

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA**  
**FACULTAD DE ARTES Y CIENCIAS**  
**LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**



**Las experiencias subjetivas de mujeres madres  
primerizas que por diversas razones no llegaron a brindar  
Lactancia Materna Exclusiva a sus bebés**

ALUMNA: MARIANA SALOMON

DIRECTORA: LIC. ESTELA CHARDON

## **AUTORIDADES ACADÉMICAS**

**GRAN CANCELLER S.E.R.**

Mons. Mario Antonio Cargnello

**RECTOR ACADÉMICO**

Ing. Rodolfo Gallo Cornejo

**VICE-RECTORA ACADÉMICA**

Mg. Constanza Diedrich

**SECRETARIA GENERAL**

Lic. Silvia Alvarez

**DECANO DE FACULTAD DE ARTES Y CIENCIAS**

Lic. María Dolores Medina Bouquet

**SECRETARIA ACADÉMICA**

Abg. Adriana Iburguren

**JEFE DE CARRERA DE PSICOLOGIA**

Lic. Sonia Edith Guijarro Cardenas

*“Aceptar las contradicciones que genera la maternidad es fundamental para tener una experiencia materna positiva”*

**ESTHER VIVAS**

## AGRADECIMIENTOS

*A mi familia, mi papá que siempre confió en mí y me alienta siempre a cumplir mis objetivos, gracias por la incondicionalidad.*

*Mis hermanos, que son mi gran sostén gracias por siempre estar.*

*A la madrina de mi hija que siempre me dio una mano en mi maternidad, a ella y mis hermanas, agradezco los días y las horas que cuidaron a mi hija mientras yo avanzaba en mis metas.*

*A mi pareja, mi compañero de esta vida, que sabe mejor que nadie lo que costó llegar hasta acá, gracias por el amor y la paciencia, por bancarme en esta oportunidad, y millones más.*

*A mis amigas, las que me dio este hermoso camino de la facultad, y a las de toda la vida, ellas son incondicionales, a pesar del tiempo, la vida, los años, están ahí “intactas”, acompañándome en las buenas y malas, en las alegrías, y en las tristezas mucho más.*

*A mi hija Guillermina, mi motor para todo, mi inspiración para este trabajo, gracias porque ella me enseña cada día a ser mejor, a seguir y a crecer, espero que el día de mañana solo sienta orgullo de su mamá.*

*Y a todos los que formaron parte de este camino de estudiante y aquellos que pudieron hacer real este trabajo y este pequeño gran paso, porque sin ellos nada de esto podría ser realidad.*

# INDICE

<b>INDICE.....</b>	<b>5</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>9</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>11</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>14</b>
Pregunta de investigación .....	15
Objetivos de la investigación.....	15
Objetivo General.....	15
Objetivos específicos.....	15
Justificación.....	15
Consecuencias de la investigación .....	17
Deficiencias en el Conocimiento .....	18
<b>MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>24</b>
<b>CAPÍTULO I: LA SALUD MATERNO INFANTIL EN EL CONTEXTO DE LA SALUD PÚBLICA DE SALTA .....</b>	<b>25</b>
Concepto.....	25
Atención Primaria de la Salud .....	26
Niveles de Atención.....	34

Atención Primaria en Salta.....	35
Centros de Salud – Primer Nivel de Atención en Salta .....	40
<b>CAPÍTULO II: MUJER Y MATERNIDAD, VALOR Y SIGNIFICADO DE LA MATERNIDAD PARA LA MUJER .....</b>	<b>44</b>
Experiencias en relación a la Maternidad.....	46
Relación consigo misma.....	50
Relación con el niño .....	52
Relación con la pareja .....	53
Relación con la familia de origen .....	55
Relación con el equipo de salud.....	56
<b>CAPÍTULO III: LA LACTANCIA MATERNA Y SUS IMPOSIBILIDADES .</b>	<b>58</b>
Concepto.....	58
Beneficios para el bebé.....	59
Beneficios para la Madre.....	60
Conocimientos para una buena lactancia .....	61
Políticas Sanitarias.....	63
Leyes vigentes que promueven y protegen la lactancia materna.....	68
Obstáculos y causas posibles de abandono .....	70
<b>MARCO METODOLÓGICO .....</b>	<b>78</b>

Nivel y tipo de investigación .....	79
Diseño de la investigación.....	79
Definición de conceptos centrales.....	80
Experiencias .....	80
Mujer madre primeriza.....	81
Factores que condicionan la lactancia materna exclusiva .....	81
Participantes .....	82
Contexto y Período.....	83
Técnicas de recolección de información .....	84
Procedimiento de Recolección de Información .....	84
Coreografía de Análisis .....	86
<b>RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>89</b>
<b>ANÁLISIS DE LOS CASOS .....</b>	<b>122</b>
Contexto Social de las participantes .....	123
Contexto social y contexto de pandemia por el virus SARS-CoV-2 .....	124
Relaciones con el grupo familiar primario y la pareja .....	127
Elegir la maternidad .....	132
Relaciones con los servicios de salud.....	142
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>146</b>

Discusión de los resultados.....	147
Limitaciones del estudio .....	155
Líneas futuras de investigación .....	156
<b>ANEXOS.....</b>	<b>168</b>
ANEXO I: MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	168
ANEXO II: GUÍA DE ENTREVISTA SEMI-DIRIGIDA.....	169
<b>HOJA DE EVALUACION .....</b>	<b>172</b>

## RESUMEN

El objetivo de este trabajo de investigación fue conocer las experiencias las de mujeres primerizas que, por diversas razones, no brindaron Lactancia Materna Exclusiva a sus hijos. Se trabajó con cinco casos de madres primerizas cuyas edades oscilan entre los 18 y 35 años, pertenecientes al Barrio Solidaridad de Ciudad de Salta Capital.

Siguiendo una metodología cualitativa y descriptiva, se utilizó como instrumento la entrevista semi-estructurada. Se hizo hincapié en conocer el contexto social, familiar e individual, la relación de las mujeres madres con la lactancia materna exclusiva y con los servicios de salud.

En el análisis de la información se observó que en sus experiencias las mujeres madres reconocen en la actividad de amamantar una interacción agradable y satisfactoria, a la vez que difícil al inicio.

Las experiencias están relacionadas con los mitos que las mujeres madres tienen y están marcadas por la falta de información oportuna y adaptada a las necesidades de las mujeres madres.

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

**PALABRAS CLAVE:** Lactancia materna exclusiva – experiencias subjetivas – madres primerizas- mujeres madres - abandono

## **ABSTRACT**

The objective of this research work was to know the experiences of first-time women who, for various reasons, did not offer Exclusive Breastfeeding to their children. We worked with five cases of first-time mothers whose ages range between 18 and 35, belonging to the Solidarity Neighborhood of the City of Salta Capital.

Following a qualitative and descriptive methodology, the semi-structured interview was used as an instrument. Emphasis was placed on knowing the social, family and individual context, the relationship of women mothers with exclusive breastfeeding and with health services.

In the analysis of the information, it was observed that, in their experiences, mothers recognize in the activity of breastfeeding a pleasant and satisfactory interaction, as well as difficult at the beginning.

The experiences are related to the myths that women mothers have and are marked by the lack of timely information adapted to the needs of women mothers.

An adequate diagnosis of what knowledge they have is necessary and offer timely information to accompany the learning process and professional strategies that are consistent with the realities of these women so that the recommendations are relevant. An effective intervention is linked to promotion and prevention, with health teams trained to work with these populations.

**KEY WORDS:** Exclusive breastfeeding - subjective experiences - new mothers - new mothers - abandonment

# INTRODUCCIÓN

La presente propuesta de investigación se origina por un particular interés en conocer qué sucede con aquellas mujeres que, por diversos motivos, no proporcionaron Lactancia Materna Exclusiva (LME, en adelante) a sus hijos.

Brindar LME supone que el niño recibirá, durante los primeros seis meses de vida, alimentación solo a base de leche materna (OMS, 2019). La mayoría de las mujeres, cuando se convierten en madres, tienen la posibilidad de brindar LME a su bebé.

El ejercicio de la lactancia, que se ha considerado en mucho tiempo un ejercicio tradicional, ha ido cambiado en los últimos tiempos por situaciones sociales y cambios culturales y es así que en distintos contextos pueden aparecer dificultades o contradicciones entre las recomendaciones de la OMS y las posibilidades maternas (Felitti y Rizzotti, 2014).

Algunas de las causas asociadas al abandono de la lactancia materna es el factor de educación o falta de conocimiento de las madres sobre brindar la debida alimentación durante el tiempo requerido para el desarrollo del bebé (Camargo Figuera, Lattore-Latorre y Porrás-Carreño, 2011). Está asociado al abandono de la LME la edad, la cultura, características del grupo familiar y/o la pareja, modificaciones en la rutina, la preparación previa al parto, entre otros aspectos. Otro de los condicionamientos a la LME es el nivel socioeconómico de las mujeres madres, como así también la estructura familiar, los ingresos de la mujer trabajadora, y las condiciones laborales (Camargo-Figuera et al., 2011; Vega-Castro, 2014).

Por otro lado, existen mujeres que no desean “*poner el cuerpo*” para alimentar a su bebé, otras que no pueden hacerlo por diversas circunstancias, o

bien que no saben cómo enfrentar este hecho por falta de recursos informativos, entre otras realidades. Esto en muchos casos puede desembocar en situaciones conflictivas y dolorosas para las mujeres madres que no han realizado aquello que las organizaciones, las políticas públicas y la sociedad en general plantean y muestran como “lo adecuado” y “lo esperado”, tanto para madres como para la alimentación y el vínculo con el bebé.

A su vez, esta problemática se ve acentuada al no existir, en muchos casos, un vínculo entre aquello que se espera o demanda desde las Políticas de Salud para esta población, con la realidad concreta de estas mujeres madres.

Cabe agregar, asimismo, que esta cuestión constituye una problemática social en la cual se ven involucradas muchas mujeres madres de diversas edades, contextos y clases sociales (Figuera, Latorre y Carreño, 2011).

En este caso en particular, la investigación pretende centrarse en mujeres madres pertenecientes al Centro de Salud N° 61 “B° Solidaridad” Área Operativa n°55 – Hospital Papa Francisco de Salta Capital, el cual depende específicamente del Nudo Solidaridad, que es el Centro de Salud cabecera. Cabe precisar que dependen de dicho Nudo seis Centros de Salud, por lo que se ha llevado a cabo un diagnóstico previo en función del cual se seleccionó este Centro de Salud ya que se visualizó una mayor concurrencia de mujeres madres que asistían al mismo. Según fuentes secundarias de dicha institución, en el último trimestre del año 2019- desde el 2 de septiembre al 30 de noviembre-, en B° Solidaridad se presentaron 145 mujeres, de las cuales 43 de ellas no brindaron LME, lo cual se corresponde a un 29,6% (Leal, 2020).

En este sentido, fue relevante establecer en qué condiciones vivían las mujeres madres del Barrio Solidaridad, ya que constituye una zona cuya población convive con características habitacionales particulares, relacionadas con indicadores de necesidades básicas insatisfechas, indigencia y desocupación,

considerándose un barrio humilde donde las viviendas tienen una infraestructura precaria (Yáñez, 2012).

Podemos destacar que el problema planteado constituye una temática relevante, ya que se trata de una circunstancia considerada, según lo plantea la OMS (2019), como la menos óptima en la actualidad respecto tanto a la alimentación del bebé, como al vínculo madre e hijo. Por otro lado, la temática ligada a la experiencia subjetiva de las mujeres madres en relación a la LME ha sido escasamente indagada hasta el momento, por lo cual resulta interesante profundizar sobre la situación particular de estas mujeres madres, tanto a nivel de sus experiencias internas como externas, y en relación con la vivencia de la maternidad. En otras palabras, no focalizando el estudio en la calidad y características del vínculo o de la salud del bebé, sino específicamente en la vivencia subjetiva de la mujer madre.

Por esta razón, el presente trabajo se propuso explorar las experiencias positivas o negativas de mujeres primerizas que, por diversas razones, no brindaron la LME.

# **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

## **Pregunta de investigación**

¿Cuáles son las experiencias de mujeres primerizas que, por diversas razones, no brindaron LME a sus hijos, que acuden al Centro de Salud N°61 de B° Solidaridad en el Segundo periodo del Año 2020?

## **Objetivos de la investigación**

### **Objetivo General**

Describir las experiencias, de mujeres primerizas que, por diversas razones, no brindaron LME a sus hijos, y acuden al Centro de Salud N°61 de B° Solidaridad en el Segundo periodo del Año 2020.

### **Objetivos específicos**

- Indagar los motivos por los cuales las mujeres no brindaron LME.
- Captar los significados que las mujeres le otorgan a la situación de no brindar LME.
- Conocer las percepciones de las mujeres sobre los servicios de salud recibidos en torno a esta problemática.

## **Justificación**

Desde el punto de vista **teórico**, este estudio aportó conocimientos sobre las problemáticas que pudieron advertirse en las mujeres primerizas ante el hecho de no haber brindado LME por diversos motivos, ya que esto es visto como un problema para la salud del bebé y su desarrollo.

Es relevante destacar que la mayoría de los estudios existentes se enfocaron en las causas más comunes de abandono y/ o fracaso en LME, relacionadas en su mayoría a la falta de apoyo familiar, social y profesional. Resultó necesario indagar en la psicología de la madre más allá del efecto que

tendría en el desarrollo del bebé, el cual es un hecho ampliamente estudiado.

Desde el punto de vista **práctico**, los aportes de esta investigación pudieron ser de interés para los servicios de salud que deben atender a mujeres que no brindaron LME a sus bebés por diversas razones. En este sentido, se ha reflexionado sobre las implicancias para la mujer, lo que permitió ampliar las posibilidades de abordaje de los profesionales de la salud cuando esta situación se presenta: puericultoras, asesoras de lactancia, contextos de personas que acompañan a las madres; y así lograr reducir la brecha entre la realidad de las mujeres y lo que las políticas de salud plantean como adecuado y necesario.

Como tal, constituyó un aporte para enfrentar problemáticas en las que intervienen los equipos de salud en el momento de embarazo, parto y puerperio en los servicios; tales como deserciones, rechazos de las prestaciones, descuido de la salud, etc., las cuales pudieron ser entendidas y analizadas desde las experiencias subjetivas de las mujeres en esta etapa de sus vidas.

Desde el punto de vista **social**, las conclusiones pudieron ser útiles no solo para las participantes de la investigación, sino también para todas las mujeres madres, como así también terapeutas, equipos interdisciplinarios que trabajan en el ámbito de la salud pública, para los cuales la lactancia materna resulta un indicador sanitario de suma importancia en el cuidado de la salud de las comunidades que trabajan en el ámbito, o aquellos profesionales interesados en la temática, enfocados sobretudo en la prevención y promoción de la salud.

Asimismo, se trató de colaborar específicamente con el Centro de Salud N°61 aportando otra mirada que permita que el equipo de trabajo de la entidad pueda trabajar aumentando la empatía con las madres, entendiendo las situaciones individuales y pudiendo visibilizar las diversas realidades de cada una.

## **Consecuencias de la investigación**

En esta investigación, se respetaron todas las normas éticas y legales establecidas para la investigación con sujetos humanos, teniendo en cuenta lo establecido por los postulados Federación de Psicólogos de la República Argentina FePRA (2013).

