen experiencia? Sus experiencias cercanas, dudas, preguntas, opiniones: ¿dónde quedan?, ¿Cuánto entra en juego el tipo de personalidad que las hace ser más o menos extrovertidas a la hora de participar? ¿Cuánto influye la relación que cada una tenga con el sistema de salud? ¿Qué sucede cuando el discurso del equipo que coordina el espacio habilita la experiencia como lugar de validación?

Estas preguntas no sólo ponen en cuestión las maneras de la participación para este espacio sino a la vez, dinámicas implícitas en la configuración de los espacios en general en torno a la salud.

Por otro lado, no hay que olvidar que el territorio donde se lleva adelante el trabajo de campo pertenece a barrios de sectores populares, que históricamente han sido oprimidos y su voz ha sido menoscabada. En tal sentido, no es raro el silenciamiento de sus voces ante la voz del que sabe, del que “enseña”, del que ordena desde arriba, por más horizontal que pueda ser el espacio. Un saber disciplinario es una forma de poder.

Lamentablemente estas cuestiones se naturalizan produciendo la invisibilización de las propias protagonistas dentro del espacio de PIM.

Estos puntos podrían ser un desafío a la hora de coordinar un espacio de esta índole para lograr habilitar las diferentes voces y en donde las participantes se sientan cómodas opinando en un espacio de reconocimiento posible para todas.

❖ **La diversidad del equipo interdisciplinario y los discursos subyacentes:**

En consonancia con Stolkiner (2012), la interdisciplinariedad surge como forma de resolver problemas frente a la complejidad de los mismos, y en salud implica salir del tradicional abordaje individual y lineal para comenzar a ver a los procesos de salud y enfermedad como procesos complejos en tanto son subjetivos, dinámicos y colectivos. Supone sabernos incompletos en nuestro saber para empaparnos del saber del otro. Asimismo, para que haya interdisciplina tiene que haber una actividad cooperativa del equipo sostenida en el tiempo, dentro de un marco referencial que aúne criterios.

En cuanto al equipo de salud de la intervención, el mismo era variable. Las profesionales intervinientes en cada PIM orientaban los tópicos a abordar en cada encuentro. En torno a esto, se observó diversidad en la vinculación con las participantes, y en los modos de abordar las temáticas a conversar.

Por un lado, se percibía una dinámica más fluida y horizontal entre el equipo de salud y las participantes presentes. Había un acuerdo tácito en los modos de vinculación y de abordar las temáticas entre las profesionales que estábamos más estables encuentro tras encuentro, lo que evidenciaba mayor sincronía grupal y un contexto de mayor calidez y proximidad. Por un lado, podría responder a lo que Stolkiner (1999) menciona como acuerdos base en torno a las lógicas, epistemologías y dinámicas de equipo.

Esta forma de abordaje, en consonancia con Juárez (2015), responde a un trato afectuoso y próximo, cuya actitud manifiesta escucha, empatía y la comprensión de

realidades sociofamiliares de las mujeres asistentes. Ello posibilitó la retroalimentación entre estas y el equipo sanitario. Este tipo de atención suele emerger en espacios donde los trabajadores de la salud están hace tiempo lo que permite conocer la comunidad a la cual se dirigen.

Por otro lado, por momentos se vislumbraba un abordaje más unidireccional en profesionales que participaban por única vez en momentos puntuales, y desconocían de cierto modo la dinámica previa. En este sentido, sus discursos respondían en mayor medida a lógicas médico-hegemónicas (verticalización de la información, trato impersonal, discurso de obligaciones, etc). Este modo de abordaje es llamado por Juárez (2015), trato impersonal, frío y distante, y suele articularse con la desconfianza hacia las madres.

Asimismo y en relación a los diferentes modos de abordaje, se observó que el trabajo interdisciplinario estaba más enraizado a la primera dinámica descrita, ya que en los miembros del equipo se evidenciaba la necesidad de complementariedad, mientras que la segunda dinámica se asemejaba más a una intervención multidisciplinaria pues la ausencia de construcción de acuerdos y espacios en común, y la falta de circulación de la palabra dificultaba el logro de una acción interdisciplinaria.

En este sentido, la interdisciplinaria es un “posicionamiento que obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina” (Stolkiner, 2015, p. 2 como se citó en Garzaniti y Romero, 2018), y es eso mismo lo que la vuelve una herramienta tan enriquecedora para el espacio del PIM. Esto va de la mano de la manera en que percibimos al sujeto con el que generamos la intervención. Si me posiciono desde un enfoque de derechos, con un sujeto sentipensante, con subjetividades, que trae problemáticas diversas; posicionarnos desde el propio saber y separarnos como disciplinas aisladas, no tendrá sentido si el objetivo es comprender y transformar dicha realidad. Para ello, será necesario revisar nuestros modelos formativos, nuestra praxis y los dispositivos de atención utilizados.

## **Objetivo N° 2**

### **Construir ejes de problematización de las temáticas emergentes vinculadas con la lactancia en los procesos de acompañamiento de prelactancia y lactancia.**

Para analizar este objetivo se realizó la selección de una serie de categorías de análisis. A continuación se describen mandatos, mitos, y preocupaciones emergentes cercanas al momento de parir que acompañan el momento de pensar la lactancia. Estas permiten comprender la compleja trama en tanto ejes centrales de la problematización de temáticas inherentes en los procesos de acompañamiento de prelactancia y lactancia.

#### ▪ **Mandatos:**

Los mandatos son discursos familiares y/o sociales que hablan de lo que hay que “hacer”. Se transmiten culturalmente en la familia, la escuela, la religión y los entornos sociales.

En los siguientes comentarios se observan mandatos impuestos en relación a la lactancia materna. Algunos devienen del sistema médico-hegemónico, mientras que otros responderían más a una cuestión de matriarcado familiar.

- Rocío: *“Es recomendable darle pecho al bebé” (...)* *“Yo quiero darle porque es recomendable”*.

Se deja entrever que hay una reproducción social implícita respecto a la imposición de dar el pecho, como si “todo el mundo” recomendase amamantar. En este sentido, se podría pensar a la luz de la teoría del sistema total de salud enfermedad cómo los medios de comunicación, el lugar que ocupan las universidades, los discursos que ostentan quienes allí se formaron y el sistema mismo de salud (con su discurso) se ponen en juego a la hora de alimentar a los/as hijos/as permeabilizando implícitamente las decisiones de dar el pecho o no hacerlo.

- Graciela: *“Depende de lo que te diga el doctor”*.

Se observa cómo existen personas de referencia que condicionan la decisión. En este caso, la figura del “médico” que ocupa el rol de sujeto de conocimiento y donde la paciente se ubica en el lugar de objeto de estudio desprovisto de conocimiento. Desde esta perspectiva, se ignora la posibilidad de implicancias cognoscentes de la relación médico-consultante en la que ambos participan de enseñanzas y aprendizajes. (Juárez, 2015).

- Norma: *“Mi hermana más grande que le costó tener a su hija mayor, no quiso saber más nada de tener hijos y ella a su hija no quería darle el pecho y como mi mamá tenía a mi hermano chiquito y tomaba teta le dio ella el pecho. La nena es el día de hoy que le dice “mami” a su abuela, no a la mamá”*. Su hermana tenía 15 años cuando tuvo a su hija mayor.

Implícitamente se percibe en este relato que dar el pecho convierte a la persona en “mamá”. Esta “descalificación” a su hermana por decidir no amamantar también introduce las categorías de buena y mala madre. Como si el hecho de amamantar o de no hacerlo, modificara la calidad de la maternidad ofrecida de manera unívoca. En relación a esto, Vereá (2004), menciona que:

La mala madre es el resultado del contraste que se establece con el ideal de género fabricado culturalmente para crear el mito de la mujer-madre, basado en la creencia del instinto materno, en el amor materno y en el sacrificio y la entrega gustosa de las mujeres a la maternidad. Visto así, las "malas madres" son aquellas mujeres que no cumplen con los ideales de la maternidad socialmente construida con base en tres campos fundamentales: el legal, el moral y el de la salud. Las "buenas madres", por contraste, son aquellas que se ajustan a dichos ideales (Vereá, 2004, pp. 19)

Por otro lado, se observa en este testimonio cómo la presión familiar por dar el pecho se impone al deseo materno y termina desacreditándolo por completo.

En este sentido, la construcción de estereotipos de lo que es una madre mala o buena desde los roles que desempeña e ideales que cumple (o no), es en definitiva la

contracara de un mismo universo, la maternidad. Con sus zonas grises, con sus luces y sombras. Los mandatos representarían los “pasos a seguir” para lograr la (inalcanzable) maternidad ideal.

En los encuentros, Norma comentó que su madre había amamantado a todos/as sus hijos/as incluida ella. Respecto a ella, dio el pecho a sus dos hijos/as previos/as, y quiere amamantar al hijo que está gestando. Quizás esta sea su elección no sólo por sus vivencias previas sino también por estar inmersa en un contexto espacio-temporal en el que dar el pecho representa un ideal de “buena madre”.

En síntesis, si algo tienen en común las diferentes historias mencionadas, es que cuando un mandato en torno a la lactancia se impone, se pierde la capacidad de elegir y decidir libremente el modo de alimentar a los bebés ya que estos guían y sostienen las decisiones sin la posibilidad de mediación del encuentro con el propio deseo, pensamiento y revisión de la construcción social que sostienen las prácticas y discursos.

- **Mitos en relación a la lactancia:**

Los mitos son falsas creencias transmitidas culturalmente de generación en generación. En el caso del amamantamiento, existen múltiples mitos que representan considerables barreras para el inicio y mantenimiento de la lactancia materna.

Durante los encuentros con las mujeres gestantes se observaron diversos mitos en relación a la lactancia, tanto como proceso fisiológico en sí, como también en relación a los tiempos, etapas y calidad de la leche. Algunos parecían provenir del ámbito familiar y/o socio-cultural. Otros respondían a desconocimiento por parte de ciertos profesionales de la salud. Cuando estos aparecieron, se realizó una problematización de los mismos, poniendo en común diversas ideas de las personas presentes, tratando de desmitificarlos.

- **Mitos vinculados a la calidad y cantidad de leche producida**

Alejandra: *“A algunas le sale como si fuera agua. No sé si es según la alimentación, porque mi mamá me decía tenés que tomar leche, hierbas, que esto, que aquello, mate cocido, para tener mucha”.*

En este comentario se entremezclan diversas creencias relacionadas a la calidad y cantidad de leche que produce la mujer. Un artículo de revisión colombiano llamado “Lactancia materna: mitos y verdades” del año 2020 que categoriza los mitos acerca de la leche materna, plantea que existen creencias en torno al color y textura de la leche materna y dentro de esta categoría ubica al mito “la leche materna es aguada” (Vargas-Sarate et al., 2020). Esto implícitamente viene de la mano con la idea de “no alimenta, es de mala calidad”. En relación a esto, se sabe que la leche que sale al comenzar la toma contiene más lactosa y por eso su aspecto es más acuoso. La parte final contiene más grasa por eso es más densa. De ningún modo que se vea acuosa es signo de baja calidad.

Norma: *“Hay mamás que les sale más leche y otras que no”.*

Tanto en el decir de Alejandra (comentario anterior) como en el de Norma, surgen creencias relacionadas a la producción láctea. En el caso de Alejandra, aparece la idea de alimentarse de cierta forma para aumentar la producción de leche. Menciona el consumo de hierbas, leche y mate cocido. En el mencionado artículo, ese mito está categorizado dentro del grupo de creencias en torno a la alimentación durante la lactancia materna. Se mencionan también otros como el consumo de cerveza y comer el doble, para incrementar la producción. Respecto al consumo de leche, no existe evidencia científica que algún alimento o sustancia incremente la cantidad de leche materna. En el caso de Norma, ella refiere que existirían variaciones en la cantidad de leche producidas en distintas mujeres.

Efectivamente, puede haber variaciones pero no porque algunas simplemente tengan más que otras. Lo que garantiza una adecuada producción, es que el bebé se alimente a demanda, sin restricciones horarias, pues su succión es el mejor estímulo

para regular la producción láctea. Las diferencias en la producción entre madres posiblemente devengan de que sus glándulas mamarias (por los motivos que fueran) estén expuestas a más o a menos succión de sus bebés.

- **Mitos en relación a la duración de la lactancia**

Norma: *“Yo cuando llevaba el nene mío a la escuela había una mamá que tenía su hijo de 4 (años) y salía del jardín y ahí nomás se prendía paradito y yo me reía porque era grandote el niñito y todos lo miraban”. (...) “eso no sé si tiene el mismo valor, los mismos nutrientes la teta cuando le das de grande, porque yo pensaba le da teta con 4 años y pico, le saldrá agua a la señora”.*

Esta creencia de Norma, vinculada a la duración de la lactancia se entremezcla con el mito mencionado anteriormente (Leche=agua). Subyace aquí el concepto de lactancia prolongada, mal llamada de ese modo ya que el término “prolongado” da la idea de fuera de los tiempos preestablecidos, siendo que no hay un parámetro de tiempo para dar o quitar el pecho. Más bien, se debe mantener todo el tiempo que madre e hijo/a lo deseen. Respecto a la calidad de ésta leche destinada a un niño/a, se ha visto que no pierde propiedades con el paso del tiempo. De hecho los bebés mayores a un año, obtienen 1/3 de las calorías y proteínas diarias a través de la leche materna. Desde un punto de vista cultural, en occidente la lactancia materna es relativamente poco frecuente más allá del año (aunque para otras culturas sea habitual amamantar por mucho tiempo). Es por ello que las madres que sostienen sus lactancias en el tiempo, suelen encontrar barreras o rechazo en la sociedad, entre los profesionales sanitarios e incluso dentro de su propia familia. (Asociación Española de Pediatría [AEP], 2015).

- **Mito: Alimentos que le hacen “mal” al bebé si la mamá los consume mientras amamanta**

Norma: *“algunos dicen que, si tomas gaseosa o comes papa, y das teta el bebé se hincha y tiene gases”*.

Se evidencia aquí la creencia de que la madre debe restringir algunos alimentos para evitar gases y cólicos en el bebé. En realidad, la presencia de estas molestias, depende de muchos factores y no necesariamente está directamente relacionado con los alimentos que ingiere la mujer lactante. Incluso, una dieta completa y diversa favorece variaciones en el sabor de la leche, lo que promueve que el bebé posteriormente acepte mejor los alimentos. (Morales López et al., 2022).