Se siguieron las normas éticas de la investigación y sus principios tales como: el respeto por las personas, la competencia, el compromiso profesional, científico y la integridad de cada una de ellas. Las mismas autorizarán sus prácticas vía la firma del consentimiento informado cuyo modelo figura en el anexo I.

Por otro lado, se tendrá en cuenta la Ley N° 6063 (1983) del Ejercicio Profesional del Psicólogo de la Provincia de Salta.

Finalmente, respecto a la investigación bibliográfica que se utilizó en la investigación se respetaron las normas APA (2014) para evitar el plagio y respetar los derechos de autor.

Se brindó a los participantes toda la información necesaria para que tomen una decisión informada acerca de su participación en la investigación, los mismos tuvieron derecho a solicitar información cuando lo consideraron necesario y a interrumpir su participación cuando lo desearon, sin previa justificación.

Se mantuvo la confidencialidad de los datos y el anonimato de los mismos para preservar su identidad, y se les brindó la confianza necesaria para que puedan plantear cualquier sentimiento, idea o comportamiento que consideraron como un evento adverso durante la realización de las entrevistas.

## Deficiencias en el Conocimiento

Teniendo en cuenta que existen investigaciones anteriores relacionadas con la temática aquí propuesta, es necesario explorar otros trabajos para conocer sus aportes, y orientar la presente investigación a temas que no hayan sido desarrollados en profundidad, contribuyendo así a las limitaciones en el conocimiento del problema a investigar.

A continuación, se presentan algunos de los trabajos relacionados al tema bajo estudio.

En primer lugar, el trabajo de Delgado-Becerra, Arroyo-Cabrales, Díaz-García y Quezada-Salazar (2006), quienes en su estudio “Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención”, exploraron la prevalencia de lactancia materna a fin de identificar factores que favorecían su práctica y abandono. Fue un estudio de tipo cualitativo, donde se utilizaron pruebas exactas de medición, de Fisher y *t* de Student, realizando un seguimiento de seis meses, indagando los motivos de abandono de esta práctica. El criterio de inclusión para las participantes fue haber lactado durante su estancia intrahospitalaria en el Servicio de Alojamiento Conjunto. Fueron en total 194 con sus respectivos bebés (binomios), de los cuales la edad predominante fue de 18 a 24 años. Solo el 57,2% realizó el seguimiento completo, con distintas tasas de abandono entre el segundo (con mayor caída, en un 40.9%) y el tercer y sexto mes (9 a 18%). Encontraron que en un 67,6% de prevalencia de los binomios, a los seis meses, que sostiene de lactancia materna exclusiva durante los seis meses, es decir, un índice alto. Una de las principales variables asociadas al abandono de la LME y del programa de seguimiento fue la educación: de forma significativa se asoció la educación de 0 a 6 años con el abandono. Entre las discusiones que abordaron en este estudio, se consideró el argumento que algunos autores han reportado, quienes consideran la disminución de la práctica de la LME se debe a la posibilidad de alimentar al bebé con leche

artificial; sin embargo, esto solo se presentó entre 4 y 10% de los casos (Delgado-Becerra et al., 2006), de tal manera que podría constituir en “el motivo” o “pretexto” que la madre utiliza para justificar el abandono de la lactancia materna. Este es el caso del estudio que, al igual que otros, no se pudo comprobar que esta producción sea baja. Otros factores asociados que reportó este estudio para el abandono de la lactancia fueron la falta de apoyo familiar y el nivel alto de ansiedad.

En el estudio titulado “La lactancia materna desde la perspectiva de madres adolescentes de Bogotá” (Forero, Rodríguez, Issacs y Hernández, 2013), los investigadores en este caso indagaron las experiencias de lactancia materna en adolescentes e identificaron aspectos positivos, limitaciones y necesidades sentidas desde su propia perspectiva. Fue un estudio de tipo cualitativo con enfoque fenomenológico, se utilizó la técnica de la entrevista para 24 madres formando tres grupos en diferentes periodos posparto, donde participaron mujeres que formaban parte de la Secretaría Distrital de Bogotá. Entre sus conclusiones, encontraron que, si bien las adolescentes reconocían los beneficios de la LME, sus experiencias fueron distintas a las de las recomendaciones para lograrla, sobretodo en relación a una alimentación complementaria saludable. Se reveló, también, que uno de los obstáculos más notorios era la falta de acompañamiento de forma acertada y oportuna (Forero et al., 2013).

Vega Castro (2014), por su parte, en su tesis de grado: “Experiencia de la lactancia materna y las razones de abandono: una perspectiva desde las madres en periodo de lactancia” exploró las razones por las cuales las madres en periodo de lactancia abandonan la lactancia materna antes de lo recomendado. Este estudio se focalizó en la perspectiva de las madres para la identificación de las razones por la cual interrumpieron o abandonaron la LME, ampliando los tipos y formas de abordaje de esta problemática. Para ello, se propuso un abordaje de tipo cualitativo, a través del cual se recopiló información por medio de entrevistas en profundidad. La muestra estuvo conformada por madres seleccionadas de

forma intencional. Como instrumento, se utilizó la guía temática para la construcción de la historia de vida, método descriptivo pertinente y eficiente para acceder a la perspectiva del individuo. Como resultado, se pudieron identificar, describir y analizar las vivencias relacionadas a la LME, resaltando la importancia del rol de las creencias y mitos en relación a momentos específicos como ser el destete o el aumento en la producción de leche materna. Entre las razones que se hallaron para el abandono, se destacó el rol de la edad, la cultura, las condiciones del familiar, la pareja, cambios de rutina, la preparación previa al parto, entre otros aspectos. El estudio destaca también las similitudes entre los procesos de lactancia, pero reafirmando las diferencias halladas en relación a la etapa de vida y el entorno familiar. Asimismo, recomienda que sobre estas variables es donde los profesionales de la salud deben profundizar sus intervenciones, para poder guiar a estas madres en el desempeño adecuado en la práctica de la LME.

Otra tesis sobre el estudio de la LME realizado por Correa Suárez (2014), se enfocó en describir el significado de la experiencia de la LME para las madres, en los primeros seis meses de vida de su hijo, en un grupo de madres de un hogar FAMI (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar del Departamento de Quindío). Para ello, se llevó a cabo un estudio cualitativo con método de etnoenfermería, se seleccionaron siete madres a las cuales se les realizó entrevistas en profundidad entre 2012 y 2013, concluyendo que el significado de la práctica de la lactancia materna para las madres en los primeros seis meses de vida de sus hijos representaba para ellas los siguientes significados: “es fuente de vida, es ser madre, asegura bebés sanos, inteligentes y seguros; lactar protege la madre; el apoyo es una motivación para lactar; cuidarse la madre fortalece la lactancia” (Correa Suárez, 2014, p. 9). Para llegar al resultado de estos seis patrones, la investigadora ha llevado a cabo una indagación profunda con el objetivo de identificar el sentido que le dan las madres al lactar de forma exclusiva. Para ello, exploró y analizó los momentos y situaciones que experimentaban estas madres al momento de dar pecho a sus hijos, como ser un ambiente tranquilo y ameno, así

como la información que la madre contaba sobre la leche materna y sus mitos; también se recopiló información sobre las prácticas con los excedentes de leches, con el interés de comprender el sentido del fenómeno de la LME para la madre, y de esta forma poder conocer el significado más objetivo de la experiencia del LME en los primeros seis meses de vida del bebé.

El siguiente estudio (Ruiz Pizzi, 2015) buscó comprender las motivaciones de las madres de lactantes de bebés menores de 6 meses, desde la perspectiva de sus conocimientos y experiencias vividas en torno al ejercicio eficaz de la LME. Fue una investigación de carácter cualitativo descriptivo, a partir de la cual se realizaron 16 entrevistas semiestructuradas de manera individual y se observó que la principal motivación era poder ejercer una LME de manera eficaz los primeros seis meses de vida del bebé, lo cual se relacionó de forma directa con la información que tenían acerca de los beneficios que proporcionaba esta práctica, sobre todo para sus hijos. Por otro lado, la motivación se reveló como desencadenante para obtener información y consejos prácticos, así como también encontrar un lugar de contención, comprensión y pertenencia a un grupo en relación a la lactancia.

En el estudio de Cuentas Mamaní y Quispe Coarquirá (2015) se determinó la relación existente entre conocimientos y actitudes hacia la LME en madres adolescentes. Se realizaron entrevistas y una encuesta con escala Likert, concluyendo que la mayoría de las madres tenían un conocimiento considerable de 88.5% en promedio, respecto a la lactancia materna. Del mismo modo, evidenciaron que las encuestadas desconocían cómo debía ser la alimentación del recién nacido, así como la utilización de la extracción de leche en situaciones de ausencia de la madre. El nivel de actitud de la mayoría fue de 92.3%, es decir que percibieron una actitud medianamente favorable a desfavorable. Respecto a eso último, advirtieron que la actitud también dependía de la personalidad y el entorno de la madre.

Por su parte, Munive, Romer y Rivas (2012) indagaron sobre las motivaciones que tenían las madres para amamantar. Esta investigación se desarrolló con una metodología cualitativa de tipo descriptivo, realizando una entrevista no estructurada a cada madre, la cual permitió que cada mujer contara sus experiencias y anécdotas particulares. La muestra estuvo compuesta por 11 mujeres que utilizaban los servicios de una institución de bajo nivel de complejidad. Las entrevistas fueron realizadas hasta llegar al punto de saturación. En su análisis, se construyeron tres categorías nucleares: determinantes individuales, determinantes familiares y determinantes sociales. Entre las razones para amamantar se halló: preservar la salud del hijo, disminuir el gasto, porque es más fácil que preparar teteros, porque se lo sugiere el personal de salud, porque es tradición dentro de la familia y principalmente porque es una expresión de amor. Así, se reafirma el rol que tiene en la decisión de amamantar el apoyo de la pareja y de la familia, así como la información provista sobre la lactancia materna a través de los controles del embarazo y durante el posparto inmediato inclusive (Munive, Romero y Rivas, 2012).

A través de la revisión de trabajos de tesis y publicaciones científicas se pudo observar que las investigaciones se centran más en indagar los efectos de llevar o no llevar adelante la LME, qué consecuencias tienen en el niño, los motivos del abandono, lo que sucede con la madre y el bebé, o bien lo que sucede cuando la LME sí se logra llevar a cabo, prestando atención a sus beneficios, al significado de la experiencia de lactar, o conocer los motivos por los que la lactancia no se ha establecido, sin versar sobre qué les sucede o cuáles son las experiencias de aquellas mujeres a partir del hecho de no haber amamantado a sus bebés.

En síntesis, se puede observar que si bien existen algunos trabajos que indagaron sobre LME, no se encontraron antecedentes específicos en nuestro contexto, Ciudad de Salta, que profundicen el estudio de las experiencias que transitan mujeres madres que por diversas razones no llegaron a cumplimentar la

LME durante los primeros seis meses de modo exclusivo a sus bebés, por lo que la presente propuesta de investigación se revela como novedosa y original, al contribuir a la producción de conocimientos en este sentido.

# MARCO TEÓRICO

# CAPÍTULO I: LA SALUD MATERNO INFANTIL EN EL CONTEXTO DE LA SALUD PÚBLICA DE SALTA

A continuación, se desarrollarán algunos conceptos y una breve reseña histórica de la Salud Pública en general, con el fin de contextualizar la presente propuesta de investigación y comprender, de ese modo, el ámbito y el enfoque desde la cual se llevará a cabo la investigación.

## Concepto

La doctora S. Figueroa (2020) en su texto *Introducción a la Salud Pública* plantea el siguiente concepto de Salud pública:

“Es la práctica social integrada que tiene como sujeto y objeto de estudio, la salud de las poblaciones humanas y se le considera como la ciencia encargada de prevenir la enfermedad, la discapacidad, prolongar la vida, fomentar la salud física y mental, mediante los esfuerzos organizados de la comunidad, para el saneamiento del ambiente y desarrollo de la maquinaria social, para afrontar los problemas de salud y mantener un nivel de vida adecuado”. (p. 2)

Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud (2019, citado en Figueroa, 2020) definió 11 funciones esenciales de la Salud Pública, y a su vez elaboró un instrumento para que todos los países pudieran medir el desempeño de cada una de las funciones.

De ellas, se consideran relevantes en esta investigación algunas funciones esenciales como la primera: *Monitoreo y análisis de la situación de salud de la población*, ya que es importante prestar suma atención a la salud y al seguimiento constante de la mujer embarazada y aquellas mujeres que ya han tenido a sus bebés, ya que “todas las mujeres deben asistir, al menos, a cinco controles médicos para vigilar la evolución de su embarazo y evitar correr riesgos” (UNICEF,

2012, p. 24). La tercera: *Promoción de la salud* para que la madre se encuentre saludable, para que existan cuidados esenciales para el recién nacido. La séptima: *Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios* porque todas las mujeres tienen derecho a una atención sanitaria de calidad, pero especialmente las embarazadas.

De igual manera, se pueden encontrar diversas actividades que le competen a la Salud Pública, las cuales responden a las funciones esenciales. Por un lado, se destaca la *Protección de la Salud*, que incluye actividades dirigidas a controlar lo sanitario del medio ambiente, contaminación del ambiente y los alimentos, y la seguridad en el trabajo y transporte. Otra actividad es la *Promoción de la Salud* que busca aumentar la salud de la colectividad en general, mostrando estilos de vida saludables a través de la intervención de educación sanitaria en las escuelas y atención primaria. Asimismo, se destaca la *Prevención de la enfermedad* ya sea primaria, secundaria terciaria de contención y rehabilitación de los daños; y, por último la *Restauración de la Salud* que consiste en llevar a cabo actividades que se ejecutan para recuperar la salud, lo cual es responsabilidad de los niveles de atención primaria y hospitalaria (Figueroa, 2020).

## **Atención Primaria de la Salud**

En la capacitación en servicios para trabajadores de la Salud en el Primer Nivel de Atención denominado "*El Curso de Salud Social y Comunitaria*" presentado en la página del Ministerio de Salud (2017), se establece como rol del Estado resguardar la salud a través de políticas sanitarias y estrategias planteadas por el Ministerio de Salud de la Nación. La atención primaria de la salud (APS, en adelante) es una de las estrategias que se han planteado y se han utilizado dentro del proceso de salud y enfermedad con el fin de atender a la sociedad, asistiéndolos en la prevención, promoción y rehabilitación de la salud.

González García (2005, citado en el Ministerio de Salud, 2017) define APS

como una respuesta social para defender los derechos de la vida, equidad y justicia social. La intención de la APS es mejorar la salud de la población, ofreciendo cobertura universal mediante diversas actividades de promoción y prevención.

Lemus, Aragüés y Oroz (2013) destacan el concepto planteado por Blanch (1988) sobre APS, considerándola

un conjunto de acciones sanitarias programadas, de baja complejidad, dirigidas a las personas y al medio, que constituyen el punto de contacto con la comunidad y la fuerza derivada del sistema de servicio de salud, regionalizada y estrategizada en varios niveles de complejidad. (p. 48)

Asimismo, Kroegel y Luna (2017) señalan que la salud pública se planteó como meta en el año 2000 lograr una política que es “salud para todos”. Ya en el año 1978, a partir de la Declaración de Alma ATA, se logró definir una estrategia específica que fue definida como APS para llevar a cabo dicha política. Posteriormente, se fueron definiendo las metas de salud que debían ser alcanzadas a través de APS (Kroegel y Luna, 2017).