- **Mito: Pezón no formado = experiencia negativa posterior al amamantar**

Profesional del CAPS: *“Cuando tuve a mi hija, (hoy, de 6 años) mi ginecólogo me decía que me forme el pezón y ahora sabemos que no hace falta”*.

Alejandra cuenta que el día que la internaron el médico que atendía a la chica que estaba internada a su lado, la “retó” por no tener formado el pezón (8 días del testimonio).

Rocío durante los encuentros menciona: *“Me da miedo no tener formado el pezón al momento de dar el pecho”*.

Norma dice que ha escuchado que hay personas que tienen los pezones más anchos o distintos y que le cuesta que los bebés se prendan.

En diversas publicaciones de diferentes países, (Baydar Artantaş et al., 2016; Brun Barreiro, et al 2022; Jiménez Sesma, et al 2009, entre otras), se observa desconocimiento acerca de la lactancia materna en diferentes profesionales de la salud. El mito de preparar los pezones durante el embarazo con los ejercicios de Hoffman, entre otras técnicas, (sobre todo en el caso de pezones planos o invertidos) ha sido muy difundido e incluso hoy al buscar información al respecto en la web,

aparecen páginas “profesionales” con pasos a seguir para preparar los pezones para la lactancia (por ejemplo, <https://www.tuasaude.com/es/preparacion-de-los-senos-para-la-lactancia/>). Asimismo, esta creencia se relaciona con la que plantea que la forma del pezón condiciona la lactancia. En este sentido, Díaz-Gómez, brinda claridad al respecto:

Ni el pezón plano ni el pezón invertido impiden la alimentación al pecho. Hoy en día, no se recomiendan los ejercicios de Hoffman (estiramiento del pezón), ya que su eficacia no ha sido demostrada, pueden desencadenar contracciones uterinas y disminuyen la tasa de amamantamiento, al hacer que la madre pierda confianza en su capacidad de dar el pecho. (2005, pp 41).

Nuevamente en estas líneas vinculadas a los mitos y creencias, el ojo, el dedo acusador señala a la mujer. A aquella que amamanta y se la culpabiliza de tener un bebé irritable por consumir “ciertos” alimentos, o que llora porque tiene hambre ya que su leche es “aguada” y no lo llena. O a aquella que no hizo “nada” con sus pezones durante la gestación, lo que está perjudicando su actual lactancia o a la que quiso sostener la lactancia en el tiempo con ese bebé que ya es “grande”.

Ante comentarios de esta índole seguramente será muy difícil para las mujeres gestantes y puérperas no experimentar sentimientos de culpa, juzgamiento e inseguridad antes y durante el proceso de amamantar. Los mitos, en la medida que limiten, condicionen o modifiquen la decisión de quienes desean establecer la lactancia materna, serán perjudiciales en tanto obstaculizadores del proceso de amamantar.

Estos temas nos invitan a interrogarnos... ¿Será posible elegir el modo de alimentación de nuestros/as hijos/as sin estar bajo las condiciones del sistema patriarcal y capitalista? ¿Solo por deseo y decisión? ¿Sin mitos, mandatos, o ideales que sesguen, confundan? ¿Es posible que sea visto como un acto de soberanía alimentaria y no por seguir las lógicas hegemónicas y estereotipos dominantes de género y de familia patriarcales? Se percibe una delgada línea entre el deseo genuino y la “invisible” imposición social. Si de algo estamos seguros es que los/as bebés necesitan el universo que trae consigo la teta desde una

relación que habilite un vínculo genuino y presente, lo que no sabemos es si la madre necesita lo mismo.

▪ **Preocupaciones emergentes cercanas al momento de parir:**

En este apartado se colocaron las temáticas que fueron emergiendo en relación a la problematización de la vivencia que conllevan los últimos días de gestación, el parto y el puerperio inmediato. Estos comentarios fueron surgiendo en los encuentros semanales de los PIM, en un contexto que las vincula y hermana en tanto son participantes que atraviesan vivencias similares (la gestación avanzada de sus hijos/as). Asimismo, esto se da con el acompañamiento de un equipo interdisciplinario que modera cada intervención.

**- Advertencias en relación a las formas de atención del sistema de salud**

Alejandra: *“Cuando fui a parir a mi primera hija, me habían dicho que vaya a parir con una minifalda amplia para no romper el pantalón en caso de emergencia”. (...) “Tenía el pelo mucho más largo que ahora, me llegaba el pelo hasta acá (la cintura) y me lo trencé porque me dijeron que sino lo tenemos que cortar”. (...) “Es más rápido que te levanten la falda o que te la saquen, a que te pongas un pantalón y te lo corten directamente, no te piden ni permiso porque con tal de meter mano y ver cómo viene el bebé te cortan directamente la ropa. Les digo porque le pasó a mi hermana que le cortaron todo”.*

Alejandra: *“Cuando te hacen el monitoreo en la maternidad, tenés que ir bien desayunada para que el bebé se mueva, porque si no ahí nomás te mandan a lo que es la guardia, y te empiezan a meter mano, entonces no queremos mano”.*

Aquí se articulan varios elementos de análisis posible. Por un lado, el sistema biomédico y la dinámica de tener que hacer las cosas “bien” para que te feliciten y no te reten. Existe una especie de mandato de buena paciente que se conjuga con la infantilización de la mujer gestante y/o púérpera. El reto como castigo, la felicitación

como premio ante la buena/mala conducta de gestar, parir, amamantar, etc. Como si hubiera un modo correcto de hacerlo (quizás sea aquel que infantiliza y reprime decisiones). Asimismo, se observan en estos relatos matices de violencia obstétrica y relaciones desiguales de poder a la que están expuestas las mujeres cuando van a parir.

En este sentido, Badillo Romero (2018) habla del concepto de enajenación y explica claramente cómo funciona:

Las mujeres al cruzar la puerta del hospital se sumergen en un sistema institucional que las etiqueta como pacientes, quienes son enajenadas de su mundo social, subordinadas y tuteladas. Su cuerpo pasa a ser un objeto de estudio para los/las profesionales, y se ejecutan generalmente prácticas de rutina aplicadas de forma sistemática, mecanicista y medicalizada, que adquieren un carácter negativo y muchas veces deriva en situaciones de violencia para las mujeres. (Badillo Romero, 2018, pp 2)

En síntesis, se podría pensar entonces que la violencia obstétrica de la mano de un trato irrespetuoso y la infantilización afectan negativamente las experiencias y los sentires vinculados con los procesos de gestar, parir y amamantar, reprimiendo decisiones. Además, ese trato es irrespetuoso a la vez que invisible ya que está tan normalizado a nivel social que resulta difícil la visibilización de la problemática y mucho más su transformación.

### **- Temores vinculados al parto por cesárea**

Alejandra: *“El miedo mío es la cesárea, porque el gordo mío es muy inquieto y se da vuelta como loco. Como no he tenido cesárea ni una operación donde ves el quirófano y eso, no me gusta”.*

Rocío: *“También tengo miedo a la cesárea. Quiero un parto normal. Digamos, si me dicen hay que hacer cesárea, no sé si estoy preparada para eso”.*

En un artículo de revisión chileno de Barrera-Barrera et al (2022) que estudia la percepción de las vías de parto, se constató la preferencia de la vía vaginal sobre la

cesárea. Además, se evidenciaron factores que influyen en el proceso, tales como miedo, experiencia previa, influencia de terceros, religión, cultura, nivel socioeconómico y zona demográfica. El miedo se vinculó a la percepción que tenían las mujeres de experimentar dolor, dada la información basada en la experiencia negativa obtenida de terceros, sumado al contexto de labilidad emocional propio de la gestación.

### **- Manejo de los comentarios del afuera y de las visitas**

Norma: *“La vieja, bueno, mi suegra siempre me dice que me voy a morir pariendo que sus hijos han pesado 4 kg y pico que esto que aquello y que los míos también...”* Alejandra: *“Y tu bebé más o menos cuanto está pesando ahora?”* Norma: *“ahora casi 2 kg... nomás que siempre me anda asustando y largando mala leche”.*

Alejandra: *“La gente opina, opina, opina, pero no se fija como lo tomamos en el embarazo. Mete más miedo, que otra cosa (...) hay que ignorarla.”*

Norma (respecto al parto): *“hay que darse tiempo... todos vienen... Capaz que es para ver si se parece al padre...”* (...) *“yo les dije con este último, cuando vaya a tener no quiero ver a nadie por un tiempo, pero uno les dice que no y se enojan”.*

Los discursos y opiniones del entorno de las mujeres en proceso de gestar, parir y alimentar a sus hijos/as suelen tener mucha influencia (fundamentalmente en madres primerizas), y en muchos casos sin ánimos de generar un perjuicio, vulneran aún más la situación. En cuanto a la lactancia es muy común para las mujeres en proceso de amamantar escuchar opinar a otras desde la experiencia propia, pero usualmente las creencias suelen entorpecer mucho. Por otro lado, lo que le fue útil a una, no necesariamente le será a otra porque cada proceso es muy diferente y depende de un sinnúmero de factores que lo hacen único y singular.

Respecto a las visitas, la Asociación Española de Pediatría refiere que el exceso de visitas durante los primeros días puede interferir el descanso, el inicio de la lactancia a demanda y la relación espontánea e íntima con el bebé y su mamá (2015).

De estos puntos antes descriptos surge el interrogante: ¿podemos hablar solo de lactancia? ¿Qué lugar ocupa la lactancia dentro de la complejidad del gestar y del parir? Podemos pensar y analizar la lactancia y sus procesos, pero entendiendo que este espacio indudablemente no es ajeno a temores, incertidumbres, miedos, y a las sensaciones que las mujeres van experimentando durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Es importante destacar que tanto los sujetos participantes como las condiciones materiales y temporales predisponen la posibilidad de co-crear un espacio en el que emerjan estos pensamientos y sentires. Se habilita el decir y se reflexiona sobre ello. Tal vez el sentido de pertenencia al grupo, el valor de lo vincular y la posibilidad de sostenerlo en el tiempo (por meses) potencia la apertura de emergentes que en otro contexto quizás no hubiesen salido a la luz, a la vez que son constructores de sentido de procesos de subjetivación.

### **Objetivo N° 3**

**Comprender los procesos implicados en la posibilidad de decidir los modos de alimentación que las mujeres pueden y desean implementar en la crianza de sus hijos/as.**

Continuando con el último objetivo, se contempló la valoración y observación de diferentes espacios de vida por donde transitan las mujeres involucradas. Las categorías analizadas fueron los aspectos sanitarios, los familiares, y los individuales, entendiendo que estos 3 ejes posibilitan reflexionar sobre los procesos que influyen en la posibilidad de decidir los modos de alimentación que las mujeres pueden y desean implementar en la crianza de sus hijos/as.

- **Desde el punto de vista sanitario:**

Lo sanitario hace referencia a personas que trabajan dentro del sistema de salud y que aportan desde sus experiencias y discursos formas de decisión en los procesos de elección de alimentación.

Desde la perspectiva del sistema de salud se observan algunos puntos a considerar.

Es interesante traer a colación conceptos de Gérvas y Pérez-Fernández (2015) que nos invitan a pensar cómo el médico se convierte en el profesional en el que la sociedad delega el poder de definir lo “normal” y cómo dejar todo en manos de su voz, es un modo de expropiar la salud. Lógico sería que la búsqueda de esa normalidad esté dada por lo que cada sujeto quiere y puede, en función de sus características y singularidades.

Al analizar los discursos y decires de las mujeres respecto a los espacios de atención al nacimiento, se observaron mandatos desde el sistema de salud en cuanto a “debés darle teta”, esto no sólo vivido en primera persona, sino que pertenecen a discursos presentes en los vínculos próximos de sus vidas. Es decir, que estos discursos toman una dimensión expansiva que precisa ser tenida en cuenta por las y los profesionales.

Los relatos muestran en quienes ya tuvieron hijos/as que a pesar de los mandatos de la lactancia materna exclusiva les ofrecieron poca información o estrategias para ayudar a las mujeres a lograrlo o subsanar problemas que pudieran surgir. En los siguientes relatos se puede observar:

Profesional del CAPS: *“yo era pro-lactancia, un pezón divino, y se me complicó muchísimo, no pude dar la teta exclusiva y era lo que más quería, y me frustré un montón. No tuve el acompañamiento que quizás ahora tenemos. Solo era: tenés que darle, tenés que darle, pero no me ayudaban” (...)* *“yo pensé que iba ser todo divino y no, y me re frustré”.*

Asimismo, hay una evidente contradicción pues se les “exige” desde el discurso médico que den el pecho, pero no se habilita la posibilidad de poder realizar contacto piel

con piel temprano entre la mamá y su bebé (lo que predispone considerablemente el favorecimiento del proceso de lactancia).

En este sentido, Norma cuenta que cuando una de sus primas dio a luz, las enfermeras del lugar le hacían darle teta y luego dejarlo en la cuna (no la dejaban tener en brazos a su bebé). *“Ella me lo pedía y yo se lo pasaba, y cuando llegaba la enfermera nos decía que lo pongamos en la cuna por si se caía que esto que aquello”. (...) “la enfermera me dijo que, si le pasaba algo, iba a ser culpa mía porque no tenía que alzarlo. Pero mi prima me lo pedía y yo se lo pasaba, porque ella quería tenerlo con ella. Cada vez que entraba, nos miraba con una cara”*.

En relación al contacto temprano con su bebé, le pregunté a Alejandra si pudo tenerlo en contacto con su cuerpo luego de dar a luz. Responde que sí, y que ahí mismo se prendió a la teta (en la sala de parto). Que luego vino una chica de Neo y que le dijo “me lo tengo que llevar”.

Por otro lado, se observa nuevamente en este punto, el discurso donde se infantiliza a la mujer: Alejandra, narrando su experiencia en el parto comenta que, al día siguiente de dar a luz, fue el equipo de salud a felicitarla porque se había “portado bien”. Asimismo, como se mencionó, un médico “retó” a una mamá cercana a ella por no formarse los pezones en el embarazo. Cabe considerar que en este último discurso, no sólo se la trata de ese modo infantil, sino que además subyace un error desde el punto de vista del saber profesional en relación a la preparación de los pezones.

Continuando con Gérvas y Pérez-Fernández (2015), ellos mencionan que entre el paciente y el profesional de salud hay dos mundos ajenos y diferentes, uno que atañe al del sufrimiento y otro a la respuesta científica. En ese breve momento en que ambos sujetos se encuentran (fuera de ese momento, poco tienen en común), se tiende a simplificar la narrativa del paciente y en muchas ocasiones a imponer una determinada visión, lo que muchas veces lo hace abandonar su propio saber y decir.

Los discursos hegemónicos médicos deberán renunciar al poder si quieren asistir a las personas desde el respeto, la empatía y ofreciendo estrategias de autovaloración y cuidado. Es importante poder pensar que generalmente los discursos sanitarios son vividos como mandatos por parte de las familias. Sin embargo, existen momentos donde

el sistema de salud puede construir otro tipo de prácticas, responder desde la experiencia y lograr entramar los discursos del personal sanitario con los de la familia.

- **Desde el punto de vista familiar:**

La familia hace referencia al grupo de personas vinculadas generalmente por lazos de parentesco, que rodean a la mujer y a su bebé y que forman su núcleo familiar. Suelen ser las parejas, y otros/as hijos/as si los hubiere. Las abuelas, hermanas u otros familiares quizás no formen parte del núcleo, pero son un eslabón que suele estar muy presente y representa una red de apoyo muy importante para las madres.

Durante la intervención se observó en algunos relatos que las madres tienen una organización del hogar que posibilita dar la teta, incluso teniendo otros hijos/as. Las parejas y algunos familiares aparecen en varios discursos como facilitadores del poder amamantar mediante la atención y tareas de cuidado a otros/as hijos/as o a los recién nacidos mientras las madres descansan o hacen otras actividades.

Alejandra comenta que ella con su primera hija se sintió muy acompañada por su marido: *“él me decía, vos querés dormir un ratito, yo la miro, te querés bañar tranquila, yo la miro... El tiempo que él tuvo de licencia que fueron 15 días fue de mucha ayuda”*.

Norma: *“Mi hija estaba todo el día despierta y en la noche no me dejaba dormir, era mamá primeriza, y yo cuando me cansaba, se despertaba el papá a las 3, 4 de la mañana y se quedaba con ella hasta las 8 y ahí recién se dormía (...) en cambio con el varón no, a él había que despertarlo para darle teta. (...) y mi pareja siempre me ayudó, también en la etapa del embarazo, cocinaba, lavaba. En la recuperación también, hasta me bañó” (...)* *“Y ahora que mi hija más grande tiene 15 (años), ella también quiere ayudar, ella quiere ir a cuidarme al hospital, y le digo que no, que ella se quede a cuidar la casa que si no nos van a robar todo”* (risas).

Alejandra comentando sobre su reciente parto: *“Salió todo bien gracias a Dios. Mis otras niñas estaban con mi mamá y mi hermana, y conmigo se quedó mi pareja”*.

Tajer (2020) menciona la gestión de los cuidados en el entramado institucional, social y familiar, y remarca cómo los mismos suelen recaer en mujeres y suelen ser tareas invisibilizadas y subvaloradas, entendiéndolos así como trabajos generizados. Asimismo habla de una organización social del cuidado que refiere a la forma en que se relacionan los actores que producen y a su vez son receptores de cuidados, (en este caso, las madres son las principales cuidadoras de sus bebés, y a su vez reciben el cuidado de sus parejas o hijos/as mayores) y cómo esto está condicionado en parte por las redes de cuidado en la que se incorporan además de los/as actores, las normativas, prácticas y dinámicas mercantiles y políticas, entre otras cosas.

Asimismo, y desde un punto de vista emocional, es significativo pensar en la importancia de la red de sostén en momentos tan desafiantes para la vida de la mujer como lo son el gestar, el parir y el criar inmediatamente. Algunos autores mencionan que para que la madre pueda sostener al bebé afectivamente, es necesario que ella sea sostenida por alguien. En palabras de Laura Gutman (2020) “el sostén se refiere al cuidado y la contención ejercidos por el padre hacia la madre para que ella pueda cumplir con su rol de maternaje” (p. 119). Esa persona puede ser el padre, la pareja, su madre, u otra persona. Lo importante aquí es que quien ocupe ese rol pueda brindar el apoyo necesario para que ella y su bebé puedan atravesar este momento de extrema sensibilidad y transformación de la mejor manera.

Salvo Norma y Alejandra, el resto de las mujeres participantes no hicieron mención sobre personas de su entorno que pudieran estar ayudando o acompañando en el proceso. Así como tampoco imaginaban quiénes podrían ayudarlas.

- **Desde el punto de vista individual y/o personal:**

Cada persona encuentra características que, desde su perspectiva subjetiva, enriquecen la experiencia de decidir amamantar o no hacerlo.

La comodidad y practicidad que tiene el hecho de dar el pecho se explicitó en las opiniones de las madres como uno de los condicionantes a la hora de elegir el modo de alimentación. Asimismo, en el discurso apareció el valor del alimento a la temperatura ideal y la disponibilidad en el momento que se lo requiere (practicidad).

Norma refiere: *“a mí me gusta que le podés dar en cualquier lado el pecho”*.

Débora menciona: *“es mucho más cómodo. Le podés dar pecho cuando está llorando, no tenés que esperar a calentar la leche, lo tenés al alcance de la mano”*.

Norma comenta: *“hay chicas que les da vergüenza dar teta a los hijos en el centro, en el cole, en algún lado, y he visto otras mamás que no”*.

Sin dudas, lo que para alguien puede representar un beneficio (por ejemplo, levantarse la remera y poder dar el pecho en cualquier lado), para otra persona puede ser extremadamente incómodo o vergonzante. De aquí la importancia de pensar cada experiencia como única e irrepetible y que sea inviable la comparación.

No obstante, no podemos desestimar la influencia de lo establecido social y culturalmente, como tampoco lo aprendido en la familia, las restricciones, los tabúes que trae consigo cada persona. Cuando entran en juego las representaciones sociales acerca del cuerpo de la mujer, de sus pechos, y de los comportamientos esperados por estas, se evidencian implícitamente la arbitrariedad y los valores sexistas presentes en nuestra sociedad. Pararse fuera o dentro de esas representaciones sociales implica un posicionamiento a la hora de dar la teta.

## Conclusiones

---

El proceso del presente trabajo final no sólo permitió lograr desarrollos en torno a los objetivos planteados sino que a la vez permitió construir desafíos para la implementación de políticas públicas en torno a la lactancia, así como revisar procesos participativos que podrían potenciarla. Para la presentación de las conclusiones indicaremos los alcances de los objetivos y posteriormente realizaremos propuestas en base a obstáculos y conocimientos generados durante el trabajo de investigación-acción.

En relación al objetivo N° 1 en el que se buscó identificar los procesos que intervienen en los espacios de lactancia en el marco interdisciplinario de los PIM, la necesidad de modificar lo planificado, la dinámica territorial, y la diversidad del equipo interdisciplinario (y sus discursos) fueron las categorías emergentes. El análisis de las mismas permitió comprender cómo la apertura y predisposición del equipo interviniente para adecuar espacial y temporalmente el espacio de PIM a las necesidades, prioridades y vida cotidiana de las mujeres asistentes evidenció la existencia de un CAPS con un espíritu sólido de formación y labor comunitaria, de trabajo a conciencia y de resolución de necesidades reales y ajustadas a la población dirigida. Esto a su vez permite que las mujeres encuentren en el espacio un lugar de confianza en donde expresar sus temores y preocupaciones.

Sin embargo, aunque el espacio del PIM se construye día a día desde una mirada horizontal, comunitaria e interdisciplinaria, por momentos aparecieron discursos verticalistas pertenecientes al sistema médico-hegemónico desde modalidades de trabajo multidisciplinarias. Es decir que cuando personas que participaban eran ajenas al CAPS o bien no eran centrales al trabajo del espacio, sus participaciones no eran horizontales, lo que demostraba no sólo las diferentes miradas sino también la falta de acuerdos en las dinámicas de comunicación y perspectiva de vinculación que se tenían en dicho espacio. Sin embargo, es interesante que al

estar el vínculo sostenido desde la horizontalidad, ésta era posible de ser retomada en la ausencia de estos profesionales o estudiantes en formación.

Por otro lado, y pese a la mencionada adaptación contextual a las necesidades del dispositivo y del territorio, la asistencia de las mujeres al PIM era inconstante y se vio condicionada por su situación personal o sus condiciones de vida, lo que limitaba en ocasiones la posibilidad de su presencia estable en el espacio.

El generar un mismo punto de encuentro entre las personas gestantes y las puérperas posibilitó un continuum entre el gestar, el parir y el amamantar, ya no como temas estancos y divergentes entre sí sino como momentos de un mismo proceso transformador, lo que enriqueció la experiencia y posibilitó la co-construcción de saberes pues cada una aportaba desde el lugar que ocupaba y simultáneamente se enriquecía de la experiencia de sus pares.

Asimismo, se advierte que todas las mujeres que asistieron al PIM y transitaron la propuesta brindada, al abrirse el interrogante que las habilitaba para hablar sobre alimentación (tanto de lactancia materna como alimentación artificial), eligieron como modo de alimentación de sus bebés la lactancia materna. Ciertamente, sus vivencias y experiencias previas (como hijas/nietas) y ahora algunas como madres, han impactado en esa decisión, como también seguramente los mensajes de los medios de comunicación y del sector salud. Se intentó la construcción de un espacio que permitiera la pregunta sobre la alimentación de sus hijos/as, buscando quitar la presión habitual a la que se suele exponer a la mujer para decidir sobre el tema.

Como se evidenció en los antecedentes del presente trabajo, las intervenciones encontradas en relación a la temática de lactancia fueron abordadas desde lógicas verticales, unidireccionales y resultadistas lo que imposibilitó la apertura al interrogante sobre la elección del modo de alimentación que eligen las mujeres para sus hijos/as. Simplemente, desde esta mirada no hay lugar para la pregunta, pues al centrar toda observación y educación en los aspectos nutricionales y mecánicos de la lactancia en lugar de en la experiencia subjetiva que ello significa, se perpetúa el paternalismo médico. En este sentido, el potenciar los discursos del sistema biomédico sosteniendo los mandatos de lo deseable, sin mirar el deseo de cada mujer,

disociando el cuerpo de la experiencia maternal de amamantar, hace que se reproduzcan lógicas de expropiación de la salud, negando lo dinámico, multideterminado y disímil de este proceso en cada una de ellas. En esta experiencia a pesar de habilitar la pregunta, las mujeres identificaron como modalidad de alimentación preferida la lactancia materna.

Para la construcción de esta experiencia nos apoyamos en espacios previos territoriales que marcaron algunos ritmos de trabajo no contemplados previamente. Las instancias de acuerdo y conversación con el equipo de salud que coordinaba el PIM fueron centrales para realizar acuerdos y ajustar modalidades de trabajo. Este aspecto lo encontramos esencial para la construcción de propuestas interdisciplinarias. Por otro lado, enclavar la intervención en espacios ya existentes (como el PIM, en este caso) resulta significativo pues contribuye a la replicabilidad en otras intervenciones a futuro.

Esto es muy importante, ya que al ser el PIM un programa de intervención que se realiza en los centros de salud de la Argentina, es posible considerar en estos la transversalización del tema de lactancia. Además, permitiría en algunos momentos poder incluir a familiares o personas significativas en la red de apoyo para ser parte de algunos encuentros, aspecto que emerge de la presencia de estos referentes para el proceso de alimentación.

Respecto al objetivo N° 2 en el que se buscó construir ejes de problematización de las temáticas emergentes vinculadas con la lactancia, se definieron las categorías de mandatos, mitos y preocupaciones cercanas al momento de parir que circulan al pensar la lactancia. Estas categorías nos permitieron comprender cómo las ideas previas de las mujeres en relación a la temática responden en parte al sistema total de salud enfermedad (incluyendo allí la influencia de los discursos médico-hegemónicos y los medios de comunicación), como también a mandatos familiares, creencias y tabúes respecto a cómo es el proceso de lactancia.

Asimismo, la construcción de estereotipos y de ideales de maternidad (relación: mujer/madre, madre/que amamanta, mala madre/buena madre) también salieron a la luz en las intervenciones y suponen modos socialmente construidos de concebir la maternidad y la lactancia. Estas ponderan la lactancia materna casi como única y mejor opción y la enlazan al “buen maternaje” lo que convierte a esto en un ideal prácticamente imposible de alcanzar para las

mujeres, y aquella que lo logra en el mejor de los casos, será raro que no experimente sentimientos de culpa, juzgamiento e inseguridad antes y durante el proceso de amamantar.

Por otra parte, en las vivencias y sentires aparecieron de forma transversal a la intervención comentarios sobre advertencias respecto al trato del sistema sanitario al momento de parir. La dinámica observada refleja por un lado la necesidad de mostrar un ideal de paciente que responde al sistema biomédico de manera “adecuada”, y por otro, la constante infantilización del cuerpo y las decisiones de la mujer por parte del equipo de salud, lo que evidencia relaciones desiguales de poder a las que están expuestas las mujeres en los espacios de atención al nacimiento. Es necesario comprender que en el marco del PIM esto es muy importante ya que la mirada del proceso de embarazo es integral, las mujeres participantes sienten en éste una posibilidad de expresión de las diferentes necesidades a pesar de que el tema de diálogo sea uno en particular, como por ejemplo la lactancia.

En el objetivo N° 3 que buscaba comprender los procesos implicados en la posibilidad de decidir los modos de alimentación de las mujeres, emergieron tres ejes de análisis posibles en torno al aspecto sanitario, el familiar y el personal. Estas categorías permitieron entender cómo la selección de los modos de alimentar a los hijos/as está supeditada, por un lado, a la presión “de dar teta” que encuentran en el sistema sanitario las mujeres al momento de parir (aunque se les brinden pocas herramientas de acompañamiento), y por otro, se evidencia la importancia de la red de sostén y cuidado familiar requerido para sostener en el tiempo la forma de alimentación elegida por las mujeres.