Teniendo en cuenta lo establecido por Alma Ata, se puede definir que APS es aquella

Asistencia sanitaria esencial que utiliza métodos y tecnologías, prácticas científicamente avaladas y socialmente aceptadas al alcance de lo individual y familiar a partir de su participación y a un costo que se pueda sostener en todas las etapas de su desarrollo. (p. 46)

APS representa el primer nivel de contacto con la comunidad en general.

En ese sentido, la atención primaria se propone abarcar toda la población intentando lograr una igualdad en el acceso a los servicios esenciales. Sin embargo, en realidad, en primer lugar, debe atender a las necesidades de los

sectores más vulnerables, como es el caso de las mujeres embarazadas; por lo tanto, es un programa cuyo objetivo es ampliar la cobertura de los servicios de salud -lo cual implica mejorar el acceso y el uso de los servicios -, acrecentar la disponibilidad de recursos y colocar un sistema técnico que responda a las necesidades de la población en general (Kroegel y Luna, 2017).

Todo esto es fundamental ya que son las mujeres las que se encuentran biológicamente con la capacidad de dar vida a un ser indefenso, lo cual las convierte en uno de los sectores de la población más vulnerables. Por esto es necesario protegerlas, de modo que los nacimientos se efectúen en las mejores condiciones posibles y las madres puedan tener todos los servicios de salud a su disposición, reduciendo de esta manera las tasas de mortalidad materno-infantil.

El concepto de APS planteado en Alma Ata se disuelve por más de una década retomando nuevamente en el año 2004 con el nombre de APS Renovada para ser llevada a cabo dentro de todo el sistema de América Latina (Sacchi, 2019).

Específicamente en Argentina el sistema de salud presenta tres sectores: 1) público, que se encuentra a cargo del estado; 2) de obras sociales, relacionado a la inserción laboral formal y 3) privado, que tiene que ver con empresas de sistema prepago orientado a sectores de mayor poder adquisitivo (Sacchi, 2019).

A principios de los 80, prevalecía a nivel nacional la cobertura de salud por obras sociales debido a la inclusión económica de sectores de la población en el mercado laboral; en los 90, aumentó la población cubierta por el sector público, al crecer el desempleo y el empleo informal y fue creciendo el sector privado (Sacchi, 2019).

La esencia de APS renovada sigue siendo la misma que antes, lo que difiere ahora es que se tiene en cuenta todo el sistema de salud tanto el privado como el público y los que son sin fines de lucro, válido para todos los países. Y su

éxito va a depender exclusivamente de otros aspectos del sistema de salud y de otros procesos sociales (Zuluaga, 2013).

Se pueden encontrar distintas perspectivas de APS (Ministerio de Salud, 2017), la cual puede ser vista como una estrategia, como un programa o como un nivel de atención, pero en todas tiene el fin de cuidar de la salud de la sociedad.

APS como *estrategia* se basa en mejorar el acceso y el uso de los servicios de salud, poder mantener la oferta en los servicios y acomodarse a las necesidades de las personas; como nivel de *asistencia* implica que está destinada a aumentar las posibilidades de acceso de la población a los recursos presentes en cada área sanitaria; como *programa de actividades*, si bien se busca una igualdad que abarque toda la población con un acceso a los servicios de salud, se pone el foco de atención en aquellas poblaciones más vulnerables; y por último, como *respuesta integral*, implica llevar a cabo actividades de promoción, prevención y alivio al malestar de la sociedad, es decir que se tenga en cuenta la demanda de cada uno de ellos.

Cuando se habla de promoción, en relación al tema que interesa investigar aquí, Lucchini y Márquez (2015) consideran precisamente a la promoción como una herramienta importante para poder aumentar los índices de lactancia materna y aseguran que existen intervenciones que han sido utilizadas y cuya certeza de efectividad ha sido evaluada de manera internacional, como por ejemplo brindar educación en lactancia materna a mujeres embarazadas, el apoyo con pares, y la implementación de la política hospital amigo del niño y de la madre.

Asimismo, destacan como intervenciones probablemente efectivas el apoyo de los profesionales, la promoción del apego temprano, los medios masivos de comunicación y el entrenamiento de los profesionales de la salud sobre LME. Y, por último, las intervenciones de promoción ineficaces, como ser la entrega de paquetes promocionales de la lactancia y la entrega de material impreso (Lucchin

y Máquez, 2015).

Respecto de las funciones básicas de la APS, se pueden identificar cuatro: en primer lugar, la atención directa que implica la atención de problemas de salud a todo tipo de persona, y que incluye los servicios asistenciales ya sean médicos, pediatras, enfermeros y auxiliares de enfermeros como así también trabajadores sociales, psicólogos, odontólogos entre otros. En segundo lugar, la relación con la comunidad que consiste en todas las actividades de intervención comunitaria. En tercer lugar, la docencia e investigación, la cual incluye la formación de los profesionales tanto en pregrado como postgrado, donde a través de la investigación se pretende profundizar el conocimiento clínico. Y, por último, la organización y gestión que incluye todas aquellas acciones dirigidas a la atención y servicios del ciudadano (Lemus et al., 2013).

Cabe destacar que las acciones y funciones que se llevan a cabo en APS no solo apuntan a lo curativo sino también a lo preventivo.

Lasala y Levallois (2019) en su texto de *Atención primaria de la salud* nombran las acciones de promoción y protección de la salud que se llevan a cabo a través de 12 programas en el país, tales como: el Programa Materno Infantil, el de Salud Escolar, el de Procreación responsable, el de Prevención del cáncer en la mujer, el de Tuberculosis, el de Educación para la salud, el de Salud mental, el de Integración comunitaria del discapacitado y el de Tratamiento de adicciones (Lasala y Levallois, 2019, p. 1).

Paralelamente, existen programas específicos para la población materno-infantil; recapitularlos va a permitir una introducción a los temas que son de interés para el desarrollo de la presente investigación, a fin de profundizar en los aportes que realizan y su contribución al desarrollo de la salud de la mujer y el niño con el fin de mejorar y cambiar el estilo de vida en términos de salud.

El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud, propone el programa

SUMAR que es una ampliación del plan NACER (Ministerio de Salud, 2019), con el fin de fomentar la equidad e igualdad en términos de acceso a la salud.

En el año 2001, tras la crisis en la cual se encontraba el país, surge el plan NACER, en un contexto marcado por la pobreza, la desigualdad y un deterioro en la salud y en todos los aspectos en general. La falta del trabajo y las nefastas condiciones en las cuales la población trabajaba, condujo a una merma en las coberturas médicas, sobre todo para aquella población más vulnerable.

Ante esta situación, hubo un aumento en la mortalidad materno infantil. En consecuencia, y visualizando el panorama en el que se estaba viviendo, en el 2005 el Ministerio de Salud de la Nación -en conjunto con las provincias y el Banco Mundial- pone en marcha el plan NACER en 9 provincias de la Argentina: Corrientes, Formosa, Misiones, Catamarca, Salta, Jujuy, Tucumán y Santiago del Estero (Ministerio de Salud, 2019). Este programa logró reducir notablemente los índices de mortalidad infantil en el país, así como la calidad de vida de la población (Ministerio de Salud, 2019).

De igual modo, cabe destacar que el mencionado plan surge brindando cobertura a mujeres embarazadas y niños hasta los 5 años de edad. Luego, en el año 2012, considerando los resultados positivos del plan, se propuso ampliar el mismo, dando lugar al llamado programa SUMAR, a partir del cual se incorporó cobertura de salud pública a niños, adolescentes, embarazadas y mujeres hasta los 64 años de edad que no contaran con cobertura por obra social (es decir, por medio de la Seguridad Social para el acceso a las prestaciones de salud).

En el período que abarcó el 2012 al 2015, el programa SUMAR se planteó una serie de objetivos a cumplir, como ser: la disminución de la mortalidad infantil, de la mortalidad materna, un mayor cuidado de la salud de los niños escolarizados y adolescentes, lograr una mejoría en la salud integral de la mujer teniendo en cuenta los controles preventivos (Ministerio de Salud, 2019).

Por otra parte, el denominado “Plan para la reducción de la mortalidad materno infantil, de las mujeres y de los adolescentes” (Ministerio de Salud, 2017), estableció la implementación del denominado “Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Infantil, Materna, de la Mujer y de los Adolescentes” para el período 2009-2011. Esto se debió a la necesidad de reducir la mortalidad materna y la infantil, ya que como se mencionó anteriormente, constituía uno de los problemas sociales y de salud pública más relevantes para el Gobierno Nacional. Si bien el plan estaba destinado a la reducción de la mortalidad, las acciones encaradas buscaban redundar en una mejora de la salud de la comunidad en general.

El plan estuvo contemplado con el financiamiento del plan NACER y a su vez contenía la capacitación de recursos humanos en Obstétrica, mejora de los servicios de ginecología y patología cervical, aumento de la red de laboratorios de citología, progreso de un sistema de información para tamizaje, entre otros cometidos.

Los objetivos planteados ((Ministerio de Salud, 2017) se refieren a la:

- Reducción de la mortalidad infantil, en sus componentes: neonatal y postneonatal.
- Reducción de la mortalidad materna por todas sus causas, y específicamente la producida por embarazo y aborto adolescente; mediante la mejora en el acceso a la atención de calidad de la salud sexual y reproductiva y la implementación de un abordaje integral del embarazo adolescente con perspectiva a su disminución a mediano y largo plazo.
- Disminución de la incidencia y mortalidad por cáncer cérvico-uterino. (p.14)

Del mismo modo, este plan estableció una serie de estrategias para desarrollarse y así lograr sus objetivos generales. A nivel central, se buscó mejorar las unidades ejecutoras provinciales conformadas por aquellos a cargo de las

áreas, unir los programas, subprogramas y el plan NACER entre sí, mejorar el sistema informático perinatal en todas las provincias, poder articular toda la información que se encuentre disponible con el plan NACER, organizar la regionalización, promover los programas de salud integral específica de adolescencia, mejorar los programas de salud sexual y reproductiva, dar inicio a los programas de cáncer cérvico y uterino.

Con respecto a APS, se buscó extender la cobertura médica y fomentar la atención, mejorar la gestión de los centros de salud a través de la organización de equipos de salud monitoreados por un coordinador del centro, fomentar que la atención sea programada tanto para la madre como para el niño, promover los controles de salud y patologías, mejorar las salas de internación abreviada para fortalecer el primer nivel de atención, permitir el acceso universal a la información de salud sexual y reproductiva, promover la realización del PAPs y la atención de adolescentes en lugares diferenciados, promover proyectos comunitarios poniendo el foco de atención en los niños, madres, embarazadas y mujeres en general.

Respecto a esto último, en el caso de Salta Capital, todos los Centros de Salud tienen -hace ya varios años- nutricionistas en el primer nivel de atención que están siendo capacitados desde la Comisión de Lactancia para Consejería de Lactancia, y a su vez, a partir del año 2019, desde la Dirección de Nutrición y Alimentación Saludable, se realizó el Curso de Actualización de Lactancia y Alimentación complementaria (Machuca, 2020).

En cuanto al nivel hospitalario, se busca mejorar los recursos humanos, regionalizar la atención perinatal, armar las unidades perinatológicas de las maternidades, mejorar la calidad de las obras sociales de la mujer, el adolescente y el recién nacido, fortalecer las diversas áreas de apoyo, ordenar la emergencia, los consultorios externos y el área ambulatoria, entre otras. Con estas estrategias, se pretende lograr un mejor funcionamiento de los distintos servicios y actores, teniendo en cuenta fundamentalmente las necesidades concretas de los niños,

embarazadas, mujeres y adolescentes (Ministerio de Salud, 2017).

Del mismo modo, cada cuatro meses se realizan controles sobre el progreso del Plan Nacer, que consisten en una evaluación y una devolución de los datos y resultados arrojados, informando también a la ciudadanía al respecto.

## **Niveles de Atención**

Vera-Martin (2009) brinda una breve reseña acerca de qué es un nivel de atención y cómo se divide, planteando que se trata de un conjunto de establecimientos de salud con diferentes posiciones según el grado de gravedad que presenta.

De este modo, señala un primer nivel donde el grado de complejidad de los problemas de salud es bajo, se brinda una menor capacidad de recursos ya que no se encuentra personal especializado ni centros de alta tecnología, sino más bien se ofrecen los servicios más básicos y generales, fomentando la salud y prevención de complicaciones y daños. Los establecimientos típicos de este nivel son los centros de salud que suponen puestos sanitarios y puestos fijos.

El segundo nivel de atención se enfoca específicamente en sustentar y apoyar el primer nivel, brindando servicios de atención ambulatoria en consultorios externos, emergencias e internación no diferenciada, dispone personal más especializado como, por ejemplo, cardiología, dermatología, oftalmología entre otras. A su vez, busca la promoción, prevención y diagnóstico de la salud de la población. Los establecimientos que pertenecen a este nivel son los hospitales periféricos que cuentan con quirófanos y personal idóneo, y las clínicas.

Por último, se destaca un tercer nivel que trata los aspectos de salud de mayor complejidad nacional y regional, que cuenta con especialistas como en el nivel anterior, así como también subespecialidades para la atención de problemas graves y complejos que necesiten instalaciones y tecnologías avanzadas. Los

establecimientos que pertenecen a este nivel son los hospitales regionales y nacionales especializados.

### **Atención Primaria en Salta**

Cada provincia posee recorridos diferentes acerca del modo de implementar la Atención Primaria de la Salud. A continuación, se desarrollan las particularidades del sistema de salud en Salta haciendo un breve recorrido histórico, para luego precisar las características del Sistema de Salud salteño en el contexto en el que se llevará a cabo el presente estudio.

Llaza (2007) señala que a partir de que se implementó en la declaración de Alma Ata brindar asistencia sanitaria a todos los individuos de la comunidad, a un costo y medios aceptables para todos, también se comenzó a efectuar dicha asistencia en Salta de la mano de quien fuera en aquel momento Secretario de Salud -Dr. Enrique Tanoni-, quien en un principio inició un programa destinado a la cobertura de las regiones rurales más alejadas, aquellas con mayores carencias socio-económicas y peores indicadores sanitarios.

La misión en la provincia de Salta fue poder llevar a cabo las estrategias de APS, las cuales implicaban cobertura sanitaria a la población a partir de visitas domiciliarias, inmunizaciones, nutrición, familias y medio ambiente, prevención y control del dengue, detección de mujeres embarazadas, promoción del parto hospitalario, el trabajo en redes, participación comunitaria, ejecución y evaluación de resultados. También se planteó como estrategias complementarias la cobertura total, uso de tecnología, educación para la salud, participación para el bienestar de la población, investigación en salud, formación y uso de los recursos humanos, con el fin de contribuir a su vez a cumplir con los objetivos del plan de salud vigente (Ley N° 6841, 1996).

Dicho plan de salud pretendía mejorar la calidad de la salud de la población, incorporando todos los recursos y servicios necesarios, para poder ofrecer una cobertura de asistencia médica con tareas básicas, ofreciendo la atención en el

mismo territorio donde viven las personas. Se buscó poner énfasis en los servicios integrales y de complejidad, a través de la organización de acciones que promuevan la salud, prevención, recuperación y rehabilitación a partir de este modelo de APS.