Además, si bien cada mujer tiene una posición subjetiva y singular definida respecto a la alimentación de sus bebés, nuevamente no podemos negar la influencia de las representaciones sociales, de lo establecido en la familia y la cultura, de lo que “debe” o “no debe” hacer una mujer al momento de maternar y criar. Representaciones que posiblemente permeabilicen la decisión a la hora de definir el modo de alimentar a sus hijos/as.

Por otro lado, en cuanto a la participación en esta experiencia se observó que aquellas mujeres que estaban más empoderadas en su rol de madre (ambas transitaban su tercer embarazo) mantuvieron una asistencia más constante con intervenciones y diálogos sostenidos en el espacio.

En relación a su edad, las dos superaban los 30 años. Estas mismas mujeres tuvieron partos naturales, y establecieron la lactancia materna desde el inicio una vez nacidos sus bebés. Por otra parte, varias de aquellas que no tuvieron demasiada participación ni tenían experiencia como madres, tuvieron partos por cesárea (no por elección sino porque el sistema de salud lo consideró oportuno) y lograron establecer la lactancia materna. Sus edades oscilaban entre 15 y 22 años.

Los espacios de salud que buscan procesos participativos –siempre que se ajusten a las características territoriales de la población a la que va dirigida y se construyan desde una mirada contrahegemónica al sistema médico-farmacológico-financiero (Muñoz Rodríguez et al., 2018)- como es el PIM parecen ser un buen nexo con mujeres gestantes para poder hacer el acompañamiento necesario para el inicio de la lactancia, respondiendo a sus subjetividades y decisiones. Sin embargo, el PIM como dispositivo estratégico enmarcado dentro de una institución sanitaria, requiere de un cambio de perspectiva que logre pasar de respuestas institucionales homogéneas y estereotipadas a respuestas creativas, heterogéneas y adecuadas al escenario social complejo (Lozza y Martínez, 2018).

Es inconcebible pensar que en la actualidad existan todavía espacios donde los actores secundarios de los procesos vinculados al nacer (los/las profesionales de la salud) sigan decidiendo, den órdenes, silencien, normaticen, reduzcan. Mientras que el actor principal (el binomio madre-hijo/a), sigue mandatos, oprime su singularidad, le teme al sistema sanitario, abandona su propio saber, omite su voz. En definitiva, pierde la capacidad de decidir, pierde derechos, pierde libertad. Es absurdo.

Es un deber devolverle el protagonismo a la mujer y a su transformación en los procesos del gestar, parir y maternar como punto de partida. Deseo que éste presente se llene de lo que intentó lograr ésta intervención: un espacio co-participativo, de prácticas diferentes, de deconstrucción y co-construcción de saberes, de empatía y respeto, de no juzgamiento; espacios que desplieguen sus alas desde un abordaje socio-comunitario e interdisciplinario, considerando los determinantes sociales de la salud en busca de equidad; y de un lugar que abogue por los derechos y el bienestar integral de las mujeres y sus hijos/as en la llegada al mundo.

## Bibliografía

---

- Badillo Romero, P. (2018). Parir en el hospital: Un territorio de relaciones desiguales y de poder. *Trabajo y sociedad*, (30), 436.  
<http://www.scielo.org.ar/pdf/tys/n30/n30a22.pdf>
- Barrera-Barrera, G., Cucoch-Petraello-Rojas, C., Martínez-Vera, I., Neira-Pérez, M., Órdenes-Osorio, S., Sandoval-Rubilar, S., Baumgartner-León, S., Neira-Vega, A., Ponce-Vásquez, P., Rodríguez-Domínguez, M., y González-Burboa, A. (2022). Percepción de las vías del parto de mujeres en edad reproductiva: una revisión de la literatura. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 87(2), 122-136. <https://dx.doi.org/10.24875/rechog.21000027>
- Baydar Artantaş, Aylin, Kayhan Tetis, Burcu, Kılıc, Melek, Karatas Eray, İrep, Cetin, Nazan, Güney, Sinem, Akdogan, Dogan, Domad, Umut, Ustu, Yusuf, y Ugurlu, Mehmet. (2016). Nivel de conocimiento, actitud y experiencias de los profesionales de la salud respecto de la lactancia y la leche materna en una ciudad de Turquía: Estudio transversal. *Archivos argentinos de pediatría*, 114(6), 514-520. <https://dx.doi.org/10.5546/aap.2016.514>
- Brun Barreiro, M., Ferreira Rojas, C., Sánchez Bernal, S., y González Céspedes, L. (2022). Prácticas y conocimientos sobre lactancia materna de pediatras, ginecólogos y enfermeras de 3 servicios de salud de San Lorenzo y Asunción. *Pediatría (Asunción)*, 49 (1), 33-45.  
<https://doi.org/10.31698/ped.49012022006>
- Cano Menoni, J. A. (2012). La metodología de taller en los procesos de educación popular. *Revista latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 2, 22-52.  
<http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/26946>
- Carletto Melo, G. (2019). El vínculo afectivo en la formación psíquica del bebé, y el uso del yoga como dispositivo clínico las gestantes en la patología del desvalimiento. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 23(2), 94-110.  
<https://www.redalyc.org/journal/3396/339666659005/339666659005.pdf>

- Chapela, M. (2008). ¿Qué promoción de la salud ha fracasado? En Chapela, M; y Cárdenas Elizalde, R. *Aspectos políticos y prácticas públicas de la salud en México: seguridad social servicios, promoción de la salud* (pp. 91-108). Universidad Autónoma Metropolitana.
- Colángelo, M. A. (2003). La mirada antropológica sobre la infancia. Reflexiones y perspectivas de abordaje. *Serie Encuentros y Seminarios*.  
<http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL001424.pdf>
- Comité de Lactancia Materna. (2015). *Lactancia materna en niños mayores o “prolongada”*. Asociación Española de Pediatría.  
<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201501-lactancia-materna-prolongada.pdf>
- De Pediatría, A. E. (2004). *Lactancia Materna: guía para profesionales*. Ergón.
- Díaz-Gómez, M. (2005). ¿En qué situaciones está contraindicada la lactancia materna?. *Acta Pediátrica Española*, 63, 321-327.  
<https://www.enfermeriaaps.com/portal/download/LACTANCIA%20MATERNA/Contraindicaciones%20la%20lactancia%20materna.pdf>
- Díaz-Gómez, M., Ruzafa-Martínez, M., Ares, S., Espiga, I, y De Alba, C. (2016). Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna. *Revista Española de Salud Pública*, 90.  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272016000100416&lng=es&tlng=es](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272016000100416&lng=es&tlng=es)
- Enriquez, P., y Luciano, G. (2018). Investigación e intervención socio-política. Diálogo y encuentro entre dos prácticas humanas transformadoras. En M. Flores, G. Luciano, y M. Muñoz Rodríguez. *Hacia el desarrollo del bienestar en las comunidades: saberes, reflexiones y experiencias* (pp. 95-118). Nueva editorial universitaria.
- Ferrandini, D. (2011). Algunos problemas complejos de salud.  
<https://www.ms.gba.gov.ar/ssps/capacitacion/cursos/ConcepcionesSalud-Ferrandini.pdf>
- Fonseca, C. (1998). *Caminos de adopción*. Eudeba.
- García Rodríguez, R. (2015). Aproximación antropológica a la lactancia materna. *Antropología Experimental*, 15.

<https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rae/article/view/2620/2112>

Garelli, F., y Dumrauf, A. (2021). Una mirada al campo de la educación en salud: hegemonía, pandemia y alternativas. *Espacio Abierto*, 30.

<https://www.redalyc.org/journal/122/12267447006/html/>

Garzaniti, R., y Romero, P. (2018). Atención integral de la salud: la interdisciplina como herramienta fundamental. *Anuario Temas en Psicología*, 4, 275-294.

<https://revistas.unlp.edu.ar/AnuarioPsicologia/article/view/8465/7126>

Gérvás, J., y Pérez-Fernández, M. (2015). *La expropiación de la salud*. Los libros del lince.

Gimeno, B. (2018). *La lactancia materna. Política e identidad*. Editorial Cátedra.

Gorrita Pérez, R., Brito Linares, D., y Ruiz Hernández, E. (2016). Intervención educativa sobre lactancia materna en los primeros seis meses de vida. *Revista Cubana de Pediatría*, 88 (2)

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312016000200003&lng=es&tlng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312016000200003&lng=es&tlng=es)

Gutman, L. (2020). *La maternidad y el encuentro con la propia sombra*. Sudamericana.

Herrero Martínez, M. (2017). Políticas de promoción de lactancia materna en España y Europa: un análisis desde el género. *Dilemata*, 25, 201-215.

<https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000142/522>

Huberman, M., y Miles, M. (1994). Manejo de datos y métodos de análisis. *The Sage handbook of qualitative research*.

Jimenez Sesma, M., Villacastillo, V., y Ibañez Fleta, E. (2009). La influencia del profesional sanitario en la lactancia materna. *Medicina naturista*, 3(2), 77-85.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3017264>

Juárez, M. P. (2015). *Relación médico-consultante en el primer nivel de atención de la salud: análisis y propuesta desde la pedagogía de Paulo Freire*. Ediciones Nuevos tiempos.

Ley N° 25.929 de 2004. Ley de Parto respetado. 17 de septiembre de 2004.

Ley N° III-0813-2012. Ley de Atención Primaria de la Salud. 12 de septiembre de 2012.

Ley N° 26.873 de 2013. Ley de Lactancia materna. Promoción y Concientización Pública. 5 de agosto de 2013.

López Pérez, M. (2004). La cultura popular natalicia: el arte de amamantar en el Campo de Cartagena. *Revista Murciana de Antropología*.

<https://revistas.um.es/rmu/article/view/72481/69901>

Lozza, D. y Colectivo de Trabajadores del Centro de Salud Pueblo Nuevo-Ramón Carrillo y del Corredor Balde, San Luis. (2019). Pateando el tablero del control de niño sano: la ruptura al modelo liberal de atención instituido. En D. Montenegro, *La clínica y la gestión de la medicina general* (pp.110-136). Ediciones Nuevos Tiempos.

Lozza, D. y Martínez, S. (2018). El proceso en el Primer Nivel de Atención: Hacia una perspectiva contrahegemónica instituyente. En M. Flores, G. Luciano, y M. Muñoz Rodríguez. *Hacia el desarrollo del bienestar en las comunidades: saberes, reflexiones y experiencias* (pp. 51-78). Nueva editorial universitaria.

Luque, P., Sendarrubias, B., Díaz-Flores, R., y Martinez, J. (2000). La lactancia natural o materna: conceptos básicos y trascendencia actual. *Revista Medicina General y de Familia*, 14, 360-369.

<http://semg.info/mgyf/medicinageneral/abril2000/360-369.pdf>

Massó Guijarro, E. (2015). Conjeturas (¿y refutaciones?) sobre amamantamiento: teta decolonial. *Dilemata*, 18, 185-223.

<https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/379>

Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Salud Perinatal y Niñez. *Situación de la Lactancia en Argentina. Encuesta Nacional de Lactancia 2022.*

<http://iah.salud.gob.ar/doc/803.pdf>

Molinero Diaz, P., Burgos Rodríguez, M., Mejía Ramírez de Arellano M. (2015). Resultado de una intervención de educación para la salud en la continuidad de la lactancia materna. *Revista Enfermería clínica*, 25, (5), 232-238.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5252966>

Morales López, S., Colmenares Castaño, M., Cruz-Licea, V., Iñarritu Pérez, M., Maya Rincón, N., Vega Rodríguez, A., y Velasco Lavín, M. (2022). Recordemos lo importante que es la lactancia en México. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 65(2), 9-25.

<https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2022.65.2.02>

Muñoz Rodríguez, M. (2021). La bitácora como herramienta de problematización, investigación y reflexividad del proceso de prácticas profesionales investigación. En *Curso Investigar*

*las Prácticas Docentes* -Programa de Acompañamiento a las Escuelas Facultad de Ciencias Humanas- Universidad Nacional de San Luis.

- Muñoz Rodríguez, M., Loza, H., y Martínez, S. (2018). Enfoques sociales en salud desde Latinoamérica. Hacia una perspectiva integral con participación colectiva. En M. Flores, G. Luciano, y M. Muñoz Rodríguez. *Hacia el desarrollo del bienestar en las comunidades: saberes, reflexiones y experiencias* (pp. 37-50). Nueva editorial universitaria.
- Muñoz Rodríguez, M., Martín, S., Torres, M., y Musolino, N. (2022). La vinculación entre comunidad y universidad: el acompañamiento en territorio para la construcción de prácticas en salud comunitaria y colectiva. Isla y Muñoz (Ed.) *Intervención en Salud Comunitaria: Relatoría de experiencias*. Ediciones Nuevos Tiempos.
- Muñoz Rodríguez, M., Quijano, M., Santander, S., y Ticona, A. (2022). Enredando encuentros intersectoriales en torno a la sexualidad: caminos a la promoción de la salud comunitaria con las infancias. *It. Salud Comunitaria y Sociedad*, 9 (9), 5-23.  
[https://apex.edu.uy/wp-content/uploads/2023/03/Revista-IT-2022\\_web.pdf#page=7](https://apex.edu.uy/wp-content/uploads/2023/03/Revista-IT-2022_web.pdf#page=7)
- Olza, I., Ruiz-Berdún, D., y Villarrea, S. (2017). La culpa de las madres. Promover la lactancia materna sin presionar a las mujeres. *Dilemata*, (25), 217-225.  
<https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000143/523>
- OMS, UNICEF (2015). *Lactancia materna*. <https://www.unicef.org/mexico/lactancia-materna>
- Ots, I. (2016) *La práctica de la lactancia materna en relatos de las madres: significados, discursos de influencia y condiciones facilitadoras* [Tesis de Maestría, Universidad Autónoma Metropolitana].  
[https://zaloamati.azc.uam.mx/bitstream/handle/11191/5465/Practicas\\_de\\_la\\_lactancia\\_materna\\_Ots\\_2016\\_MS.pdf](https://zaloamati.azc.uam.mx/bitstream/handle/11191/5465/Practicas_de_la_lactancia_materna_Ots_2016_MS.pdf)
- Oviedo, D. M. (2016). Madre no hay una sola: experiencias diversas de maternidades en etapa de puerperio. *Con X*, (2), e012.  
<http://www.perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/conequis/article/view/CXe012>
- Pérez Altamirano, M. (2017) *Efecto de una intervención educativa en el conocimiento y prácticas de madres primíparas sobre lactancia materna en el servicio de alojamiento conjunto del Hospital Luis Negreiros Vega Callao 2017*. [Tesis de Licenciatura, Universidad César