Siguiendo a Torres-Secchi y Torres-Aliaga (2010), desde 1978 a 1983, Salta apareció como una de las provincias pioneras de la estrategia de APS. Fue una etapa de formación de los primeros agentes sanitarios, supervisores y médicos. Empezaron a surgir los cargos por contrato que se iban renovando cada cierto tiempo, así como supervisores con un cargo asignado por resoluciones. APS se construyó como una experiencia aislada y marginal, pero desde sus inicios comenzó a presionar y demandar cambios en los otros servicios sanitarios.

Desde 1983 a 1987, bajo el Gobierno de Roberto Romero, y como se mencionó, a cargo de la Secretaría de Salud a Dr. Tanoni, se implementó una definida política de Salud y, en consecuencia, el Programa de Salud rural pasó a llamarse Programa APS, el cual dependía de una dirección general de todos los programas de medicina sanitaria. Se encontraban los directores de áreas operativas que dependían de la Secretaría de Salud.

La distribución apuntaba a un sistema público universal, con ejes de acciones preventivas, sistemas de referencias y contratransferencia.

Fue una etapa destinada a un crecimiento y expansión, contratación de personal, en especial médicos y enfermeros destinados al primer nivel de atención, intentando encontrar una equidad a partir de la ampliación de cobertura médica para todos.

Desde 1992 a 1995 gobernaron la provincia de Hernán Cornejo y posteriormente Ulloa, dos gobiernos que no colaboraron con los aspectos sanitarios, ni tenían conocimientos de lo que era APS. A partir de 1987, se advirtieron problemas y conflictos internos en el control de salud pública, se

comenzó a reducir personal, cada vez se recortaba más el presupuesto, surgían conflictos gremiales que impedían el uso de los servicios y es así que se fueron deteriorando rápidamente todos los servicios. El deterioro más pronunciado fue bajo el gobierno de Ulloa, quien brindó solo un 6% de su presupuesto para cuestiones de salud (Torres-Secchi y Torres-Aliaga, 2010).

Aun así, APS continuó funcionando, pero sin un sistema que les diera contención y atención, sin capacitación y sin supervisión.

Desde 1995 al 2007 y ya nuevamente con un gobierno Justicialista, J. C. Romero vuelve a mostrar interés en el desarrollo de la salud, da a conocer la Reforma Sanitaria, presenta el Decreto de Necesidad y Urgencia N° 68, que luego se transformó en la Ley 6841 (1996), dando lugar a un nuevo modelo de prestación de salud. Asimismo, se manifiesta la transferencia de lo público a lo privado: quienes pueden pagar por su salud deberán hacerlo, como acto solidario y porque la salud es una obligación. Se debe garantizar un conjunto de prestaciones básicas independientes de la capacidad de pago que tenga la persona, estos servicios son: asistencia al embarazo, planificación familiar, tuberculosos, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades comunes graves de los niños (Torres-Secchi y Torres-Aliaga, 2010).

A partir del año 2011 al 2016, se puso en marcha en la Provincia el Plan Quinquenal de Salud, que posibilitó reducir los principales indicadores de mortalidad, principalmente la infantil y materna; cabe destacar que, aunque ya no se encuentra vigente, aún se siguen sus lineamientos.

En la página del Ministerio de Salud Pública (2016) se puede encontrar dicho Plan, precisando información para el caso de la Ciudad de Salta, la cual presenta 23 departamentos en 59 municipios y los establecimientos dependen del Ministerio de Salud Pública de la Ciudad. A su vez, el Ministerio de Salud tiene tres secretarías y tres subsecretarías que buscan ejecutar acciones de promoción,

prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de toda la población con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas.

Para un mayor entendimiento, es preciso señalar que en el Ministerio se encuentran dos partes para tener acceso a la comunidad: una de éstas es la Medicina Social, cuya tarea es inspeccionar y controlar las actividades epidémicas de los diferentes programas de salud; y la otra parte es el Nivel Operativo, que se encarga de la enunciación y cumplimiento de las actividades institucionales, normas y todo lo reglamentario en relación a la salud.

La Ciudad de Salta se encuentra dividida en cuatro zonas sanitarias: centro, norte, sur y oeste. Dentro de las diferentes zonas, se distribuyen 53 áreas operativas, 52 hospitales, 133 centros de salud, 241 puestos sanitarios y 114 puestos fijos.

El área operativa es la unidad que se encarga de los aspectos administrativos y técnicos para el desarrollo de las actividades de atención de salud y enfermedad. Esta área se encuentra a cargo de un gerente general y tres subgerentes, atención al público, sanitario y administrativo. Cada área operativa tiene un servicio de salud de cabecera y se suman centros de salud, puestos sanitarios y puestos fijos con los cuales lleva a cabo programas de extensión de cobertura médica.

La zona centro cuenta con 65 centros de salud y dos puestos sanitarios, de los cuales cuatro son rurales, tres pertenecen a San Lorenzo y dos a Cerrillos. Dentro de todos los centros de salud se encuentran aquellos de baja complejidad, tales como La Ciénaga, El Progreso, y 9 de julio, aquellos de mediana complejidad tales como villa 20 de junio, Villa Chartas y San Antonio; y alta complejidad como Primavera, Castañares, Intersindical, Lavalle, el Manjón y Solidaridad que es en el que se llevará a cabo la investigación aquí planteada. Del total de los centros de salud, 14 cuentan con guardias básicas que atienden de 20 hs. a 8 hs. (Ministerio

de Salud, 2016).

El Plan Quinquenal propuesto por el Gobierno de la Ciudad presentaba como objetivos aumentar los indicadores de salud y aquellos idóneos para medir el impacto que las acciones de salud crean en la población.

Cabe resaltar que es de gran importancia en el ámbito de la salud pública la elaboración de tasas e indicadores de salud, ya que permite precisar datos de la población a partir del cual pensar y elaborar un plan de salud pública, creando al mismo tiempo planes generales de desarrollo a nivel nacional o regional.

El mencionado plan se enfocó, por un lado, en la mortalidad infantil, intentando lograr su descenso, como así también en la mortalidad materna intentando reducirla en un 50%. Del mismo modo, se puso especial atención en las enfermedades transmisibles a fin de controlar fundamentalmente a todas las embarazadas y lograr una meta de cero en la transmisión neonatal. Se hizo hincapié también en las enfermedades neoplásicas a fin de reducirlas en un 60%, en temas de nutrición lograr la mayor reducción posible, respecto a las consultas médicas se buscó lograr 4 consultas por año en cada habitante y se buscó alcanzar hasta el año 2015 el 95% de cobertura respecto de las inmunizaciones (Ministerio de Salud, 2016).

A continuación, se destacan algunas políticas que, a los fines e intereses del presente trabajo de investigación, se consideran las más relevantes propuestas por el Plan Quinquenal, teniendo en cuenta que en cada política se estableció una estrategia de trabajo para llevarla a cabo: la mejora en la organización en la región del Chaco salteño, así como el apoyo en las políticas orientadas a la población materno infantil; promover acciones orientadas a la mejora de la situación nutricional materno-infantil; incentivar la lactancia materna, como aspecto esencial de la seguridad alimentaria; caracterizar y evaluar las medidas a tomar para disminuir la mortalidad materno-infantil; instalar medidas de

control continuo sobre el cumplimiento de normas recomendadas a los efectores; aplicar y ejecutar acciones para disminuir la mortalidad neonatal; y profundizar las propuestas actuales que reducen el nivel de mortalidad post natal y de los niños de 1 a 4 años (Ministerio de Salud, 2016).

## **Centros de Salud – Primer Nivel de Atención en Salta**

En este apartado, se realizará una breve descripción acerca de cómo se distribuyen los Centros de Salud en la provincia de Salta, a fin de dar cuenta del rol que adquieren los centros de Salud –específicamente aquél que se tomará como caso en el presente trabajo- dentro del gran entramado del sistema de salud pública.

La provincia se encuentra dividida en cuatro regiones sanitarias: centro, norte, sur y este, las que a su vez se encuentran a cargo de Áreas Operativas, las cuales son unidades técnicas y administrativas para la programación, ejecución y evaluación de las actividades de atención de salud, enfermedad y medio ambiente.

Cada área operativa posee un servicio de salud cabecera de mayor Nivel de Atención, y a su vez el mismo tiene a su cargo servicios dependientes del primer nivel, centros de salud, puestos sanitarios y puestos fijos. Y ejecutan programas de extensión de cobertura, con agentes sanitarios los que mediante visitas domiciliarias realizan actividades de seguimiento, promoción y prevención.

Específicamente en la Zona Centro se encuentran dos áreas operativas: por un lado, el Hospital Materno Infantil (Área Operativa Norte N° LVI) y, por otro lado, el Hospital Papa Francisco (Área Operativa Sur N° LV).

En el Área Operativa N° LV es en donde se encuentra la población con la cual se decidió trabajar para la investigación. Ello responde al hecho de que,

según lo informado por una nutricionista perteneciente al equipo de profesionales del Hospital Papa Francisco, la Zona Sur, a comparación de la Zona Norte, es más crítica y de mayores necesidades básicas, y hasta el año 2018 menos del 60% de la población de mujeres brindaban LME.

Asimismo, cabe aclarar que se propone trabajar sobre un Centro de Salud y no en un Hospital, ya que, al conocer el funcionamiento de ambos, se pudo advertir que al Centro de Salud asiste la población que se encuentra cercana, y son atendidos por profesionales que residen en la localidad. A su vez, cada Centro de Salud, dependiendo de su zona, conoce su área de responsabilidad y su población.

Esto permite que se referencie siempre el mismo profesional cuando las mujeres embarazadas y aquellas que asisten con sus bebés acuden a la consulta. El seguimiento y el acompañamiento se realizan en la proximidad de su vivienda y responde al mismo equipo de profesionales. De esta forma, se garantiza el seguimiento y la vigilancia de la comunidad y sus necesidades, así como se establece la confianza con el equipo de salud encargado de responder a sus consultas.

Los agentes sanitarios llevan a cabo una Atención Integral de las Embarazadas, es decir, cada mujer pasa por un proceso de denominado M.E.L.O.N. Dicho proceso se basa en que la mujer es atendida por diferentes profesionales como Médico, Enfermera, Laboratorio, Odontología y Nutrición para llevar todos los controles necesarios durante el embarazo.

Por el contrario, el Hospital se caracteriza por una atención más especializada, disponen de atención ambulatoria y de internación diferenciada y, si bien hacen seguimientos integrales a la mujer embarazada y puérpera al igual que los Centros de Salud, no siempre son los mismos profesionales los que atienden a las mujeres, y muchas veces asisten al hospital por situaciones específicas, no de

manera frecuente. Usualmente asisten a su Centro de Salud próximo. Es por eso que se considera que la relación de la mujer con el Centro de Salud es más frecuente, cercana y familiar que con el Hospital u Área Operativa, lo que redundaría en el fundamento de realizar la investigación en un espacio próximo, con el cual se encuentran familiarizadas.

Según información brindada por diversos profesionales de la Salud del Hospital Papa Francisco de la Ciudad de Salta (2020) Área Operativa N° LV, se pudo registrar que dicha institución posee a su cargo 33 Centros de Salud divididos a su vez en cuatro Nodos según la ubicación en la que se encuentren.

El Nodo Lavalle presenta seis Centros de Salud: Morosin N°46, Santa Cecilia N°52, María Ester N°58, Lavalle N°9, y Ceferino N°48.

El Nodo Solidaridad incluye seis Centros de Salud: Solidaridad N° 61, Provipo N°45, San Ignacio N° 54, Sanidad 62°, Los Pinares N°64, La Isla N°37.

El Nodo Manjón tiene bajo su dependencia 10 Centros de Salud: Villa las Rosas N°33, El Mirador N°60, El Manjón N°6, 20 de Junio N°7, Constitución N°18, 9 de Julio N°40, El Autódromo N°42, Floresta N°44 y el N°19 Y 20 Son Puestos Sanitarios.

Y, por último, el Nodo Intersindical presenta 10 Centros de Salud: El Tribuno N° 8, Santa Ana N°16, San Remo N°17, Palacios N°21, Intersindical N°27, Esmeralda N°38, Cofruto N°50, Limache N°51, Santa Ana N°57.

Todos orientados al cuidado de la salud de la mujer. Allí se brinda consejería sobre salud sexual, procreación responsable y anticoncepción. En caso de ser solicitado, las mujeres tienen acceso a la colocación de métodos de larga duración, como el DIU y los implantes subdérmicos.

Por su parte, la embarazada cuenta con todos los servicios para el control integral durante el período de gestación, parto, cesárea y puerperio. Así como

talleres sobre preparación para el parto seguro y lactancia. También, se lleva a cabo un trabajo articulado entre los centros de salud y el nosocomio para el cuidado y control del embarazo de riesgo.

El hospital brinda atención desde sus consultorios en enfermería, nutrición, odontología, psicología, ecografías y tocoginecología, entre otros.

La investigación será abordada concretamente en el Centro de Salud N°61 de Barrio Solidaridad, al cual, en comparación al resto de los Centros de Salud de los diferentes nodos en el que se encuentra, acuden más mujeres que no han podido brindar una LME a sus bebés en el último trimestre del año 2019; y a su vez, es el Centro de Salud con mayor cantidad de mujeres que asistieron en el último trimestre del año 2019 para ser atendidas, según las estadísticas arrojadas por la misma institución (Leal, 2020).

## **CAPÍTULO II: MUJER Y MATERNIDAD, VALOR Y SIGNIFICADO DE LA MATERNIDAD PARA LA MUJER**

En el siguiente capítulo se tendrán en cuenta algunos conceptos relevantes y aportes teóricos que servirán para abordar la investigación y comprender con mayor claridad qué se tendrá en cuenta al indagar las experiencias de las mujeres que por algún motivo no han podido brindar LME.

Para iniciar este apartado, se considera importante establecer cuál es la postura del investigador al respecto. Se entiende a la mujer libre de elegir en relación a la maternidad, dejando de lado toda idealización de que una mujer es igual o equivalente a ser madre.

Se toma como postura inicial las palabras de Moreno (2009):

[...] una mujer es libre de optar en relación con la maternidad, una maternidad como una experiencia compleja con aspectos positivos y conflictivos, una madre que es sujeto de su experiencia, que influye en sus hijos tanto como los restantes agentes sociales [...]. La actuación de las madres no está prefijada y no se puede analizar fuera de la historia y el contexto sociocultural. (p. 17)

Partimos de la concepción de maternidad como la conjunción de un hecho psicológico, biológico y cultural, en el que existen realidades y experiencias diversas. La definición de maternidad propuesta por la Real Academia Española (2019), se refiere al “estado o cualidad de madre”. Existe diversidad de experiencias de ser madres, cada una de ellas es distinta, por lo cual la cualidad de “madre” variará entre mujeres. Así, no se puede referir a un patrón unívoco de lo que es la maternidad, sino que es más adecuado hablar de multiplicidad de maternidades, puesto que existen tantas maternidades como madres y mujeres hay.

Cuando se pretende definir a la mujer, por lo general se confunde con lo

que la autora Fernández (1993) se refiere a la cuestionada ecuación “Mujer = Madre”. Concepción que, de a poco, se está empezando a dejar de lado, y solo se sigue manteniendo en sociedades más tradicionales. Ello debido a que, con el paso del tiempo, la mujer fue ocupando un lugar diferente dentro de la sociedad.

Entre algunos de los cambios al respecto, se destacan aquellos referidos a la maternidad y lo que ella implica. En muchos casos, la mujer cada vez dispone menos tiempo para cumplir con este rol, porque ha ampliado sus actividades para ocupar su propio lugar dentro de la sociedad como mujer, con sus logros personales y sociales, es decir, sin olvidar que son mujeres, hermanas, trabajadoras y compañeras.

En siglos pasados, las mujeres eran madres a edades más tempranas y era común que llegaran a la juventud con tres o cuatro hijos a cargo. Mientras que hoy en día este proceso fue modificándose a tal punto que las mujeres demoran la maternidad, y cuando ésta llega, se prolonga la crianza y el cuidado de cada hijo. Esto se diferencia de antes, donde los cuidados eran mínimos, porque no se les prestaba tanta atención y no era considerado tan importante; y así es como también se habla del mito “a menos hijos, mejor madre” (Fernández, 1993).

Si bien la historia de la mujer, así como de la humanidad misma, a lo largo del tiempo es muy amplia y compleja, y su relación con la maternidad aún más, la idea de este capítulo es hacer una breve reseña que contribuya a comprender este recorrido.

Retomando el primer párrafo, definir qué es ser una mujer, y qué es ser madre resulta difícil y mucho más lo es conocer las experiencias que se dan en la maternidad, tales como la lactancia, y cómo la vive cada una de ellas este rol.

La maternidad es una fuente de cambios intensos y trascendentales, a nivel interno como externo, que impacta y se traduce en todos los aspectos de la vida de una mujer (Moreno, 2009; Paterna y Martínez, 1999, citado en Pérez, 2015).

Estos cambios tienen un profundo impacto tanto a nivel profesional, como familiar o de pareja, social y comunitario; así como en aspectos más subjetivos, como la imagen corporal o la propia identidad de la mujer. Éstos pueden generar conflictos que afectan la calidad de la vivencia de la maternidad.

Al respecto, Cortés-Rúa y Díaz-Grávalos (2019) hacen referencia a la ambivalencia de sentimientos que caracteriza esta etapa: “por un lado exponen que fue una experiencia hermosa y satisfactoria<sup>1</sup>, y, por otro lado, difícil e incluso dolorosa” (p. 4). Es así que se confirma que es un mito la idea de una maternidad plena o enteramente feliz, puesto que son muchas las mujeres que experimentan dificultades y, además, se encuentran obstaculizadas en expresar estas emociones de estrés y sufrimiento, ya que pueden ser criticadas por no aproximarse a esta versión ideal de la maternidad.

## **Experiencias en relación a la Maternidad**

Hasta aquí se hace alusión a los debates que giran en torno a la relación mujer-madre-maternidad, hecho que no es el objetivo de esta investigación. Sin embargo, estas construcciones socio-culturales en relación a la maternidad y el “deber ser” de la madre pueden formar parte de sí mismas y estén total o parcialmente internalizadas.

Al enfocarse la investigación en las experiencias, se considera necesario definir el concepto de experiencia. Según Husserl (1970, citado en Laza-Vásquez, Pulido-Acuña, Castiblanco-Montañez, 2012), el significado de las experiencias vividas puede ser descifrado, desde el punto de vista fenomenológico, sólo a través de las transacciones uno a uno entre el investigador y los objetos de

<sup>1</sup> Cortés-Rúa and Díaz- Gravalos (2019) refer to the ambivalence of feeling that characterizes this stage on the one hand, they state that it was a beautiful and satisfactory experience.

investigación.

Su intención es entender las experiencias de las personas en relación con un fenómeno, realizando una reconstrucción de lo acontecido, ya que cada uno tiene su propia manera de experimentar el tiempo, el espacio y lo material, teniendo en cuenta tanto el mundo interno como el externo de cada uno.

Entonces, las experiencias le proveen de sentido a la percepción de las personas sobre un fenómeno preciso. Para ello, se debe realizar una descripción completa de la experiencia y de aquellas percepciones que la persona expresa, tomando en cuenta, asimismo, el sentido o significado que la persona le atribuye al evento, focalizándose en la comprensión y no tanto en la explicación (Laza-Vásquez, et al., 2012).

Por su parte, Ramírez (2010) explica desde el punto de vista fenomenológico que el ser humano aprehende a través del acto de dirigirse hacia algo, es decir, que tiene la intencionalidad de estar en constante búsqueda de los fenómenos, los objetos que hacen posible la experiencia humana.

En este sentido, y teniendo en cuenta lo anteriormente planteado, es necesario recuperar el concepto de experiencia desde la psicología perinatal (Liguori y Cacciola, 2020), entendiendo también que la maternidad y lactancia serán únicas y singulares entre las mujeres y entre los diferentes hijos. Si bien pueden existir cuestiones similares como sentimientos, situaciones, momentos, etc., sin embargo este momento va a ser único ya que dependerá de cómo cada una fue transitando su embarazo, de cómo fue su parto, de su historia personal, su situación presente (conyugal, familiar y social), de las características del bebé, de la red de contención que disponga o no, de cómo quiere vivir cada mujer su lactancia, de cómo acompañan en este caso los Centros de Salud, es decir, en definitiva, la experiencia de la maternidad y lactancia es una percepción única, individual, compleja y multidimensional de dichos eventos en el que se

interrelacionan procesos psicológicos y fisiológicos influidos por los contextos socio ambientales y culturales, a partir de lo cual cada mujer construirá su propia experiencia válida que ha emergido de este camino sinuoso que es el puerperio y la propia maternidad.

Del mismo modo, Liguori y Cacciola (2019) remarcan que no se puede hablar de lactancia sin antes hablar de maternidad, ya que son dos cuestiones estrechamente vinculadas.

Se puede entender la maternidad como una crisis vital que rompe con estructuras previas y revoluciona todo lo conocido. ¿Qué es una madre y cómo se diferencia de una mujer? En un primer momento, se podría pensar a una madre como una mujer con nuevas responsabilidades, o como una transición de un estado hacia otro diferente, ya que con la maternidad la mujer vive un momento en donde todo se modifica a causa del nacimiento de su primer hijo, donde la madre debe reconocer su rol, su identidad materna y hacerse cargo de una nueva vida (Belintxon-Martin et al., 2011).

Pero esto no es tan sencillo como parece. Stern (1985) plantea que, en el proceso de convertirse en madre, una mujer adquiere una actitud mental diferente; esto es más relevante para el caso de las madres primerizas. La constelación maternal es el nombre que se le da a la nueva organización básica de la *psique*, que durante un tiempo sustituye o desplaza a la precedente.

Los temas que componen esta constelación son la vida y el crecimiento. La cuestión esencial aquí implica que la madre logre tener éxito en sostener la vida y el desarrollo de ese bebé y esto genera una serie de temores que no forman parte normal de la constelación maternal, pero que rondan en esta etapa y son el punto de partida hacia la supervivencia de la especie.

El segundo tema es la relación primaria, la cual está relacionada con el aspecto social y afectivo entre madre y bebé. Esta relación incluye la creación de

vínculos en la relación personal, de seguridad y afecto.

El tercer punto es sobre la matriz de apoyo. Las madres deben generar una matriz y regularla, para poder cumplir de forma satisfactoria las dos primeras funciones: la de mantener la vida del bebé y promover su desarrollo afectivo y psíquico. La función principal de esta matriz es el apoyo y protección física de la madre, dando cuenta de la satisfacción de sus necesidades vitales y proveer de cobertura en el proceso de retirada de las exigencias de la vida cotidiana. La siguiente función es de apoyo a nivel psicológico y educativo.

Por último, se encuentra la cuestión de la reorganización de la identidad, que se refiere a la necesidad de la madre de transformar y reorganizar su propia identidad (Stern, 1985). Lo que esto significa es que la mujer nunca más volverá a ser lo que era antes, es decir, nace una nueva identidad en un sentido único y personal para cada una de ellas.

Es importante resaltar que en general se habla fácilmente sobre los cambios hormonales y de aspectos fisiológicos de la mujer embarazada, de aspectos generales de la lactancia, pero los profesionales de la salud, y la sociedad en general no han prestado la adecuada atención al mundo interno de las madres, es decir, a cómo viven la maternidad, sus experiencias.

Al respecto, algunos cambios por los cuales atraviesa la mujer que es madre son el pasaje de ser hija a madre, su relación con otras mujeres, en caso de estar en pareja se pueden producir cambios en la relación, la formación de nuevos triángulos, asegurar la supervivencia de su bebé, la búsqueda de afirmación, amar y ser amada, aceptar la intuición, organizar los cuidados del bebé y el desarrollo profesional, buscar un nuevo lugar en la sociedad, encontrar un nuevo rol en la familia, un nuevo calendario personal, descubrimiento de nuevas tareas, entre otros (Stern, Bruschiweiler-Stern y Freeland, 1999).

Para poder considerar todas estas variables y su acción, se analizarán los

cambios en términos de “relaciones” para el caso de las madres primerizas: consigo misma, con su bebé, con su familia de origen, con su pareja, con el equipo de salud, entre otros.

### **Relación consigo misma**

Retomando conceptos de Lebovic, cuando nace el bebé, nace psicológicamente también la madre. Esto se produce por los importantes cambios que suceden al momento del contacto con el bebé recién nacido, que termina por cerrar el proceso del embarazo y las expectativas, los miedos y las fantasías asociadas, al contacto concreto con el bebé esperado (Fernández, Vizcaya-Moreno y Pérez-Canaveras, 2013)

Este proceso de toma de conciencia reorganiza la vida de la madre, tanto a nivel intrapersonal como interpersonal. Esto se refleja en las actividades de la vida diaria hasta la relación con la familia de origen, la pareja o el trabajo. En el primer contacto con el bebé, se concreta el compromiso con la crianza y la experiencia de vida del bebé. Esta actividad reconfigura la identidad y las prioridades de la madre (Fernández et al., 2013).

Oberman (2018) retoma algunos conceptos de Monique Bydlowski quien hablaba de la transparencia psíquica del embarazo y la deuda de vida para comprender la maternidad y su desarrollo psicoafectivo. Con respecto al primer concepto, podemos explicarlo como un aspecto del funcionamiento mental durante el embarazo, en el cual se ve involucrada la mujer en este caso y el terapeuta, y esta transparencia permite un acceso al preconscious de manera más libre y espontánea, permitiendo a la paciente reconectarse con aspectos principalmente que tienen que ver con la infancia, con la relación con su madre y con la niña que fue, así como también con imagos parentales. Cuando la psicoterapia se lleva a cabo en mujeres embarazadas, permite un verdadero aceleramiento del proceso. Y con respecto al segundo concepto, podemos decir que la deuda de vida está relacionada con un concepto simbólico donde una mujer para convertirse en

madre primero tiene que reconocer en un acto de gratitud a su propia madre, a quien le dio la vida. Estos son dos conceptos que para Bydlowski son considerados importantes porque permite enriquecer y comprender el sentido del maternaje, pudiéndolo diferenciar de la maternidad por sí misma que es un hecho biológico (Oberman, 2018).

Por otro lado, en relación a las emociones, es una de las categorías más referidas por el "desborde" de distintos sentimientos, como ser la felicidad, la alegría, pero también con "sentimientos encontrados", que se vinculan a los problemas para identificar las señales del bebé, el estrés producto del rol y las sensaciones de inseguridad y culpa que pueden sentir las madres al verse limitadas al satisfacer las necesidades básicas del bebé (Fernández et al., 2013).

Esto se vincula con la incertidumbre que produce la crianza: aun contando con herramientas, éstas son limitadas al momento de la puesta en práctica, precisamente para el caso de madres primerizas, por la falta de experiencia (Fernández et al., 2013; Vergas-Porras, Hernández-Molina y de Molina-Fernández, 2020).

También se relaciona puntualmente con las expectativas asociadas a la maternidad. Las expectativas de control y estabilidad son rápidamente contradichas por la realidad de convivir con un bebé que tiene herramientas limitadas para comunicar sus necesidades y que requieren el aprendizaje por parte de los cuidadores. Este proceso de "desengaño" respecto de la idealización se vive con mucha frustración y culpa, que pueden afectar el estado de ánimo y la construcción del rol de madre (Fernández et al., 2013).

Estos "sentimientos encontrados" son también producto del estrés; los recursos previamente desarrollados son limitados para la experiencia de cuidar de otro ser vivo que requiere atención casi exclusiva y constante. El estrés, por un lado, promueve la generación de nuevas herramientas inter e intrapersonales para

responder a estas demandas, pero también se vivencia como tensión, vulnerabilidad y malestar presentes aún en los momentos de felicidad y alegría (Fernández et al., 2013).

Cuando se logra el encuentro entre las expectativas y la realidad, y se puede elaborar el rol de forma satisfactoria, se experimenta la “plenitud” del rol materno. Esta plenitud es también reconocer los errores y las equivocaciones y gestionar los recursos necesarios para poder corregirlos. De aquí a que las madres se autodefinan como “normales”, en el sentido de que pueden satisfacer las demandas del rol y encontrar felicidad allí, pero sin dejar de reconocer el proceso de enseñanza y aprendizaje y los cambios que conlleva la práctica diaria misma (Fernández et al., 2013).

Es muy importante pensar y repensar el hecho de que el amor maternal es ambivalente, ambiguo y arduo, se mezcla el amor con la agresividad y la investidura, no es un sentimiento puro e ideal sin conflictos como aparece representado en el imaginario social. Este fenómeno bio psico social es complejo y merece ser entendido (Oberman, 2009).

### **Relación con el niño**

La convivencia con el bebé es un constante proceso de aprendizaje para las madres primerizas. Así, deben reconocer las señales que realiza el bebé para poder identificar y satisfacer sus necesidades de forma adecuada (Fernández et al., 2013).

Asimismo, el bebé tiene un carácter y temperamento que le es particular y al cual los cuidadores también deberán adaptarse y reconocer (Fernández et al., 2013). Entendemos por temperamento a los sentimientos y conductas que tienen su origen en la biología del niño y aparecen temprano en su desarrollo, su base es genética, pero también puede ser producto de sus relaciones en los primeros años

de vida, mientras que el carácter es el conjunto de predisposiciones psicológicas que surgen a partir del temperamento pero se ven modificadas e influidas por el ambiente, la cultura, la educación, el entorno social y familiar, el núcleo de amistades o de trabajo, etc. (Kagan, 2011).

La experiencia concreta de convivencia con el bebé conlleva el encuentro entre las expectativas y las fantasías, así como los miedos e inseguridades, con la realidad efectiva. En este contacto diario se construye el vínculo de apego entre la madre y su bebé. La teoría del apego de Bowlby (1995) ha sido ampliamente investigada y desarrollada (Delgado, 2004).

Por último, está la variable de la intuición o “instinto” materno. Esto es la evidencia de los procesos de aprendizaje a los cuales está expuesta la madre en el contacto diario con su bebé. A través de esto, reconoce con más velocidad y sencillez señales complejas que el bebé puede estar produciendo, y las interpreta de forma más precisa y adecuada. Esto impacta en la seguridad sobre sus propias decisiones, las cuales se priorizan frente a las opiniones de otros (Vergas-Porras et al., 2020).

### **Relación con la pareja**

La integración de la pareja en el proceso de la crianza está mediatizada por diversas variables. En primer lugar, aspectos culturales tradicionales asociados a la exclusividad del cuidado del bebé atribuido a la madre; en la actualidad, existe un interés por parte de los padres en participar más activamente en la actividad de cuidado y crianza del bebé. Esto puede tener sus beneficios, en tanto que distribuye la carga de tareas, y sus tensiones, producto de las expectativas y mandatos sociales.