- Vallejo]. [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/5995/Perez\\_AM-SD.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/5995/Perez_AM-SD.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- Rangel-Flores, Y., Martínez-Plascencia, U., y Rodríguez-Martínez, E. (2018). Percepciones y experiencias de usuarias sobre las limitaciones sanitarias para la promoción de lactancia materna. *Revista de Salud Pública*, 20, 308-313.  
<https://www.scielo.org/article/rsap/2018.v20n3/308-313/>
- Rivas, M. (2011). El concepto de intervención social desde una perspectiva psicológico-comunitaria. "PATRIMONIO": *Economía Cultural y Educación para la Paz (MEC-EDUPAZ)*, 1(1), 54-76.  
<http://mec-edupaz.unam.mx/index.php/mecedupaz/article/view/30702/28480>
- Roig, A., Martínez, M., Cabrero, J., Pérez, S., Laguna, G., Flores, J., Calatayud, M., García, R. (2010). Factores asociados al abandono de la lactancia materna durante los primeros 6 meses de vida. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 18 (3), 79-87.  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2022000300003](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2022000300003)
- Saforcada, E. (2015). El sistema total de salud – enfermedad: Componentes, dinámicas, responsabilidades, riesgos y alternativas. De Lellis, M (Ed.) *Perspectivas en salud pública y salud mental*. Ediciones Nuevos Tiempos.
- Schellhorn, C. y Valdés, V. (2010). *Lactancia materna: Contenidos técnicos para profesionales de la salud*. Minsal, Unicef y Comisión Nacional de Lactancia Materna.  
[https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/manual\\_lactancia\\_materna.pdf](https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/manual_lactancia_materna.pdf)
- Stolkiner, A. (1999). La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. *Revista El campo Psi*. 3 (10). <https://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner.htm>
- Stolkiner, A. (2012). Derribando barreras. Diálogo sobre interdisciplina con Alicia Stolkiner. *En diálogo. Extensión universitaria*, (12), 6-7.  
<https://www.studocu.com/latam/document/universidad-de-la-republica/inicio-a-la-formacion-en-psicologia/stolkiner-a-revista-en-dialogo-no12/35059709>
- Tajer, D. (2020). Cuidados generizados en salud. *Revista Symploke Estudios de Género*,(1), 5-16.  
<https://www.revistasymploke.com/revistas/SymplokeEGN2.pdf#page=5>

- Vargas-Zarate, M., Becerra-Bulla, F., Balsero-Oyuela, SY y Meneses-Burbano, YS (2020). Lactancia materna: mitos y verdades. Artículo de revisión. *Revista de la Facultad de Medicina*, 68 (4), 608-616. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v68n4.74647>
- Vázquez Herrero, M., y de Anta Rodríguez, L. (2020). Lactancia materna y feminismos: una revisión desde la perspectiva de género. *Matronas profesión*, 21(2), e47-e53. <https://s3-eu-south-2.ionoscloud.com/assetsedmayo/articles/65i5jrWTMflamb8xdSmom9NnutyHfeivF70MNzCu.pdf>
- Verea, C. P. (2004). “Malas madres”: la construcción social de la maternidad. *Debate Feminista*, 30, 12–34. <http://www.jstor.org/stable/42624829>

## Anexos

---

### Diario de campo:

- **Encuentro inicial (Miércoles 6/09/23 a las 11 hs)**

Este día se planificó para realizar el primer encuentro de PIM. Sin embargo las condiciones climáticas y temporales hicieron que las mujeres asistentes al PIM no asistieran. De todos modos, el encuentro fue muy enriquecedor pues permitió conocer el equipo de trabajo que suele intervenir en este espacio, conocer las necesidades y desafíos que se suscitan a la hora de realizar actividades y llevarlas adelante.

El equipo de trabajo se encuentra formado por la obstetra, las agentes sanitarias, la trabajadora social, la enfermera, la psicóloga, y la nutricionista, entre otras, aunque el equipo va cambiando en función del tema a abordar y de la disponibilidad de las y los profesionales.

Me comentan que la línea I de transporte interurbano, es la que comunica los barrios lindantes al CAPS con la zona céntrica de San Luis.

Asimismo explican que los CAPS de la zona (el CAPS del 1 de mayo, con el del Oeste y en ocasiones con el Malvinas Argentinas, por ejemplo) tienen comunicación entre sí a nivel de los servicios. Es decir, si por ahí una mujer gestante no asiste a uno de los CAPS se trata la forma de que vaya al otro o de hacerle un seguimiento entre CAPS. Además en algunos eventos participan conjuntamente.

Una de las agentes comenta que es difícil atraer a las personas a que asistan al CAPS porque su realidad hace que no puedan dejar sus viviendas solas por miedo a que les roben. “Piensan a quien van a dejar cuando van a parir” agrega la obstetra.

Es muy fluctuante la convocatoria al PIM. A veces hay buena adherencia al espacio, y en otras épocas, muy poca. En ocasiones, se ha optado por realizar el PIM en iglesias evangelistas, o en comedores comunitarios, según los domicilios de las participantes. Además, el equipo de PIM no siempre es el mismo. Muchas veces según el tema a abordar, lo dicta un profesional u otro.

Les cuento mi rol en el PIM. Les comento a que me dedico en mi profesión y que estoy haciendo un trabajo de intervención enmarcado en la Especialización de Primeras Infancias de la FCH. Les comento esta necesidad de que las chicas que participen en el mismo, no sientan la “presión” de dar el pecho, sino más bien que sea una decisión genuina y personal de cada una de ellas y que no sientan un juzgamiento si es que deciden no dar el pecho. Que la idea es sumarme a un PIM encaminado como es el del CAPS, y poder brindar en el último trimestre, dos talleres respecto al tema de la alimentación pero sin la bajada de línea a la que estamos acostumbradas respecto a la lactancia materna, sino algo más dinámico e integral que priorice el deseo, la empatía, y posibilite la apertura y la confianza en sí mismas, ajustando las necesidades a lo que ellas necesitan desde sus vivencias.

La obstetra comienza hacer un recuento de las posibles participantes del PIM. La noto preocupada por conseguir adherencia al espacio del mismo ya que hoy no asistió ninguna mamá. Se plantea la posibilidad de hacerlo los días jueves a las 10 hs buscando un día y horario en el que haya más concurrencia y que no entorpezca la entrada y/o salida de la escuela de los hijos/as u otras actividades de las participantes.

Luego comenta que en general se observan como problemáticas comunes la violencia de género, el consumo de drogas, y en ocasiones el embarazo adolescente las cuales representan un desafío constante a la hora de realizar su trabajo y el trabajo en equipo es fundamental.

Se remarca además la necesidad de tener una mirada “humanitaria” y de ser empáticos para trabajar en un espacio con estas características, entendiendo que las profesiones para las cuales nos formamos, muchas veces no alcanzan para sobrellevar tal diversidad de experiencias y que es necesario involucrarse, pararse a la misma altura, tratar de igual a igual.

Nos despedimos y coordinamos el próximo encuentro para el siguiente jueves.

- **Encuentro N°1 (Jueves 14/09/23 a las 10 hs) Rol de Observadora No Participante**

Durante este día, se llevó a cabo el primer encuentro de PIM. Al mismo asistieron 4 mujeres gestantes. Todas las presentes asistieron solas, salvo Alejandra que fue con su hija menor.

- 1) **Alejandra (34 años).** Se encuentra cursando su 3er embarazo en la semana 36 de EG (edad gestacional). Espera un varón. Tiene una hija de 8 años y una de 1 año y 9 meses. Su embarazo es considerado “de alto riesgo” pues tiene diabetes gestacional, motivo por el cual los controles prenatales son realizados en la Maternidad Provincial Teresita Baigorria. En sus anteriores embarazos no asistió al PIM. Sus partos previos fueron vaginales y espera que este también lo sea. Planifica ligarse las trompas de Falopio al día siguiente de tener a su bebé.
- 2) **Marcela (19 años).** Cursa su primer embarazo. Está de 30 semanas de gestación.
- 3) **Rocío (20 años)** Cursa su primer embarazo. Está de 27 semanas de gestación.
- 4) **Norma (32 años)** Se encuentra cursando su 3er embarazo en la semana 35 de EG. Tiene una hija de 15 años y un hijo de 11 años. En sus anteriores embarazos no asistió al PIM. Sus partos previos fueron vaginales y espera que este también lo sea.

En el encuentro también estaba presente la obstetra del CAPS quien llevó adelante la actividad y los temas, y una estudiante de obstetricia observando la charla.

Al inicio, la profesional explica para que sirve el espacio del PIM. Remarca la importancia de compartir con otras embarazadas, el escucharse, sentirse acompañadas y llegar al parto con menor ansiedad.

Alejandra les transmite a las compañeras, la importancia de tener tranquilidad en todo el proceso. Otro tema que surge, son los cambios que trae consigo el embarazo. Las dos mujeres primerizas remarcan el temor a los cambios físicos, el aumento de peso. Aparecen decires sobre la ropa: Rocío menciona: “te probas algo y decis, ay eso ya no me entra”. Norma cuenta “en el primer embarazo sí me afectó, ya en los otros no” (tenía 16 años en su primer embarazo). Alejandra refiere que le pasó lo mismo en el primer embarazo: "pesaba 45 kg y aumenté a 80 kg. Me sentía incómoda con el cambio drástico. No me reconocía. A mí me ayudó mucho que mi marido era muy compañero”. Marcela refiere “yo me compré ropa y no la puedo usar”.

También aparece la influencia de los malos comentarios del afuera. Por ejemplo, la figura de la “suegra”. Por otro lado, se habla de los miedos. Aparece en varias participantes, el miedo a la cesárea.

Yo desde mi rol de observadora no participante percibí un clima realmente amigable, de acompañamiento de la profesional para con las pacientes, pero también de contención y apoyo entre ellas mismas. Me sentí cómoda y noté gran predisposición de las chicas al espacio del PIM.

- **Encuentro N°2 (Jueves 21/09/23 a las 10 hs) 1er Taller:**

- La primera media hora estuvo destinada a charlar sobre ventajas y desventajas de la cesárea y el parto natural vaginal.
- En la segunda parte del PIM se llevó adelante el primer taller sobre alimentación.

En este segundo encuentro de PIM, se encontraban presentes: **Alejandra, Rocío y Norma**, quienes también participaron en el encuentro anterior, (Marcela, tenía que realizarse un estudio en la Maternidad y por eso no pudo asistir). Además, se sumaron nuevas asistentes:

- ❖ **Graciela (22 años)**. Se encuentra cursando su 1er embarazo en la semana 30 de EG.
- ❖ **Débora (19 años)**. También cursa su primer embarazo. Está de 33 semanas de gestación.

Asimismo, estábamos presentes la obstetra, una estudiante de obstetricia observando la charla, y yo.

Inicia la actividad la obstetra, proponiendo charlar de las ventajas y desventajas del parto por cesárea VS el parto natural vaginal. Explica que esto se termina de definir en el trabajo de parto salvo que exista algún criterio médico que haga necesario planificar una cesárea. Menciona algunos de los eventos que pueden conducir a una cesárea: bebé en posición podálica o transversa, placenta previa, desprendimiento de placenta, un trabajo de parto en el que el cuello uterino no dilata y el bebé no desciende, y en caso de patología materna. Además menciona que hace un tiempo se cuenta con un consultorio de cesárea activa, para aquellos casos en los que la mujer gestante tome la decisión de realizarse una cesárea. Comenta que ninguna forma es mejor que la otra. Sí, remarca que las mujeres venimos equipadas para un parto natural, pero que la cesárea cuando está bien indicada es adecuada y no debemos temerle. Subraya la importancia de que la cesárea no termine siendo un proceso de rutina, que sea realizada en los casos que lo ameriten o que deseen ese tipo de parto. Que de todos modos, el objetivo o la meta es llegar a estar con el bebé en brazos... Cada vivencia es diferente y cada hijo/a es único. Además menciona dentro de las ventajas del parto vaginal, que el mismo favorece el inicio de la lactancia materna pues la influencia hormonal facilita la bajada de leche. En cambio en la cesárea, comenta que frecuentemente el proceso de bajada de la leche demora un poco más.



La obstetra explicando ventajas y desventajas del parto natural y la cesárea.

En cuanto a la segunda parte del taller, se plantea la pregunta al grupo de cómo han pensado la alimentación de sus bebés. Mediante una ronda cada una de las participantes va contando como piensan alimentarlo. Las 5 presentes responden que la opción en la que piensan es la teta. Se les pregunta puntualmente a aquellas mujeres que tienen experiencias con hijos/as previos/as. Norma comenta que sus hijos/as se prendieron bien al pecho y que le salía leche. Comenta que a diferencia de ella, a su hermana que también estaba amamantando en ese momento, a veces le salía leche y a veces no, lo que hacía que le tenga que agregar leche de fórmula y esto constipaba al bebé, “fue peor porque se le secaba de vientre y se vivía enfermando del estómago”. Ella menciona que pudo darle solo pecho a sus dos hijos y que no le resultó difícil. Sin embargo comenta que el segundo hijo le lastimó los pechos y tuvo que darle un poquito de leche los primeros días y colocarse una crema para recuperar la piel de los pezones ya que debería recibir aire o luz de afuera pero su Dr. le dijo que no podía estar así

con los pechos al aire. Remarca que fueron unos días hasta que se “deshincharon” porque no se podía “ni tocar” y que también se sacaba leche (estimo que este proceso estuvo vinculado a la etapa de la bajada de leche, 3 o 4to día posnatal).

Alejandra, refiere que su nena más grande, en su primer día le costó prenderse ya que sus pezones eran muy grandes para la boquita de la bebé. Pero al otro día ya se logró prender. Y siguió tomando hasta los dos años. Y su otra hija hoy de 1 año y 9 meses (quien la acompaña en cada encuentro) tomó pecho hasta hace un mes y dice que el destete no le ha costado. La obstetra agrega “quedaste embarazada y todo y no tuviste problema” (haciendo referencia a esa lactancia que continuó a pesar de un nuevo embarazo).