Asimismo, la pareja tiene una transformación. Las actividades cotidianas se enfocan en el cuidado del bebé, lo cual se traslada también a las temáticas de conversación, así como en el agotamiento asociado que limita las interacciones

propias de la diada de la pareja (Fernández et al., 2013).

Esto ha llevado a reconceptualizar el rol de madre tradicional y poder pensar en "nuevas madres" que salen de las expectativas sociales de "buena madre"; estas nuevas maternidades se vinculan a madres profesionales o trabajadoras que son capaces de identificar sus necesidades y diferenciarlas de las del bebé y de su pareja. Sin embargo, sigue contando con la característica de la maternidad tradicional de un fuerte apego con el bebé y el rol de cuidadora principal (Botía-Morillas, 2019).

En el marco de la pareja, se construye la corresponsabilidad sobre los cuidados del bebé y se reestructuran los roles para que ellos también sean cuidadores centrales en la crianza del bebé (Botía-Morillas, 2019).

Esta forma de construir nuevas paternidades y maternidades igualitarias, se considera parte de un proceso de deshacer parcialmente las interacciones de género. Así, se movilizan nuevos recursos personales e interpersonales dentro de la pareja para responder a la demanda de cuidado del bebé, negociar las responsabilidades y las actividades, y se vivencia de forma compartida la satisfacción asociada (Botía-Morillas, 2019).

Estas nuevas maternidades pueden tener su contraparte, puesto que requieren más recursos personales y emocionales por parte de las mujeres que asumen esta actividad por fuera de lo considerado hegemoníamente "buena madre". Esto puede traer consecuencias como percepción de malestar, culpa o ansiedad, producto de no cumplir con esta demanda social que puede estar internalizada. La delegación de actividades a la pareja y la expectativa de su participación responsable, así como la implicación de las parejas en el cuidado, reconfiguran el vínculo de la pareja como tal (Botía-Morillas, 2019).

## **Relación con la familia de origen**

El nivel de adopción del rol materno también está mediado por la relación con la familia de origen y con su convivencia. Así, para el estudio de madres primerizas adolescentes se analizó la relación con el grupo familiar de origen de la madre y cómo afecta esto a la adaptación del nuevo rol de madre.

Los niveles más bajos de adopción del rol de madre se vinculan a la convivencia exclusiva con la familia de origen de la madre, o con la pareja y la familia de origen de la pareja. La ausencia de la pareja limitará la capacidad de desarrollar las herramientas necesarias para asumir el rol materno, como efectivamente sucede cuando la pareja se encuentra presente. Asimismo, como forma de protección, el grupo familiar de origen puede privar a la madre de las actividades relacionadas al rol, perdiendo así la oportunidad de experimentar y aprender, así como de encontrar la satisfacción en maternar.

Los niveles medios, por otro lado, se asocian a la convivencia con la pareja y la familia de origen, y solo con la pareja. Esto se vincula a la confianza que se tiene en la red de apoyo para poder afrontar de forma satisfactoria la demanda del cuidado del bebé; así, la presencia de la madre se reconoce como un factor de protección ante el desborde de los recursos intrapersonales. Respecto de la pareja, ésta se reconoce como un vínculo de afecto y protección del cual se espera recibir apoyo en la crianza, y permite construir un vínculo más satisfactorio entre padre-madre-bebé para la crianza (Garrido Hidalgo y Marchán Coronado, 2011).

La integración en la familia de origen se vincula con prácticas tradicionales, en relación a la expectativa de los abuelos del cuidado de los nietos y en la participación de su crianza. La nueva maternidad dentro del grupo familiar es producto de crisis que obligan a reconfigurar el sistema familiar y afecta las relaciones hacia adentro de la familia, así como los roles y las tareas distribuidas en su interior (Garrido Hidalgo y Marchán Coronado, 2011).

Es por esto que la forma de relacionarse con la familia de origen propia o de la pareja, impacta en la forma en la cual se construye la experiencia de maternidad para el caso de madres primerizas. La diferencia entre los niveles dependiendo de los tipos de convivencia puede estar también producido por el nivel de contacto que tiene la joven madre con la realidad objetiva de la crianza del bebé. Ésta puede ser aceptada, rechaza o negada, y esto tendrá un impacto en el grupo familiar de convivencia (Garrido Hidalgo y Marchán Coronado, 2011).

### **Relación con el equipo de salud**

Como en los anteriores puntos, la relación con los equipos de salud también es ambivalente y particular. Por un lado, se los reconoce como referentes en la temática a los cuales acudir, pero también se les critica por las inconsistencias internas hacia adentro de los equipos de atención, que afectan a la forma en la cual la mujer madre se encuentra con su bebé (Belintxon-Martín, Zaragüeta, Adrián y López-Dicastillo, 2011; Lucchini-Raies, Máquez-Doren y Ruvera-Martínez, 2017).

Efectivamente, la forma de relacionarse con el equipo de salud puede modular la experiencia de la maternidad. Específicamente tiene un impacto concreto a la hora de aprender, por ejemplo, a reconocer las señales del bebé o para amamantar, como se verá más adelante. De aquí la insistente importancia que se les atribuye a los cursos prenatales para acompañar el proceso de las madres primerizas, que le den herramientas, y que permitan moderar las expectativas e integrar la información provista por el equipo de salud (Vergas-Porras et al., 2020).

Si bien la presente de investigación se interesó específicamente en conocer las experiencias de las mujeres con la lactancia, es preciso considerar que la lactancia constituye uno más de los desafíos y cambios a los cuales se enfrenta una mujer madre, por lo que indagar esas experiencias implica contextualizarlas

en el marco del complejo proceso de la maternidad. Por ello es que, en este apartado, se han precisado los cambios generales que transcurre la mujer desde que se convierte en madre, y en el apartado siguiente se desarrollará específicamente lo que respecta a la lactancia.

## **CAPÍTULO III: LA LACTANCIA MATERNA Y SUS IMPOSIBILIDADES**

### **Concepto**

El concepto que toma la Organización Mundial de la Salud (OMS, en adelante; 2019) considera que la LME es aquella que el niño recibe durante los primeros seis meses de vida, ya sea por parte de la madre o de una nodriza, lo cual implica solo leche materna. El niño también puede ingerir otras infusiones como agua, u otros tipos de líquidos pasados los seis meses.

Al respecto, la OMS (2019) también plantea que:

La lactancia natural es una forma sin parangón de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sano de los lactantes; también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres. Como recomendación de salud pública mundial, durante los seis primeros meses de vida los lactantes deberían ser alimentados exclusivamente con leche materna para lograr un crecimiento, un desarrollo y una salud óptimos. (p. 2).

A partir de ese momento, a fin de satisfacer sus requisitos nutricionales en evolución, los lactantes deberían recibir alimentos complementarios adecuados e ino cuos desde el punto de vista nutricional, sin abandonar la lactancia natural hasta los dos años de edad, o más tarde. La lactancia natural exclusiva puede practicarse desde el nacimiento, salvo el caso de algunas afecciones médicas, y si se practica sin limitaciones, propicia una abundante producción de leche. (p. 3)

Oliver (2012) considera que la lactancia no solo es importante al principio sino también lograr mantenerla en el tiempo, de manera exclusiva, lo cual permitiría un efecto positivo sobre la salud del bebé y la madre. En el mismo sentido, agrega que en la medida que la duración de la lactancia sea menor, no

pudiendo ser mantenida en el tiempo, supone riesgos tales como infecciones, dermatitis atópica y síndrome de muerte súbita para el pequeño.

Este autor sugiere además que el éxito en la lactancia se da a partir de tener en cuenta una serie de factores tales como acompañar y apoyar más a las madres una vez que han abandonado el hospital y cuando retoman su rutina laboral, como también prestar mayor atención por parte de los profesionales a aquellas madres primerizas o que han tenido una experiencia anterior negativa en relación a la lactancia (Oliver, 2012).

En consonancia con lo anterior, el Ministerio de Salud de Argentina (2019) resalta que toda mujer puede y es capaz de amamantar, si tan solo percibe el apoyo, acompañamiento y contención de su entorno, así como también todos los lactantes pueden recibir leche materna, salvo en casos muy acotados, donde se ve contraindicada de manera parcial o total en patologías maternas específicas como la galactosemia, el VIH, la fenilcetonuria, leucemia, tuberculosis o casos muy específicos.

### **Beneficios para el bebé**

UNICEF (2019) indica que la LME permite que el bebé incorpore todos los nutrientes y componentes necesarios para un crecimiento óptimo, disminuyendo las probabilidades de enfermedades, logrando un desarrollo adecuado del infante con respecto a su salud y nutrición. De este modo, “la leche materna es un complejo fluido nutricional vivo que contiene anticuerpos, enzimas, ácidos grasos de cadena larga y hormonas” (UNICEF, 2019, p. 10), difícil de ser remplazado. Es el acto en el cual el bebé se prende del pecho de su madre, que le permite un crecimiento adecuado de su boca y mandíbula, posibilitando la secreción de hormonas que llevan al bebé a saciarse y tener una buena digestión.

Por otro lado, con respecto al vínculo bebé-madre, este se ve estimulado

por la lactancia, creando un lazo especial, teniendo repercusiones efectivas con respecto a la relación que el niño tendrá en sus futuras relaciones sociales, con su autoestima, comportamiento, inteligencia y bienestar. Asimismo, es un factor que previene enfermedades crónicas como es la obesidad o el colesterol alto (UNICEF, 2019).

Diferentes estudios plantean además que el contacto piel con piel en una etapa temprana estimula la producción de leche, como así también el hecho de que la madre aprenda las posiciones adecuadas para colocar al bebé, y que tenga una buena prendida al pecho permite que la lactancia materna tenga éxito a lo largo del tiempo (UNICEF, 2019).

### **Beneficios para la Madre**

Se considera que la lactancia también tiene beneficios para la madre, ya que una vez que pasó por el momento del parto, reduce el riesgo de hemorragias, previene y reduce las probabilidades de diabetes tipo 2, anemia y el cáncer de mama, de útero y de ovario. A su vez, reduce las probabilidades de que exista depresión post parto, y retrasa el retorno a la fertilidad y las probabilidades de volver a quedar embarazada por los menos durante los primeros seis meses de su bebé o más, a diferencia de las madres que brindan fórmula, las cuales vuelven a su estado fértil a partir de las seis u ocho semanas (UNICEF, 2019). Implica también comodidad y economía en relación, ya que no es necesario comprar leche de fórmula, así como tampoco hay que preocuparse por mamaderas, esterilizarlas, calentarlas y estar pendiente de que no falte leche. Con la lactancia materna, se puede alimentar al bebé en cualquier momento y lugar a demanda del bebé (Marasco, 2005).

Otro de los beneficios se relaciona con lo emocional, ya que el amamantar permite la producción de oxitócina, hormona vinculada al placer y con sentimientos fuertes que permiten empoderarse para cuidar y proteger a su cría (Marasco,

2005).

En el caso de las mujeres que han padecido diabetes gestacional, luego de que comienza la lactancia materna, tiene un menor nivel de azúcar en sangre, y aquellas que padecían de diabetes tipo 1 antes del embarazo, tienden a necesitar menos insulina (Dermer, 2002).

El hecho de que el cuerpo produzca leche ayuda a reducir a futuro riesgos de osteoporosis y generar huesos más fuertes, ya que se generaron niveles altos de calcio, así como también reduce los riesgos de problemas cardíacos (Dermer, 2002).

Como puede observarse, la lactancia materna es beneficiosa tanto para la salud integral de la madre como para el bienestar del recién nacido, permitiendo una recuperación rápida y evitando riesgos a futuro, como así también fortaleciendo el estado emocional y afectivo en el caso de la madre, como así también asegurando el crecimiento pleno del bebé, principalmente en los primeros años de vida, fundamental para su desarrollo a futuro.

### **Conocimientos para una buena lactancia**

Marasco (2005) se refiere a la información básica que una madre debiera saber para desarrollar una buena lactancia materna; lo primero que destaca es la necesidad de derribar muchos de los mitos que a lo largo de la historia se encuentran circulando en la sociedad.

Su producción está relacionada entonces a la reiteración de la tomas y no al alimento que la generen, ni amamantar a determinados horarios.

Algunos ejemplos son los relacionados al consumo de alimentos que aumenten la secreción de leche o la frecuencia de la puesta al pecho, o sobre el rol de la estimulación del sacaleches en la mejora de la cantidad de leche. Su

producción está relacionada, entonces, a la reiteración de las tomas y no así a los alimentos, ni al amamantar a determinados horarios.

Asimismo, es importante tener en cuenta que tanto la madre como el bebé puedan conectarse de tal manera que se pueda identificar cuándo el niño requiere el pecho, ya que esto es muy relativo e individual, tanto la frecuencia como el tiempo de lactar en cada pecho. Todo pequeño es único y necesita ser tratado en consecuencia, prestando atención a su demanda, que puede ser por hambre o por deseo de contacto, calor, afecto, o se puede sentir molesto o enfermo y por tal motivo requiere estar más tiempo en el pecho materno.

Se suele sugerir que el niño, ante cada toma, debe alimentarse de ambos pechos, pero esto no debe ser algo estricto, sino más bien, como se expresó anteriormente, dependerá de la demanda de cada bebé; es posible que el niño se sienta satisfecho cuando logra vaciar un pecho en su totalidad y luego la madre debe ofrecer el otro. Esto se debe a que la última leche contiene mayores calorías lo que permite que el infante primero se sienta satisfecho y luego suba de peso.

No hay que olvidar también que el pecho no es solo un medio de alimentación para él bebé, sino que permite al mismo tiempo afianzar el vínculo, favorece un mejor desarrollo emocional, y es el lugar donde el niño encuentra consuelo frente a cualquier estímulo interno o externo que pueda afectarle, ya sea miedo o dolor. Los niños no maman por vicio, maman porque lo necesitan.

Otro mito a derribar tiene que ver con que el hecho de que la madre ingiera leche no genera más cantidad para el bebé; lo importante es una dieta variada y una buena alimentación e hidratación por parte de la madre.

Por otro lado, se considera que cuando el pequeño rechaza la leche o el pecho y se lo observa molesto, no implica que la leche materna no sea la adecuada, o que es una señal de que ya no quiere más el pecho. Ante estos casos, es fundamental que la madre se encuentre bien informada y que reciba

orientación profesional para poder determinar qué está ocurriendo, ya que puede tratarse de alguna patología como una intolerancia o alergia a la proteína de la lactosa, o simplemente es una instancia pasajera que hay que superar y no destetar.

Por último, se puede mencionar la famosa “hora del destete” y en este sentido no existe edad estipulada para ello, sino que debe darse de manera natural y cuando tanto madre y bebé se encuentren preparados para hacerlo. Una de las críticas más frecuentes es considerar que la leche pierde valor pasado el año de vida, pero esto no es así, ya que la leche materna se va transformando de acuerdo a las necesidades en el desarrollo, pasando a ser un complemento de su alimentación una vez que ya puede comenzar a ingerir otros alimentos pasado los seis meses. La leche colabora al desarrollo del sistema inmune mientras se siga tomando el tiempo que la diada madre e hijo lo deseen (Marasco, 2005).

## **Políticas Sanitarias**

La Dirección Nacional de Maternidad e Infancia y Adolescencia (2018) colabora con la promoción, protección y apoyo de la lactancia a través de la ejecución de acciones que han sido eficaces, ya que se considera que la leche materna reduce la morbilidad infantil y neonatal.