Se vuelve a preguntar a las chicas primerizas si han charlado de este tema con alguien, si involucran a otras personas en esta decisión, y Rocío señala que a ella siempre le dicen que lo recomendable es “dar el pecho” Si llegase a pasar algo le dará leche pero a ella le gustaría que agarre el pecho.

Se plantea también la posibilidad de pensar si existe el deseo de dar el pecho, porque a veces suena más como una imposición que como la posibilidad de elegir desde el deseo genuino. Norma comenta “hay algunas chicas que no le gusta, como ser mi hermana más grande que le costó tener a su hija mayor, no quiso saber más nada de tener hijos y ella a su hija no quería darle el pecho y como mi mamá tenía a mi hermano chiquito y tomaba teta le dio ella el pecho. La nena es el día de hoy que le dice “mami” a su abuela, no a la mamá”. Su hermana tenía 15 años cuando tuvo a su hija mayor.

Luego se pregunta qué las hace tomar esta decisión de querer dar teta, y Rocío comenta que las ganas de darle son porque sabe que “es recomendable”. Débora menciona que para ella “es mucho más cómodo. Le podes dar pecho cuando está llorando, no tenés que esperar a calentar la leche, lo tenés al alcance de la mano”. Y Graciela agrega que “depende también de la leche, o de que te diga el Dr”. Norma remarca “hay mamás que les sale más leche y otras que no” y Alejandra agrega “a algunas le sale como si fuera agua. No sé si es según la alimentación, porque mi mamá me decía tenés que tomar leche, hierbas, que esto, que aquello, mate cocido”. Se les remarca que estas cuestiones que por ahí no se tienen tan

claras podemos abordarlas en el próximo encuentro. Menciono que a veces uno quiere dar teta pero no puede porque hay un montón de cosas que influyen en la lactancia. También se plantea esto de que puede ser necesario no solo focalizarnos en el parto que suele ser el temor mayor, sino también pensarnos en ese momento posterior que tiene que ver con la lactancia y la vida posnatal, que dura mucho tiempo, e implica mucha dedicación y entrega. Norma agrega “sí, o cada cuanto le tenés que dar la teta, porque a veces no sabes, según el bebé que te toca, a veces duermen más y a veces no”. Tomando esta idea se remarca el hecho de que cada bebé y madre son distintos, y cada experiencia es diferente, incluso en la misma mujer, y no creer que lo que le pasó a otra mamá necesariamente me va a pasar a mí. También es bueno saber que casi todos los inconvenientes que surgen en relación a la lactancia suelen tener solución, y en este sentido se les explica que mi rol dentro del PIM está encaminado también a acompañarlas en este proceso posnatal una vez nacidos sus bebés (ya sea su alimentación con LM o con fórmula). Norma comenta: “hay chicas que les da vergüenza dar teta a los hijos en el centro, en el cole, en algún lado, y he visto otras mamás que no. Yo cuando llevaba el nene mío a la escuela había una mamá que tenía un nene de 4 (años) y salía del jardín y ahí nomás se prendía paradito y yo me reía porque era grandote el niño y todos lo miraban”. Se toma la idea de “hasta cuando dar la teta” y se plantea que se va abordar también en el próximo encuentro. Norma acota “eso no sé si tiene el mismo valor, los mismos nutrientes la teta cuando le das de grande, porque yo pensaba le da teta con 4 años y pico, le saldrá agua a la señora”. En este sentido se aclara que la leche nunca es agua, sino que la misma se va adaptando a la edad y a las necesidades del bebé. La obstetra agrega que es recomendable en los primeros 6 meses es que el bebé reciba solo teta, pero que la idea es que esto no sea algo impuesto, ya que desde el sistema de salud tenemos un “chip” puesto de lactancia materna y la idea es que las gestantes no se sientan obligadas o juzgadas si su deseo no es dar la teta. Se remarca que realmente la decisión que tomen tiene que ser desde su propio deseo y decisión y que nosotras (la obstetra y yo) estamos para acompañarlas tomen la decisión que tomen. Surge luego el interrogante de si ellas han sido amamantadas cuando fueron bebés, a lo que todas respondieron que sí fueron amamantadas, una hasta los 6 años (Alejandra), otra hasta los 3 años (Débora), Rocío se ríe y recuerda que salía del jardín y tomaba teta, Norma cuenta que su mamá le dio el pecho a todos sus hijos/as incluida ella, y

Graciela tomó hasta los 2 años. Se les pregunta si el hecho de que su mamá les haya dado el pecho las incentiva a hacer lo mismo con sus hijos/as a lo que responden que sí. También se abre el interrogante de si han hablado con sus parejas o alguna persona en relación a la alimentación de los bebés, a lo que responden que no ha sido un tema hablado. Se sugiere ir pensando como familia estas cuestiones y se remarca que si bien el pecho solo lo da la mamá, las personas que están a nuestro alrededor pueden ayudar en las cosas de la casa, limpiar, cocinar, para que sea más ameno el proceso. Alejandra comenta que eso es muy importante, ella cuenta que con su primera hija se sintió muy acompañada por su marido: “vos querés dormir un ratito, yo la miro, te querés bañar tranquila, yo la miro. El tiempo que él tuvo de licencia que fueron 15 días fue de mucha ayuda”. Ahí yo remarco la importancia de dejarse ayudar porque muchas veces creemos que podemos con todo y nos cuesta recibir la ayuda del otro/a. Norma aporta: “y además son partos diferentes, mi hija estaba todo el día despierta y en la noche no me dejaba dormir, era mamá primeriza, y yo cuando me cansaba se despertaba el papá a las 3, 4 de la mañana y se quedaba con ella hasta las 8 y ahí recién se dormía y se nos hizo re difícil, en cambio con el varón no, a él había que despertarlo para darle teta. La nena nunca se me enfermaba, el varón sí, pero bueno, son distintos...Y mi pareja siempre me ayudó, también en la etapa del embarazo, cocinaba, lavaba. En la recuperación también, hasta me bañó”. “Y ahora que mi hija más grande tiene 15 (años), ella también quiere ayudar, ella quiere ir a cuidarme al hospital, y le digo que no, que ella se quede a cuidar la casa que si no nos van a robar todo” (risas). Por último se pregunta si tienen miedos o incertidumbre en relación a este tema y Rocío menciona que le teme a no tener formado el pezón al momento de dar el pecho. Norma dice que ha escuchado que hay personas que tienen los pezones más anchos o distintos y que le cuesta que los bebés agarren. También comenta que los bebés siempre eligen más un pecho que el otro.

Finaliza la reunión diciéndoles que las esperamos en el próximo encuentro para seguir charlando todas estas cuestiones que fueron surgiendo.

Me quedo unos minutos más con ellas y les pregunto a cuanto viven del CAPS. Todas viven entre 2 a 10 cuadras, y vienen caminando. Nos despedimos.



Desarrollo del primer taller de alimentación planificado en el PIM del jueves 21/09.

● **Encuentro N°3 (Jueves 28/09/23 a las 10 hs) 2do Taller:**

**Tópicos a considerar y debatir:**

- Beneficios de la LM
- Preparación de los pechos en embarazo: ¿Me tengo que formar el pezón?
- Cuidado del pecho
- Tipos de leche
- Tipos de pezones
- Mitos: Calidad de la leche, como aumentar la producción, etc.
- ¿Desde cuándo damos teta? (6 LM exclusiva) ¿hasta cuándo? ¿cada cuánto dar la teta?  
¿Cuánto tiempo? ¿de qué pecho? ¿hay uno preferido?

- Necesidades del recién nacido
- Puesta al pecho precoz
- Prendida

Durante este día, se llevó a cabo el tercer encuentro de PIM. Al mismo asistieron **Alejandra** (de 38 semanas) y su hijita más pequeña, **Norma** (37 semanas) y **Marcela** (33 semanas) (que ya venían asistiendo a los encuentros previos). Además, se sumó **Myriam (15 años)** embarazada de 33 semanas de su primer hijo. También estaban presentes la psicóloga, una agente sanitaria, y dos estudiantes de obstetricia. La obstetra informa que no va poder estar presente pero que llevará adelante el encuentro la psicóloga del CAPS.

Mientras esperamos que se haga la hora para comenzar, charlamos de cómo nos sentimos esta semana que pasó. Ale cuenta que se siente más cansada y con algunos calambres pero muy bien de todos modos. Myriam se presenta y cuenta que se siente bien, que es su primer bebé.

Para iniciar me presento y le comento (especialmente a Myriam) lo que se fue hablando en los encuentros anteriores, sobre todo lo referido a la alimentación de los bebés. Le pregunto si ella ha pensado en el modo de alimentar a su bebé y dice (con bastante timidez) que le gustaría darle teta. Yo le traigo nuevamente algo que se habló en otros encuentros relacionado a que la idea de este espacio es que no sea una imposición el dar teta sino que sea realmente un deseo de ellas que son quienes pondrán el cuerpo, el tiempo, y la energía. Que puedan hacer una elección genuina sin sentirse juzgadas por ello. Explico que la idea de este segundo taller sobre alimentación es hablar sobre lactancia porque si bien parece “fácil”, hay cosas que facilitan el proceso, o lo obstaculizan. Les cuento que también estoy embarazada y que me siento identificada con muchas de las cosas que ellas van narrando en los encuentros.

Comenzamos hablar sobre los beneficios de la LM, si los conocen, si no... Alejandra comenta que para ella la leche es “lo principal” porque previene muchas enfermedades como

la diarrea, malestares estomacales. Le pregunto donde aprendió eso, y me comenta que a ella se lo decía su mamá, que tuvo 11 hijos y siempre les remarcaba que mejor si toman teta. Yo tomo su aporte y refuerzo esta idea de que serán bebés que a futuro posiblemente se enfermen menos, y que por ende también necesiten menos medicamentos, menos consultas médicas, etc.

Pregunto si conocen si tiene beneficios para la mamá. Ninguna responde. Se quedan pensando. La psicóloga les pregunta si no han notado que las mujeres bajan de peso más rápido cuando dan el pecho. Ellas asienten con la cabeza. Yo sumo que el cuerpo suele volver más rápido a su estado inicial. Les cuento que también ayuda a disminuir el riesgo de enfermedades como algunos cánceres (de mama, de útero), reduce el sangrado posparto, y remarco la importancia que también tiene a nivel vincular el encuentro entre la mamá y el bebé al dar teta. El pecho suele funcionar como un vehículo a nivel emocional. Sin embargo les digo que si la teta no está (por el motivo que fuera) el vínculo también se puede formar independientemente del tipo de alimentación que optemos o podamos lograr. Y también hablo de que a nivel económico hay beneficios ya que con la inflación que se observa día a día, poder dar la teta (con la calidad que esta tiene), a la temperatura justa, con todo lo que necesita nuestro bebé, en nuestro propio cuerpo y no tener que pagar por eso, es importante. Norma suma que además le puedes dar en cualquier lado el pecho.

Cambiando el tema, hablamos de esta duda que solemos tener de si debemos o no “prepararnos los pezones” durante el embarazo, o de los mitos relacionados a la forma de los pezones como determinante de la lactancia. Les muestro los diferentes tipos de pezones: protráctil, plano, umbilicado, gruesos, finitos (con los pechos de crochet modelo). Se deja en claro que no importa que forma de pezón tengamos (incluso podemos tener uno de una forma y el otro de otra), esto no determina si la lactancia se va dar o no. Escuchamos muchos comentarios del estilo “con ese pezón no vas a poder dar la teta”. Sin embargo amamantar depende de muchos factores y no solo de la forma del pezón.



Material didáctico utilizado en los PIM para abordar temas vinculados a la alimentación.

Respecto a la preparación, se explica que no hace falta estar “preparando”, estimulando o tocando el pezón hasta el momento del nacimiento ya que eso no va a modificar la forma del pezón. Quien puede “formarlo” es el bebé mismo con la propia succión por lo que realizar esto durante el embarazo no solo que no suele ser muy placentero para la mamá (hasta puede dolerle) sino que además no tiene sentido. Incluso puede ser contraproducente en embarazos avanzados, pues al estimular los pechos, hay posibilidades de que se desencadene el proceso de parto por la influencia hormonal que ello supone. Más bien la preparación tiene que ver con tener información certera para poder lograr dar el pecho si es lo que deseamos. Es común que tengamos dificultades en la lactancia que suelen surgir por falta de información, por comentarios que alguien me dijo. Es un tema del que todo el mundo opina y eso suele confundir mucho a la mujer.

También se aclara que es un proceso diferente en cada mujer, incluso con cada hijo/a y poder buscar ayuda si la necesitamos está bien. Se les recuerda que mi rol en este grupo es

ese, el de poder acompañarlas ahora y también una vez nacidos sus bebés, en caso de que lo deseen y/o lo requieran. La psicóloga cuenta que ella en su experiencia: “yo era pro-lactancia, un pezón divino, y se me complicó muchísimo, no pude dar la teta exclusiva y era lo que más quería, y me frustré un montón. No tuve el acompañamiento que quizás ahora tenemos. Solo era: tenés que darle, tenés que darle”. Yo agrego “sentías la presión de darle pero nadie te ayudaba o te daba herramientas para hacerlo” Ella continua, “si yo pensé que iba ser todo divino y no, me re frustré”. Yo tomo esto que ella menciona y remarco la importancia de no idealizar la lactancia, y entender que suele costar al principio, que cada proceso es distinto, que puede doler un poco (por la intensa estimulación que recibe esa zona que hasta el momento no sucedía). En este sentido, a veces tener las expectativas muy altas de lo que va suceder hace que nos frustremos enormemente cuando no pasa lo que esperamos que suceda y que nos llenemos de culpa, cuando en realidad lo que pase no depende solo de nosotras. La psicóloga cuenta que como ella terminó en cesárea porque en las últimas semanas tuvo una suba de presión, eso hizo que le “costara que bajara la leche” y ella sentía que esa primera leche no alimentaba a su bebé. “Recién al mes me sentí tranquila dándole teta” Yo tomo esto y les cuento que justamente, el proceso de inicio e instalación de la lactancia dura un mes, es decir, no se resuelve en el alta de la maternidad, y lleva un tiempo tanto a la mamá como al bebé que juntos van aprendiendo y perfeccionando este modo de alimentación.

Luego se aborda el tema de cómo cuidar la piel de los pechos prenatalmente, pero fundamentalmente una vez nacido el bebé. Se menciona a la leche (materna), el agua, el sol y el aire como aliados para mejorar y cuidar la piel de esa zona. Se remarca que son elementos naturales que tenemos al alcance de la mano y que ayudarán a recuperar la piel. En ocasiones se aconseja usar jabón para lavar los pechos, pero se explica que en realidad esto genera que la piel se reseque muchísimo y pierda los aceites naturales que ya tiene (que liberan los tubérculos de Montgomery), por lo que lavarse solo con agua alcanza.

Después se aborda el tema de los distintos tipos de leche. Se pregunta si han escuchado hablar que la leche va cambiando con el tiempo. Alejandra menciona que con su primera hija notó que la leche era más amarilla mientras que con la segunda ya salía más blanca. Norma comenta que la primera leche es el calostro, después se vuelve más “común”,

y después más transparente. Tomando este aporte se muestra a las participantes los distintos colores y texturas que va tomando la leche con el paso del tiempo. Se describen las características y propiedades del calostro y se lo vincula con mitos en relación a esta leche inicial (“que es muy poquito”, “que no le alcanza”, “que no lo llena”). Para desmitificar se establece una relación con el tamaño del estómago del bebé (que claramente es muy pequeño y se corresponde con el volumen de leche ingerido en esos días). Se menciona a la etapa calostrada como el momento en el que el bebé recibe la “primer vacuna” puesto que durante las primeras tomas, la madre le transmitirá a su hijo/a todos los anticuerpos que haya ido recolectando durante toda su vida (inmunidad adquirida) lo que hará que su bebé esté mucho más protegido ante la exposición de enfermedades. Se deja entrever como el cuerpo de la mujer y del bebé están diseñados para ir adaptándose mutuamente a las características de los tipos de leche que se van sucediendo unas a otras, y lo importante que es confiar en ese proceso. Luego se menciona la bajada de leche, como la etapa que procede a la calostrada, en la que el volumen de leche producido comienza a aumentar. Suele suceder a los 3 o 4 días. En algunas mujeres pueden evidenciarse “síntomas” (fiebre, calor en la zona, pechos duros, etc) mientras que en otras puede pasar desapercibida esta etapa pero aun así producirse. Es muy variable. Después a los 10 días aproximadamente viene la leche más blanquecina, la “definitiva”.



Desarrollo del segundo taller de alimentación.

Respecto a la calidad de la leche, se abordan los mitos en relación al tema, exponiendo que en realidad ninguna leche humana es de “mala calidad”. Pueden pasar otras cosas en cada proceso y eso marcar la diferencia, pero la leche es de buena calidad. Se retoma un comentario de la semana anterior del niño de 4 años que tomaba teta parado, en donde se supuso “tomará agua a esta altura”, resignificando esta idea de leche igual a agua y reforzando la idea de que la leche se va adaptando a cada etapa del bebé/niño/a.

En relación al aumento de la producción láctea, tema que había surgido en encuentros anteriores, se retoma el comentario del consumo de “hierbas” para aumentar la producción y se agrega la importancia del estímulo de la succión en el pecho (relación: a más succión, más producción de leche).

Otro punto a considerar de la charla es el momento de inicio de la lactancia. Les pregunto ¿en qué momento le dieron la teta a sus otros/as hijos/as? Alejandra cuenta que con su primer hija, cuando volvió a la sala (habitación) trató de poner a su bebé al pecho. Comenta que ya en el quirófano ella notaba que su bebé buscaba el pecho por lo que apenas volvieron a la sala se lo ofreció. Con su segunda hija también comenzó a ofrecerle rápidamente en la sala, pero dice que le costó más. Le consulto a Norma lo mismo, y ella afirma que también logró darle de mamar a ambos hijos/as, en la sala, luego del parto. Yo tomo ambos aportes poniendo en valor esas puestas al pecho tempranas, y remarcando esta importancia del inicio temprano de la lactancia, siempre que se pueda y que las condiciones lo permitan, como uno de los factores que favorecen el proceso. Se vincula este tema al contacto piel con piel, explicando que para el recién nacido esta es una necesidad inminente, puesto que están 9 meses en un espacio muy cálido, pequeño y cercano al cuerpo de la mamá, cubriendo todas sus necesidades permanentemente, escuchando su corazón, su voz, a la temperatura justa; y por eso necesitan mantener ese contacto cercano que tenían, aunque ahora fuera del útero, haciendo que esa transición de la gestación intrauterina al mundo externo sea más empática y apacible para con ellos/as. Pedirle a un/una bebé que se mantenga 4 hs en una cuna es insostenible para el/ella. Además se transmite la idea de que el

acercamiento refuerza el vínculo afectivo entre ambas partes, independientemente de que podamos darle teta o no. Y en aquellos casos donde se pueda y quiera dar el pecho, predisponer al bebé en contacto piel con piel con la mamá será una acción que también favorecerá el proceso de lactancia. Un bebé muy separado de la mamá, no “encuentra” la teta, no la huele, no la ve y eso hace más difícil instalar la lactancia como modo de alimentación. Norma cuenta que cuando su prima dio a luz, las enfermeras del lugar le hacían darle teta y luego dejarlo en la cuna (no la dejaban tenerlo en brazos). “Ella me lo pedía y yo se lo pasaba, y cuando llegaba la enfermera nos decía que lo pongamos en la cuna por si se caía que esto que aquello”. Yo le explico que esa es una decisión pura y exclusiva de la madre, si quiere o no tenerlo en brazos. El personal de salud debería acompañar, colaborar, pero no interceder en esas decisiones. Norma continúa: “la enfermera me dijo que si le pasaba algo, iba a ser culpa mía porque no tenía que alzarlo. Pero mi prima me lo pedía y yo se lo pasaba, porque ella quería tenerlo con ella. Cada vez que entraba, nos miraba con una cara”.

Reforzando la idea del contacto piel con piel se plantea que no es necesario sobreabrigar al bebé, ya que uno de los beneficios de tenerlo cerca a nuestro cuerpo, es ayudarlo a regular la temperatura corporal, por lo que la ropa excesiva puede “alejarse” de la mamá e incluso incomodarlo y tenerlo molesto. También se transmite la idea de “calma” que suele acontecer cuando el bebé llora y/o la mamá está nerviosa o angustiada y lo coloca en su torso haciendo contacto. Ambos suelen encontrar serenidad y armonía en ese encuentro.

Después se introduce el concepto de lactancia exclusiva, haciendo referencia al periodo de 0 a 6 meses en el que el bebé solo toma leche materna y no requiere otro alimento ni líquido. Luego de los 6 meses viene el periodo de alimentación complementaria, donde comienza a comer papillas, pero la teta sigue representando un gran aporte calórico y continúa pero siendo complementada con algunos alimentos. Así pasa el tiempo hasta que el bebé va introduciendo todos los alimentos, desde los más blanditos hasta los sólidos. Luego se retoma el comentario de otros encuentros en relación “hasta cuando dar teta”, y se remarca que ese tiempo lo decide la mamá junto con el bebé y nadie tiene porque opinar respecto de si es “poco” o “mucho”. Norma agrega “o le puedo dar teta y leche..” haciendo referencia a complementar con leche de fórmula. Se valida esta idea de “lactancia mixta” como escenario

posible. Se conecta este tema con la vuelta al trabajo, que en algunos casos puede hacer difícil sostener la lactancia exclusiva y esto puede hacer necesario complementar con leche comprada, o con la propia leche.

Luego se les pregunta: ¿cómo sabían que ya había terminado sus bebés de tomar el pecho? ¿Cada cuánto le daban? Alejandra comenta que se daba cuenta ya que su hija se dormía y soltaba sola el pecho. Norma asiente con la cabeza y dice que cada vez que se despertaban sus hijos/as le daba teta. Se refuerza esta idea de que no hay horarios ni tiempos definidos, cada bebé y cada madre tienen tiempos diferentes y el tiempo va haciendo que cada una “decodifique” las señales de hambre que da su bebé, cuando no quiere más, etc. Se relaciona este tema también con el “llanto” como modo de comunicación del bebé, lo que implica tener habilidades para decodificar que es lo que quiere ya que este puede responder a un sinnúmero de motivos, y no solo al “hambre” (necesidad de contacto, dolores, molestia, ropa incómoda, suciedad, frío, calor, etc).

Se menciona la importancia de ir alternando los pechos en cada toma (primero uno, luego el otro; en la misma toma si aún tiene hambre o en la toma siguiente) y se relaciona esto con la idea de “libre demanda”. Se vincula también esto a confiar en su propia sabiduría y a estar atentas a las señales que el propio bebé nos da y quizás no tanto al entorno que puede confundir aún más. También la importancia de preguntar, sentirse abiertas a la posibilidad de pedir ayuda si tienen algún inconveniente en todo el proceso.

Norma comenta que algunos dicen que si tomas gaseosa o comes papa, y das teta el bebé se hincha y tiene gases. Se desmitifica esa idea y se explica que sí se sugiere que la mamá tenga una alimentación lo más variada posible y que consuma agua como lo hace habitualmente, pensando sobre todo en que viene atravesando una metamorfosis muy grande desde el embarazo hasta el puerperio y necesita incorporar nutrientes pero no es necesario prohibir o eliminar ningún alimento ni bebida (salvo alcohol o drogas). La psicóloga agrega que debemos tener cuidado con la medicación que tomemos mientras estemos en periodo de lactancia. Se reafirma y se explica que casi todas las medicaciones tienen una versión

compatible con la lactancia por eso es muy importante consultar al médico y no automedicarse.

Se habla de la importancia de buscar ayuda si sentimos que la necesitamos, dejarse ayudar, y permitirse ser sostenida por otra persona.

Y también se aborda el tema de las visitas de los primeros días. Se remarca lo trascendental que trae ese encuentro con cada hijo/a, y la importancia de cuidar esos primeros días, de conocernos con nuestro/a bebé, y/o darle paso a quien creemos que puede sumar y hacernos bien. Norma dice: “hay que darse tiempo... todos vienen... capaz que es para ver si se parece al padre...” “yo les dije con este último, cuando vaya a tener no quiero ver a nadie por un tiempo... pero uno les dice que no y se enojan”.

Terminamos este bello encuentro y nos despedimos.

En todos los encuentros se refuerza la idea de que si tienen dificultades antes o después de nacidos los bebés, nos los hagan saber para poder ayudarlas y acompañarlas en el proceso.

- **Encuentro N°4 (Jueves 05/10/23 a las 10 hs) (continué como observadora aunque intervenía si me lo pedían):**

Durante este día, el PIM se desarrolló con la psicóloga, la obstetra, 3 estudiantes de obstetricia y yo. Más tarde se sumó la enfermera. Al mismo asistieron **Rocío** (de 30 semanas) y **Norma** (de 39 semanas).

Norma cuenta que el sábado tuvo contracciones, y cree que puede deberse a que ese día caminó mucho en el centro con su hermana. La obstetra le explica que eso es lo que se llama un “falso trabajo de parto”. Que igual hay que estar atentas porque ya es su tercer bebé y el progreso puede ser más rápido, por lo que es bueno tener el bolso ya preparado, la libreta, por cualquier cosa. Si no nace antes de la semana 40, ese día tiene que asistir a la maternidad desayunada para hacer el monitoreo fetal cada 48 hs hasta que nazca su bebé. Se le explica

que si se le complica ir por sus medios, puede llamar a servicio social para que la trasladen (desde el CAPS a la Maternidad), pero que es importante asistir a estos controles.

Le pregunta a Rocío como ha estado. Le dice que bien. Ya de 30 semanas. Le dice que si bien falta, es posible que empiece a sentir algunas contracciones pasajeras en algunos momentos y es un proceso fisiológico esperable.

Le pregunta a Norma si está ansiosa, si tiene algún temor, ella responde que no. Que la va acompañar su hermana y su pareja. Que su mamá no puede porque está cuidando a su abuela en San Juan (está enferma). Le pregunta si su pareja quiere presenciar o no el parto. Ella dice que sí quiere. Ella prefiere que esté su mamá (como estuvo en sus dos partos anteriores) pero que esta vez no puede. La obstetra le explica que lo importante es que sienta cómoda con quien esté.

Después mencionan el tema del “parto respetado” haciendo énfasis en respetar el proceso fisiológico de cada mujer al parir, sin tanta intervención médica innecesaria. Y si es necesario intervenir, hacerlo pero poniendo en conocimiento a la mujer de las prácticas que se le están realizando. Cada mujer es distinta, y también influye si es primípara o multípara.

La psicóloga pregunta que pasa si se rompe bolsa en casa. La obstetra responde que no hay que desesperarse, pero que sí es un motivo para bañarse, cambiarse, mirar la hora, agarrar el bolso e ir a la Maternidad.

Ingresa la enfermera y les comenta sobre las vacunas que deben tener durante el embarazo: antigripal en cualquier trimestre, triple bacteriana celular (después de la semana 20) y hepatitis B (que requiere de 3 dosis y hay que colocarla si antes no lo hicimos). Después se habla de la importancia de vacunar a los bebés luego de nacidos y en los meses posteriores al nacimiento. El objetivo de las vacunas no es que la enfermedad no aparezca pero sí, de atenuar sus síntomas o gravedad. Les remarca la importancia de ser responsables y respetar los tiempos para colocar las vacunas como figuran en la libreta. Si la mamá no puede cumplir con el esquema de vacunación, delegar esta tarea en otra persona, ya que habrá algunas tareas (como amamantar) que serán intransferibles a otra persona.

Respecto a la lactancia se retomaron algunos temas ya que Rocío no había estado en el encuentro anterior y la obstetra me invitó a recuperar algunos puntos: Mitos respecto a los tipos de pezones. Manejo de las opiniones del afuera, señales que da el bebé, el llanto como

modo de comunicación, necesidades del recién nacido, mitos en relación a la producción de leche, tipos de leche y mitos en relación a ello, uso de chupete y tetinas, buscar ayuda si la requieren.

Nos despedimos.

- **(Jueves 12/10/23)**

Nos encontrábamos presentes la psicóloga y yo. La obstetra no estaba presente porque se encontraba con unos días de licencia por profilaxis. Durante este día, no asistió ninguna mujer al PIM.

- **Encuentro N°5 (jueves 26/10/23)**

Al llegar al CAPS visualizo a Alejandra con su bebé en brazos, lo que me dio mucha emoción. Me acerqué a saludarla y preguntarles como estaban. Me cuenta que tiene 8 días, que salió todo bien y que está a full tomando teta.