Se ha comprobado que la leche materna es la mejor forma para que el pequeño pueda alimentarse durante el primer tiempo de vida, no solo por todo lo que aporta al bebé sino como un aporte integral a la salud en general.

Hoy no sólo es relevante hablar los beneficios de la lactancia materna, sino que también es importante advertir los riesgos que implica el no llevarla a cabo, o practicarla durante un tiempo muy corto con respecto a lo recomendado, generando que esos niños sean más propensos a futuras enfermedades agudas como diarrea, infecciones respiratorias u otras patologías, y enfermedades crónicas como obesidad infantil, diabetes, leucemias, etc. (Ministerio de Salud,

2019).

En la actualidad, se encuentran activos hospitales que trabajan con la iniciativa de Hospital y Centro de Salud Amigo de la Madre y el Niño (HAMyN). Tanto hospitales como centros de Salud lo que pretenden es la promoción y protección de la lactancia materna una vez que los niños fueron dados de alta en las maternidades, así como también plantean -como estrategia integral- que se mejoren las oportunidades de lactancia de la población asistida.

En efecto, es preciso redoblar los esfuerzos para generar mejoras permanentes para que en un futuro no lejano todos los niños se beneficien de su práctica el mayor tiempo posible, y no solo algunos. Para esto, tanto el Ministerio como otros Organismos proponen la creación de más establecimientos o centros de Lactancia Materna, que se encuentren conforme a la normativa nacional vigente, así como diversas formas que colaboren a su apoyo fomentando información, como es el caso del 0-800 Lactancia, atendido por personas que han sido capacitadas para responder a dudas, brindando información y apoyo a las mujeres.

Por otro lado, también se encuentran leyes vigentes que luego serán ampliadas con más detalle, como la Ley 25.929 (2005) del parto respetado. A través de todas estas medidas, si bien es necesario seguir aportando esfuerzos para lograr mejoras permanentemente, se podrá lograr que en un futuro todos los niños se beneficien con la leche materna (Ministerio de Salud, 2018).

Es en esta línea que la UNICEF y la OMS plantean que:

La lactancia materna salva vidas. Sus beneficios ayudan a mantener a los bebés sanos en sus primeros días de vida y duran hasta bien entrada la edad adulta, dice Henrietta H. Fore, Directora Ejecutiva del UNICEF. Sin embargo, la lactancia materna requiere apoyo, aliento y orientación (...). Podemos mejorar significativamente las tasas de lactancia materna en todo

el mundo y dar a los niños el mejor comienzo posible en la vida. (2018, p. 4)

En la guía actualizada, se detallan las medidas que indican que los países deben tener, proteger, promover y apoyar la lactancia materna. Son los pasos que tiene el sistema de salud para asesorar a las madres frente a la lactancia durante las primeras horas luego del parto, para después intentar lograr que prospere y continúe con éxito en el tiempo.

Del mismo modo, se precisa la manera en que deben manejarse los hospitales, señalando que deben ofrecer información por escrito sobre la lactancia materna, con personal competente y con servicio de atención prenatal y posnatal, así como también el apoyo a las madres tanto dentro del hospital y cuando ya fueron dadas de alta (OMS, 2019).

El boletín de Seminario de intervención y políticas sociales (SIPOSIO, 2018) presenta la declaración conjunta entre OMS y UNICEF que, en 1989, realizaron sobre la protección, promoción y apoyo de la lactancia natural que incluye “10 pasos para una feliz lactancia natural” y que se presentan a continuación.

En este decálogo se establecen las siguientes premisas:

1. Disponer de una política sobre la lactancia por escrito y que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la salud.
2. Capacitar todo el personal de salud para que pueda poner en práctica esa política. Cuando hablamos de todo el personal de salud no solo son enfermeras, puericultoras, obstetras. Habla de la persona que da los turnos, médicos, asistentes, etc. Todos deben entender la importancia que tiene la lactancia materna.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica. Aquí necesitaríamos hablar de

información prenatal, implica otra cantidad de equipos de salud que comienzan a estar en juego cuando la mujer está embarazada. Cuando hablamos de informar a las embarazadas sobre los beneficios, no es la idea convencer, ni volvernos fundamentalistas, pero si es muy importante saber que desde el embarazo la mujer tiene derecho a estar informada para tomar sus propias decisiones.

4. Colocar al bebé en contacto piel a piel de su madre inmediatamente después del nacimiento. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la primera hora de vida. Importante poder respetarla y promover la primer prendida lo más rápido posible después del parto.

5. Mostrar a las madres como se debe dar de mamar al niño, y como mantener la lactancia aun en caso de separación de sus hijos.

6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida a no ser que estén medicamente indicados.

7. Practicar el alojamiento conjunto de las madres y los niños durante las 24 hs. del día. Hablamos de evitar que la cuna vaya a la *nurse* donde muchas veces se ofrece a la madre para atenderla, que descansa, que se recupere.

8. Fomentar la lactancia materna a libre demanda.

9. No dar a los niños alimentados a pecho, biberones tetinas ni chupetes.

10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y referir a las madres a esos grupos. Acá es donde tiende un puente con las demás iniciativas que vendrán después y con la importancia de no dejar a la mujer sola cuando se va de alta. (pp. 3-14)

En el mismo boletín se presentan modificaciones efectuadas por las mismas organizaciones para el año 2018, a saber:

1. Cumplir plenamente con el código internacional de comercialización de sucedáneo de la leche materna y las resoluciones pertinentes de la asamblea

mundial de la salud. Tenga una política escrita de alimentación infantil que se comunique rutinariamente al personal y a los padres. Establecer sistemas continuos de monitoreo y gestión de datos.

2. Asegurarse de que el personal tenga los conocimientos, la competencia y las habilidades suficientes para apoyar la lactancia materna. Que la lactancia materna se convierte en algo concreto, muchas veces las personas tomaban los cursos obligatorios y entonces era un como si, la información circulaba, pero no se apropiaban.

3. Discuta la importancia y el manejo de la lactancia materna con mujeres embarazadas y sus familias. Que no sea un depósito de información, sino que la mujer participe, discuta, cuestione y consulte.

4. Facilite el contacto directo e ininterrumpido piel con piel y apoye a las madres para que inicien amamantando tan pronto como sea posible después del nacimiento.

5. Apoyar a las madres para iniciar y mantener la lactancia materna y manejar las dificultades comunes. Habla de las dificultades, de apoyar a esas mujeres para que en esas circunstancias puedan mantener la lactancia materna.

6. No proporcione a los recién nacidos alimentados con leche materna ningún alimento o líquido que no sea leche materna, a menos que este medicamento indicado. Se busca desalentar el consumo de otras leches que no sean maternas.

7. Permita que las madres y sus bebés permanezcan juntos y practiquen el alojamiento conjunto las 24 horas del día. Internación conjunta.

8. Apoye a las madres para que reconozcan y respondan a las señales de alimentación de su bebé. Lactancia a libre demanda, como reconocer las señales de hambre del bebé.

9. Aconseje a las madres sobre el uso y los riesgos de alimentar con biberones,

tetinas, y chupones. Alertar sobre el riesgo, el anterior enfoque decía no había que dar. Acá se busca desalentar su uso.

10. Coordinar el alta para que los padres y sus bebés tengan acceso oportuno a asistencia y atención continua en caso de necesidad. (pp. 19-30)

A propósito de esto, la OMS (2019) informa que

Existe evidencia que indica que implementar los Diez Pasos mejora significativamente las tasas de lactancia materna. Una revisión de varios estudios sobre atención de maternidad y recién nacido publicados en 2016 demostró que el cumplimiento de los Diez Pasos afecta el inicio temprano de la lactancia materna inmediatamente después del nacimiento, así como la lactancia materna exclusiva y la duración total de la lactancia materna<sup>2</sup>. (parr. 3)

## **Leyes vigentes que promueven y protegen la lactancia materna**

A continuación, se hará mención a las principales legislaciones que toman como objeto la protección de la lactancia materna.

En primer lugar, la Ley de Convención de los Derechos del Niño N° 23.849, sancionada y promulgada en 1990. Si bien es una ley muy amplia y con diversos artículos, es importante tener en cuenta y que se conozca lo establecido en el artículo 24 inciso E, respecto al conocimiento por parte de los adultos sobre la importancia de la nutrición en la salud de los niños, como se puede apreciar a continuación:

Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los

2WHO, 2019, párr. 3: "There is substantial evidence that implementing the Ten Steps significantly improves breastfeeding rates. A systematic review of 58 studies on maternity and newborn care published in 2016 demonstrated clearly that adherence to the Ten Steps impacts early initiation of breastfeeding immediately after birth, exclusive breastfeeding and total duration of breastfeeding".

niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos. (Ley N° 23.849, 1990, art. 24, inc. e).

Otra ley a tener en cuenta es la de Contrato de Trabajo N°20.744 decretada en Mayo de 1976. En su Artículo 177, se plantea la prohibición del trabajo femenino 45 días antes del parto y 45 días después del mismo. La mujer trabajadora deberá presentar certificado médico para así estipular la fecha del parto y que de esa manera pueda ser comprobado por el empleador. La trabajadora conservará su trabajo hasta completar sus 90 días de licencia y gozará de las asignaciones de obra social y como de su salario proporcional al tiempo estipulado (Sindicato de Médicos, 2015).

Por otro lado, dentro de la Constitución Nacional Argentina del año 1994 se destaca en el Artículo 75 todas aquellas cosas que le corresponden al Congreso y que deben realizar, entre ellas el inciso 23 plantea lo siguiente:

Legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad. Dictar un régimen de seguridad social especial e integral en protección del niño en situación de desamparo, desde el embarazo hasta la finalización del período de enseñanza elemental, y de la madre durante el embarazo y el tiempo de lactancia. (Constitución Nacional, 1994, art. 75).

Asimismo, la Ley de Parto Respetado N°25.929 reglamentada en octubre del año 2015 como una Ley Nacional que tiene en cuenta aspectos tales como fomentar el vínculo del recién nacido con su madre, familiares o acompañantes

desde el nacimiento, ofrecer lugares adecuados para la lactancia durante toda su interacción, brindar cursos, información o todo lo necesario para favorecer la lactancia, en caso de estar contraindicado el amantamiento, facilitar tratamientos para la inhibición de la misma.

Todo el equipo de salud deberá brindar información a la madre y su acompañante sobre todos los procesos por los cuales atravesarán desde el embarazo hasta el nacimiento incluyendo asesoramiento de salud sexual y métodos anticonceptivos. Todas las instituciones tendrán un modelo de atención para abordar las problemáticas relacionadas con el consumo de sustancias y sus efectos tanto en la madre como en el niño (Ley N°25.929, 2015).

Por último, se puede mencionar de la Ley de Promoción y Protección N° 26.873 sancionada y promulgada en el año 2013. Aquellos puntos más importantes en relación a la misma son promover y concientizar sobre la importancia de la lactancia materna hasta los seis meses de vida y extenderla hasta dos años de vida del niño; que se realicen campañas de difusión y que se pueda acceder a la información para concientizar sobre el tema en especial a mujeres embarazadas. Otros aspectos importantes también que exista un correcto conocimiento sobre alimentación complementaria; poder fomentar la donación de leche materna a los bancos de leche materna existente (Ley N° 26.873, 2013).

### **Obstáculos y causas posibles de abandono**

En relación a las causas del abandono del amantamiento de la mujer, siguiendo a Oliver (2012), se los puede dividir en factores individuales, comunitarios, sociales y culturales. Estas variables se entrecruzan en la experiencia de cada madre y su bebé, pero por razones de análisis se clasifican de esta manera.

Con respecto a las causas *individuales*, las mismas están relacionadas con el vínculo entre madre e hijo, es decir, puede ocurrir que la intención de la madre

sea de no amamantar o de hacerlo poco tiempo. Esto se puede ver afectado por la información, los aprendizajes y experiencias previas, así como las expectativas y las condiciones de salud del bebé y de la mujer madre.

En relación con los aspectos individuales, UNICEF (2012, p. 140) considera que existen indicaciones médicas mayores que llevan a que se sustituya la lactancia materna; estos casos pueden ser “enfermedades infecciosas como: listeriosis neonatal, hepatitis B materna, SIDA, varicela, tosferina, tuberculosis activa y lesiones herpéticas o sifilíticas en el pecho materno. Precaución extrema en enfermedades metabólicas, toxemia, uso de drogas, tirotoxicosis materna con tratamiento antitiroideo”.

Es decir, existen factores que, si bien son individuales en relación a que afectan al binomio puntualmente, son limitaciones que tienen como objetivo proteger la salud de la madre y del bebé. Por esto se tiene que tomar en cuenta las condiciones de salud de la mujer madre para que la LME sea, efectivamente, en beneficio de ambos.

Siguiendo lo que plantea Unicef (2012), en el Manual de Lactancia Materna se hace referencia más bien a dificultades que a impedimentos, ya que estos últimos pueden ser o de la madre o del bebé. Con respecto a la madre, pueden ser “pechos congestionados, dolor y grietas en los pezones, moniliasis, ductos obstruidos, mastitis o infección del pecho, leche insuficiente, problemas con la bajada de la leche, si la madre está enferma, cesárea, gemelos” (Unicef, 2012, p. 57). Y con respecto al bebé, éste puede sufrir de “cólicos, diarrea, gripe, catarro, infecciones respiratorias agudas, rechazo del pecho” (Unicef, 2012, p. 57).

Otro factor que muchas veces lleva al fracaso es el hecho de una producción de leche tardía, debido a diversas cuestiones o la poca producción inicial de leche materna, que no llegan a satisfacer completamente al bebé (Belintxon-Martín et al., 2011).

El desconocimiento de estas variables y su incidencia en la LME puede ser una fuente de frustración y malestar en las madres que lleve al abandono. Esto se relaciona con la falta de información sobre la lactancia materna y su rol como uno de los factores predictivos del abandono y su velocidad (Figuera, et al., 2011; Belintxon-Martín et al., 2011).

Los eventos frustrantes que generan grandes dificultades en el logro y mantenimiento de la lactancia materna genera un profundo malestar en las madres, que puede superar sus recursos, haciéndola sentirse no solo sobrepasadas por la experiencia, sino maltratadas por ella, perjudicando su estado de ánimo, su relación con su propio cuerpo y con sus bebés.

Estas sensaciones y sentimientos tienen como consecuencia una profunda crisis existencial, al no poder ajustarse a las expectativas de la maternidad y la lactancia, y genera un punto de inflexión en el cual se define insistir en los intentos de amamantar, con el miedo construido por el riesgo que eso conlleva para la propia integridad y el malestar, o desistir (Palmér, Carlsson, Brunt y Nyström, 2015).

Es de suma importancia la percepción que tienen las futuras madres con respecto a cómo llevarán a cabo la lactancia, y éste es el punto clave para saber si la madre iniciará una lactancia materna parcial o exclusiva o la abandonará porque consideran que su leche no les es suficiente al bebé o por otros motivos. Así, la creencia de que la leche materna era imprescindible para la salud de su bebé, es una variable que puede motivar la búsqueda de ayuda (Lucchini-Raies, et al., 2017).