Ahí se acerca la obstetra y me comenta que el bebé de Norma (otra de las integrantes del PIM), ya nació también y que pesó cerca de 4 kg.

Ingresamos al espacio que solemos usar para llevar adelante el PIM: Este día estábamos presentes la obstetra, la psicóloga, una estudiante de obstetricia, **Graciela** (embarazada de 38 semanas), **Alejandra** (presente desde el primer encuentro, ya hoy con su bebé Axel de 8 días) y yo.

La psicóloga le pregunta Alejandra como salió todo, y cuenta que fue muy rápido. Tuvo un parto vaginal. Que le indujeron el parto a las 10:30 y nació a las 12:35 hs. Todas manifestamos la tranquilidad que Ale tuvo durante toda su gestación, y hoy se observa nuevamente lo mismo y se lo transmite a su bebé que también es muy calmo. Cuenta que fue en colectivo a la Maternidad a controlarse, pero que ya tenía 5 de dilatación uterina, por lo que ya quedó internada y a las pocas horas nació su bebé. Prácticamente no sintió las

contracciones. Al otro día le hicieron la ligadura de trompas. “Salió todo bien gracias a Dios. Mis otras niñas estaban con mi mamá y mi hermana, y conmigo se quedó mi pareja”.

Le preguntan si él estuvo en el trabajo de parto y en el postparto, y responde que sí, salvo al momento del parto que no se animó a entrar. Ella estuvo sola al momento de parir pero se sintió tranquila y remarca que la atención fue muy buena. Comenta que al otro día fue el equipo de salud a felicitarla porque se había “portado bien”. La psicóloga remarca que debe ser más fácil llevar un parto adelante cuando la mamá es colaboradora como ella. Yo menciono que en Ale se observa una sabiduría muy grande que la va guiando en cada momento. Luego le preguntamos a cerca del proceso de lactancia. Ella comenta que viene muy bien, Axel se prende re bien al pecho, no está teniendo problemas ni tiene dolores al amamantar. “La primer toma costó un poquito pero a la media hora se prendió de lo más bien”. Mientras cuenta su experiencia le ofrece el pecho al bebé y se observa una gran calidez en el encuentro, mucha armonía y bienestar de parte de ambos. Pesó 3300 gr al nacer, y al alta bajó a 3010 gr (un 8,5%). Yo explico que es esperable una baja los primeros días. Alejandra cuenta que el bebé también tuvo un poquito alta la bilirrubina, pero que a los pocos días ya había disminuido. Yo le mencioné que cuanto más teta pueda ofrecerle, más rápido iba a eliminar la bilirrubina. Le preguntamos por su otra hija (de 1 año y 9 meses), y cuenta que está muy celosa. “al principio no me quería ni mirar, y después ya sí, se me tiró encima. Y con él (bebé), se le prende, le da besos, lo toca”. La obstetra le dice que es importante tener paciencia y comprender que el puerperio lleva su tiempo, entran en juego otras hormonas, y el cuerpo de a poco vuelve a ser el de antes. Por eso es importante reencontrarse en el espejo con ese cuerpo que ya no tiene panza. Ale cuenta que su hijita aun le da besos en la panza. Es importante que pueda descansar, alimentarse, que la ayuden con la casa, sin sobreexigirse. Aunque es esperable que aparezcan momentos de angustia, porque es un “acomodarse” a esta nueva realidad. Todos los integrantes se van adaptar a la llegada del bebé. Le preguntan si se ha notado que está más sensible, y ella cuenta que sí, que después del alta sentía que quería llorar todo el tiempo y que su marido le preguntaba ¿Qué te pasa...? Yo acoto que no todos los días se trae un hijo/a al mundo, y que eso conlleva muchísimos cambios que nos atraviesan por completo. Estamos todo el embarazo imaginando esa llegada, y un día sucede y es muy movilizante. “Si, apenas me lo dieron me fijé si tenía pelo, porque las nenas me

nacieron peladas” cuenta Alejandra. Le pregunto si pudo tenerlo en contacto con su cuerpo luego de dar a luz. Responde que sí, y que ahí mismo se prendió a la teta (en la sala de parto). Que luego vino una chica de Neo y que le dijo “me lo tengo que llevar”. Remarcamos la importancia de generar ese primer momento sagrado para ambos, siempre que las condiciones lo permitan.



Alejandra con su bebé recién nacido, Axel prendido al pecho.

La obstetra cuenta lo importante de ir vinculándose con la panza con un nombre, hablándole, hasta el momento del parto donde se produce el encuentro. A raíz de eso le pregunta a Graciela (38 semanas) si ya eligió el nombre de su bebé, a lo que ella responde que aún no. También le consulta si ha tenido contracciones, y responde que no. La obstetra continua retomando temas abordados en encuentros anteriores respecto a características del parto y de la cesárea, y nociones en relación al momento en que se puede desencadenar el parto. Le pregunta a Graciela si tiene alguna duda, y ella responde que no con la cabeza. La obstetra le pide a la estudiante de obstetricia (que hace sus prácticas en Maternidad) que explique cómo realizan el control de puerperio inmediato después del parto. Ella comenta que a las 2 hs de haber parido, se les hace un control a las mamás. Se observan las mamás (que

estén blanditas, que secreten leche), la presión, también se controla que el útero esté bien duro y contraído. Se controla el sangrado (que comienza siendo rojo y luego se vuelve más clarito). Cuenta que este control se hace durante 36 hs y luego si está todo bien, se da el alta.

Yo retomo el tema de la alimentación ya que Graciela no ha venido a todos los encuentros por lo que se refrescan algunos temas. Les vuelvo a contar que yo trabajo con bebés y con la alimentación de estos, y le pregunto nuevamente respecto a la alimentación del bebé. Graciela dice que ella piensa darle teta. Se remarca la idea de que este espacio está pensado para ir pensando estos temas y que la decisión que se tome esté atravesada por el deseo y no por imposición o presión.

Se explica que aunque la lactancia parece sencilla, muchas veces puede que no lo sea. Sin embargo cuando uno tiene información previa y sostén, ayuda mucho a superar inconvenientes que surgen. Se retoman conceptos de tipos de pezones, tamaños de pechos, tipos de leche, mitos, capacidad gástrica, confianza en sí mismas y en su bebé, tiempos del proceso, comentarios frecuentes, la importancia del contacto temprano y constante, regulación de la temperatura, lactancia a demanda, cuidado de las primeras horas y manejo de visitas, diversidad de experiencias. Se retoman los conceptos haciendo mucho hincapié en lo que fue contando Alejandra en su reciente experiencia con su bebé. (Por ejemplo, al hablar de bajada de leche, le pregunto a Ale como fue su experiencia y cuenta que sintió calor y aumento de tamaño de los pechos, y que lo que hizo fue poner al pecho al bebé cada vez que pedía).



Desarrollo del PIM del jueves 26/10.

Asimismo, Ale comenta que Norma (la otra mujer con similar edad gestacional que asistió desde el primer encuentro al PIM) fue internada el mismo día por lo que su bebé nació en la misma fecha que el de ella. La obstetra agrega que el día anterior Norma fue al control de Puerperio, y los encontró muy bien a ambos. El bebé se prende muy bien al pecho y no ha tenido inconvenientes con la alimentación.

La psicóloga remarca que no hay preguntas tontas, que siempre es mejor sacarse las dudas, y cuenta que cuando ella fue mamá (hace 6 años) el ginecólogo le decía que “se forme el pezón” y ahora sabemos que no hace falta. A raíz de eso, Alejandra cuenta que el día que la internaron el médico que atendía a la chica que estaba internada a su lado, la “retó” por no tener formado el pezón (hace 8 días). Yo retomo esta idea de que en la lactancia todo el mundo opina muchas veces con desconocimiento y no necesariamente son opiniones familiares, también las hay profesionales. Luego la estudiante de obstetricia les cuenta que cosas son importantes que lleven en el bolso a la Maternidad: pañales, 2 pares de medias, gorrito, pantalón y body o batita de algodón, conjunto de polar o plush, mantita de algodón, y otra más abrigada. Oleo calcáreo y algodón.

La obstetra le pregunta a Graciela si tiene algún temor, y dice que sí, un poco le teme a la cesárea. Yo le pregunto si se siente acompañada en este proceso por su familia, y me dice que sí, por sus hermanas, su mamá, su papá también. Le preguntan si pudo definir quién quiere que la acompañe al momento del parto, y dice que aún no lo tiene decidido.

Luego para cerrar, volvemos a felicitar a Alejandra por la llegada de su bebé y le repetimos que si llega a surgir una complicación o simplemente necesita nuestro acompañamiento estamos disponibles para ello. Lo mismo para Graciela, tanto en el parto como en el posparto. Puesto que está en la semana 38, la obstetra le repite los signos de alarma de trabajo de parto, y refuerza el tema de controlar el ritmo de las contracciones. Ante cualquiera de estas situaciones, acudir a la Maternidad o al Hospital del Oeste. Alejandra cuenta que ella, unas horas antes de dar a luz, sentía que su bebé no se movía, y por eso acudió al mencionado hospital y no quisieron atenderla en la guardia. La derivaron a

Maternidad. Fue hasta allá, (que en cuestión de distancia es mucho más lejana su ubicación) le hicieron un monitoreo, y pudo chequear que estaba todo bien. Se vuelve a repetir a todas, que lo que necesiten, estaremos allí para acompañarlas en el proceso en las distintas etapas. Nos despedimos.

- **(Jueves 09/11/23)**

Nos encontrábamos presentes la psicóloga, la obstetra, una estudiante de obstetricia, y yo. Durante este día, no asistió ninguna mujer gestante al PIM.

La obstetra me comenta que el bebé de Marcela nació el domingo 5/11 (de 38,5 de EG) por parto vaginal y que todo había salido muy bien. Estaba amamantando sin dificultades.



Marcela con su bebé recién nacido.

Asimismo me cuenta que la vio a Norma, (tuvo un parto vaginal) que también la encontró muy bien con su bebé.

Por otro lado, le pregunto por el resto de las chicas que no estaban asistiendo, y me cuenta que con Myriam (15 años) siempre costó que se adhiriera al espacio del PIM. Menciona incluso que ella antes de quedar embarazada, (a los 13 años) tenía el deseo de querer embarazarse y ser mamá, y que pese a que como CAPS intentaron darle otras opciones o esperar un poco, al poco tiempo comenzó a gestar y los primeros controles no quiso hacerlos en el centro de salud. Luego asistió a algunos en la parte final del embarazo, pero con poca adherencia. Comentan que está en pareja con el papá del bebé y que viven en un espacio separado de su familia. No asiste a la escuela. Por la edad, es considerada “de riesgo” y por eso es derivada a la Maternidad. Se desconoce se realiza el PIM que dictan allá.

Graciela, hoy de 40 semanas, no asistió ya que debía acercarse a la Maternidad para realizarse un monitoreo y el control allá.

Nos despedimos.

- **Encuentro N° 6 (Jueves 16/11/23)**

Nos encontrábamos presentes la psicóloga, la obstetra, **Norma** (con su bebé de casi un mes), y yo. La psicóloga le pregunta como está, y nos cuenta que ahora bien. Que estuvo muy cansada pero que ya estaba mejor, que al principio no dormía nada. Le pregunto su nombre. Se llama Noah. La obstetra le pregunta a Norma como lleva este mes de nacido su bebé. Dice que bien, que lo que la cansó al principio es que no dormía nada. Tuvo parto natural. Dice que fue cansador. La tuvieron que intervenir. Comenzó a las 6 de la mañana, y terminó teniéndolo a las 23 hs. El bebé pesó 3910 gr. La obstetra remarca que debe haber sido largo el proceso de trabajo de parto, por el peso del bebé. Estuvieron dos días internados (de rutina). Al alta bajó a 3660 gr. (un 6,3%, lo cual es esperable).

Luego le preguntamos cómo va con el tema de la alimentación y comenta “sigue a teta nomás... se prendió ahí nomás cuando nació, ya venía chupándose la mano”. Le preguntan si pudo tenerlo en el pecho al momento de nacer, dice que muy poquito tiempo y se lo llevaron.

Después lo prendió al pecho sin problemas. Cuenta que no le lastimó ni le hizo doler. Hace aproximadamente 15 días tuvo en control del niño sano, y pesó en ese momento 4500 gr.

Le preguntamos cómo tomaron la llegada del bebé sus otros/as hijos/as, y cuenta que el varón (11 años) “lo cargosea a cada rato, lo cambia, lo despierta para jugar, está re contento”.

Por otro lado, la obstetra comenta que Graciela tuvo a su bebé el jueves pasado por cesárea. La intervinieron ya que el monitoreo no dio reactivo (estaba de 40 semanas). La cirugía salió bien. Sin embargo a su bebé aun no le daban el alta ya que no orinaba y le costó prenderse al pecho.

Yo le volví a decir a la obstetra (que es quien está en contacto con las mujeres gestantes) que si ella quería o necesitaba que la acompañe en ese proceso de inicio yo me acercaba a donde fuera, quedando a disposición para lo que haga falta.

Asimismo, le pregunto por Rocío y me dice que es de las pocas que faltan dar a luz (está de 36 semanas). Y también por Myriam. Ella tuvo a su bebé por cesárea electiva. La vio ayer y la notó dolorida pero era todo muy reciente. Al inició le comenzó dando alimentación mixta porque dice que se quedaba con hambre, pero luego le sacó la fórmula y ahora mantiene una lactancia materna exclusiva.

Le pregunto a Norma como se viene sintiendo anímicamente, y me cuenta que ahora bien. “Los primeros días fueron complicados, después ya no”, “Porque estaba dolorida y no dejaba dormir (el bebé)”. La psicóloga le pregunta si le hicieron episiotomía, y dice que no. Cuenta que el bebé es tranquilo y no es “muy llorón”, pero que no le gusta estar sucio “ahí nomás pega el grito”. Se la nota segura y no tiene dudas por el momento.

Cerramos el encuentro felicitando a Norma por la llegada de Noah y recordándole que lo que necesite, puede buscarnos para acompañarla en lo que haga falta. Le agradecemos la predisposición de cada encuentro y el aliento hacia las mamás primerizas.



Sala de espera del CAPS "1ro de Mayo".