De la misma manera, las expectativas que tiene la madre sobre amamantar muchas veces son muy diferentes a la realidad, lo que lleva a la frustración y abandono. La idealización de la lactancia es efectivamente una fuente de frustración que puede llevar a las madres a desistir en la práctica (Belintxon-Martín

et al., 2011) Sin embargo, también puede ser una fuente de motivación para la búsqueda de ayuda. Los niveles altos de angustia fueron una variable que incidió en la búsqueda de ayuda profesional para la práctica de la lactancia (Lucchini-Raies, et al., 2017). Es decir, juegan un rol las expectativas y éstas dependerán de las variables sociales y culturales, las cuales serán desarrolladas más adelante.

De igual modo, es posible mencionar las experiencias pasadas negativas o la poca seguridad de la madre, así como también la escasa experiencia y falta de técnicas o habilidades, que tienden a llevar al cese de la lactancia. El conocimiento inadecuado, limitado o deficiente de la madre es uno de los principales obstáculos en la implementación de la lactancia materna exclusiva (Figuera, et al. 2011). Sobre este punto, es necesario analizar el rol de los factores comunitarios.

En relación a ellos, están relacionados con el ambiente externo con el cual se relaciona la diada madre-bebé, como ser los profesionales, los hospitales, servicios de salud, el barrio, la familia, los lugares de trabajo, en general la red familiar y social de la madre que se encuentran en este camino de la maternidad y que tienen una función muy significativa para determinar si la mujer podrá y logrará una lactancia exclusiva o mixta en el tiempo.

El rol del equipo de salud es clave en este sentido, puesto que son los profesionales a los cuales se les atribuye el conocimiento validado para buscar respuestas. Así, los discursos contradictorios entre profesionales de la salud es justamente uno de los obstáculos más reportados (Lucchini-Raies, et al., 2017; Belintxon-Martín, Zaragüeta y López-Dicastillo, 2011), puesto que retroalimenta la frustración y el malestar de la madre, aumentando la inseguridad y la insatisfacción.

Por el contrario, un equipo con un discurso integrado, podrá ser reconocido por la madre como alguien a quien recurrir, donde no será maltratada en el marco

de una situación estresante, y con los cuales construirá una solución para resolver su problema.

Entre otras variables de la comunidad, se encuentra el soporte del grupo familiar, de amigas y de la pareja. Esta red es necesaria para acompañar, en caso de que suceda, el proceso de frustración producto del encuentro entre la realidad y la fantasía de materner; varios estudios han resaltado el rol de la pareja y de las amigas, principalmente (Lucchini-Raies, et al., 2017).

Por otro lado, se destacan los factores a nivel social y cultural, entendiendo que la lactancia es algo que se aprende y este aprendizaje va a variar significativamente dependiendo de la sociedad en la cual se encuentre inserta la mujer madre, ya que esto va a influenciar en las creencias que se tiene sobre la lactancia, la aceptabilidad, los beneficios y expectativas.

Entre los factores sociales, se encuentra la pertenencia a un estrato socioeconómico vulnerable o bajo. Así, en el estudio de Figuera et al. (2011) se confirma una relación significativa entre el sector socioeconómico de la madre con la velocidad del abandono de la LME en los primeros seis meses. Esto se relaciona a complejas variables asociadas a la vulnerabilidad de este estrato social.

Esto puede estar vinculado a la ausencia de licencias por maternidad pagas, que limitan el tiempo de convivencia con el bebé; asimismo, y como se comentó, en la actualidad los espacios de trabajo deben proveer de horario de lactancia. Esto efectivamente es una limitación en relación a la actividad laboral y económica que puede afectar a la lactancia materna (Felitti y Rizzotti, 2014). Así, el trabajo informal o no registrado puede ser un factor de riesgo para la práctica adecuada de la LME.

Asimismo, las expectativas inadecuadas de las mujeres madres son producto de la idealización que se genera a nivel social y cultural sobre materner,

lo cual en la realidad concreta puede llevar a importantes niveles de estrés, insatisfacción, frustración e inseguridad.

Entonces, a pesar de que efectivamente existen variables individuales que son características propias de las madres que pueden afectar el mantenimiento de la LME, los estudios en general reportan resultados heterogéneos sobre este punto. Así, los resultados de Figera et al., (2011), o el de Belintxon-Martín et al. (2011) acuerdan entre sus resultados sobre factores sociales y culturales que impactan, de forma más general, sobre el abandono de la lactancia materna. Es así que Belintxon-Martín et al, (2011, p. 410) mencionan un "medio anti-lactancia".

Por último, es preciso destacar las creencias asociadas a la práctica de lactancia como un evento privado o íntimo. Este fue el caso para el estudio realizado por Belintxon-Martín et al. (2011), donde la presencia de amigas o familiares fue un obstaculizador para la lactancia, puesto que generaba vergüenza o incomodidad. Esto se vincula a la creencia de que dar el pecho es un evento privado, que debe ser realizado en la intimidad y no en espacios públicos.

Otros estudios han comparado la experiencia del espacio público entre la cultura estadounidense y argentina, señalando un aspecto más: dar el pecho en el espacio público es sencillamente un tabú o algo sucio e inadecuado para realizar, refiriéndose a que esto se debe o es producto de la sexualización del pecho femenino. Si bien el debate se encuentra presente en la Argentina, no se hallan registro de acciones concretas de establecimientos que excluyan a mujeres madres amamantando. Las autoras, precisamente, señalan que en el 2014 el Papa Francisco habilitó esta práctica aún en la Iglesia (Felitti y Rizzotti, 2014).

Esto señala la importancia de la variable cultural como un factor que puede incidir en la experiencia de amamantamiento de las mujeres madres con sus bebés. Como se refirió, actualmente existen varias legislaciones y lineamientos de salud para promover la LME que, como señalan Felitti y Rizzotti (2014), dejan en

un gris legislativo el espacio público como un lugar legítimo para el amamantamiento. Por lo tanto, los factores culturales y sociales pueden ser efectivamente una variable que esté incidiendo en el mantenimiento de la práctica de amamantar exclusivamente al bebé.

Otro aspecto importante a tener en cuenta es la promoción, protección y apoyo de la lactancia desde los inicios para evitar el abandono prematuro, cuestiones que también están relacionadas a la sociedad y cultura en la cual se encuentra la mujer.

Oliver (2012) afirma que

El apoyo a la lactancia implica intervenciones dirigidas a resolver los problemas y dificultades con la lactancia, adaptadas al momento y necesidades de la mujer. Se ha establecido que, en diferentes países y contextos, el contacto con profesionales, o con personas con conocimientos adecuados que ofrecen apoyo orientado a facilitar la continuación de la lactancia, adicional al cuidado estándar, es efectivo para aumentar la duración de la lactancia. (p. 39)

Como se pudo ver a lo largo del capítulo, se exponen ideas, planteamientos, políticas, leyes que remarcan los beneficios de la lactancia materna en todos sus aspectos, indicando los beneficios que se pierden al no llevarla a cabo, o practicarla en un corto tiempo con respecto a lo recomendado, debido a que esto afectaría la salud del bebé a largo plazo.

Cabe destacar que, en muchos casos, las mujeres desconocen esta información, siendo fundamental entonces que, desde el embarazo la mujer pueda ejercer su derecho a estar informada para tomar sus propias decisiones. Las decisiones se toman con responsabilidad y libertad en tanto se cuenta con la información adecuada y pertinente para poder tomarlas.

En tal sentido, todas las organizaciones y establecimientos tienen el deber de dar a conocer lo que está científicamente comprobado, incentivarlo y ponerlo

en conocimiento de todas las mujeres, pero dando también el espacio y el respetando su derecho a decidir. En otras palabras, reconociendo la libertad de la mujer madre a decidir sobre cómo llevar adelante la crianza y el cuidado de su bebé en base a la información adecuadamente proporcionada, que puede tener como conclusión decidir no amamantar.

# MARCO METODOLÓGICO

## Nivel y tipo de investigación

En la presente investigación, se adoptó un enfoque de tipo **Cualitativo** ya que se buscó el conocimiento del objeto de estudio desde la perspectiva de mujeres, para conocer la construcción de subjetividad en relación a la experiencia de lactar, sin introducir ninguna cuantificación sobre el mismo. Los datos fueron recolectados con el objetivo de conocer a profundidad la forma en la cual las mujeres viven, piensan y sienten la lactancia materna.

El nivel de esta investigación fue **Descriptivo** en tanto se pretendió caracterizar el fenómeno de estudio sin establecer relaciones causales entre variables o hipótesis explicativas. A su vez, se pretendió captar el fenómeno a investigar tal como se da en su contexto, sin modificarlo.

## Diseño de la investigación

El tipo de diseño utilizado en esta investigación fue un **Diseño Fenomenológico**, el cual permitió conocer las perspectivas de los participantes, y a partir de ellas entender el fenómeno estudiado, en este caso, las experiencias vivenciadas por las madres ante el hecho de no brindar LME durante los primeros seis meses de vida a su hijo, no logrando alcanzar el periodo que plantean los discursos sanitarios.

La justificación de este diseño está basada en el interés de reportar la experiencia personal y subjetiva en relación a su experiencia particular, en ese momento de su vida, así como en el marco espacial donde ocurre y las relaciones que establece allí.

Para dar cuenta de los objetivos del estudio, se debe profundizar en todas estas variables para describir cómo construyen estas mujeres la experiencia de no lactar de forma exclusiva, es decir, de ir a contramano las recomendaciones que

se insisten desde el sistema de salud.

Asimismo, la elección del diseño se basó en que la experiencia que vive una persona es siempre individual con respecto a alguna situación que le toca vivir dentro de un determinado tiempo en el que sucede, el espacio donde ocurre, las personas concretas que lo viven y el contexto relacional.

## **Definición de conceptos centrales**

### **Experiencias**

Husserl (1970, citado en Lara-Vasquez, Pulido-Acuña y Castiblanco-Montañez, 2012) centró el significado de las experiencias vividas desde el punto de vista fenomenológico descriptivo, y afirmó que el significado de las experiencias vividas puede ser descifrado sólo a través de las transacciones uno a uno, entre el investigador y los objetos de investigación.

La intención es entender los fenómenos en sus propios términos para proporcionar una descripción de la experiencia humana, tal como es vivida por la misma persona, o la reconstrucción del mundo interior de la experiencia, ya que cada uno tiene su propia manera de experimentar el tiempo, el espacio y lo material. Pero cada una de estas coordenadas debe entenderse en relación con los demás y al interior de su mundo. Lo central para la investigación fenomenológica son las experiencias de la persona en relación con un fenómeno.

Se entiende así que las experiencias dan sentido a la percepción de cada persona sobre un fenómeno particular. Entonces, su objetivo es la descripción total de la experiencia y de las percepciones que ella expresa, incluyendo el significado que los individuos que participan en estos eventos, preocupándose de la comprensión y no de la explicación (Laza Vásquez Pulido-Acuña y Castiblanco-Montañez, 2012).

Desde el punto de vista fenomenológico, el ser humano aprehende a través del acto de dirigirse hacia algo. En otras palabras, tiene la intencionalidad de estar en constante búsqueda de los fenómenos, es decir objetos que hacen posible la experiencia humana. Dirigirse también implica dos horizontes, tanto el interior como el exterior, en tanto y si se considera a la experiencia humana como la exteriorización e interiorización de sus formas de conocer toda la realidad que lo envuelve y lo hace como un ser existencial (Ramírez, 2010).

### **Mujer madre primeriza**

La experiencia del primer embarazo, parto y contacto con el bebé produce el nacimiento psicológico de la madre (Fernández et al., 2013). Ello conllevará la construcción de una nueva identidad personal que se vinculará con el desempeño del rol materno.

Para el desempeño del rol materno existen variables que modulan la forma en la cual este se satisface: la relación de la madre consigo misma, con el bebé, con su pareja, con su familia de origen y otros vínculos, y, por último, pero no menos importante con el equipo de salud.

Como se vio, la relación con el equipo de salud es una de los principales factores que influyen en la relación con el bebé y, específicamente, con la lactancia (Belintxon-Martín et al., 2011; Figuera et al., 2011; Lucchini-Raies et al., 2017).

### **Factores que condicionan la lactancia materna exclusiva**

Se trata de un conjunto de factores biológicos, hechos o situaciones biológicas, sociodemográficas, sociales, familiares, económicas, culturales, y psicológicas que actúan de forma distinta en diferentes situaciones y pueden variar con el tiempo en una comunidad (Camargo-Figuera, Latorre-Latorre, Porrás-

Carreño, 2011). Estos factores pueden ser edad, nivel ocupacional, control del embarazo, condiciones del parto, estado de salud del recién nacido, número de hijos, etc. (Martínez Galeano, 2010). Así como variables del equipo de salud, como información inadecuada, fragmentada o incoherente del equipo de salud (Belintxon-Martín et al., 2011; Figuera et al., 2011; Lucchini-Raies et al., 2017). Y variables socio-culturales como idealización y expectativas sociales inadecuadas, la cultura “anti-lactancia”, entre otras (Belintxon-Martín et al., 2011).

Estos factores atentan con la posibilidad de que el niño sea alimentado solo a base de leche materna durante los primeros seis meses de vida (OMS, 2019).

## **Participantes**

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Pilar Baptista, 2014) a partir del cual se seleccionaron aquellas mujeres que se encontraron disponibles para ser entrevistadas y aceptaron ser parte de la investigación.

La muestra estuvo conformada por cinco Mujeres madres primerizas residentes del Barrio Solidaridad.

Inicialmente, se pensó que la muestra estuviera conformada por mujeres que acudían al centro de salud N°61 de Barrio solidaridad, pero debido a la situación de contingencia sanitaria y la excepción laboral de la profesional psicóloga del servicio fue necesario utilizar otra estrategia de captación. Las madres entrevistadas fueron seleccionadas por la instructora de la residencia de enfermería con orientación en materno-infancia, manteniendo, de este modo, el criterio de pertenencia al Barrio Solidaridad.

Las mujeres primerizas entrevistadas poseían las siguientes características:

- Mujeres entre 18 y 35 años de edad cronológica.

- Mujeres que han tenido su primer hijo y se encontraban en el período post-parto de seis meses o más.
- Mujeres madres que no han sostenido la lactancia exclusiva en los primeros seis meses de vida del bebé. Entre los factores se encuentran variables de tipo socioeconómicas, educacionales, vinculares, entre otras.
- Mujeres que han aceptado vía la firma de un consentimiento informado su participación en la investigación.
- Residían de manera permanente durante la recolección de datos en la Ciudad de Salta Capital.

## **Contexto y Período**

La presente investigación se llevó a cabo durante el Segundo semestre del año 2020.

El contexto donde se efectuó fue el área de responsabilidad del Centro de Salud N° 61 de Barrio Solidaridad, perteneciente al nodo de Solidaridad del Área Operativa LV – Hospital Papa Francisco de Salta Capital.

Por otro lado, las estadísticas arrojadas por el Hospital Papa Francisco y de acuerdo a Leal (2020) , señalan que en el último trimestre del año 2019- desde el 2 de septiembre al 30 de noviembre-, en B° Solidaridad se presentaron 145 mujeres, de las cuales 43 de ellas no brindaron LME, y a su vez, éste fue el Centro de Salud donde se presentó mayor cantidad de mujeres que no habían brindado LME, en comparación con el resto de los Centros de Salud del mismo Nodo, y también respecto a los demás nodos que se encuentran a cargo del Hospital, tales como el Nodo Lavalle, Nodo Manjón, y Nodo Intersindical.

Estos datos, tantos aquellos del Barrio en general como los del Centro de Salud despertó el interés y la necesidad de indagar la problemática, considerando que sería de especial significancia centrar la atención en este caso particular para llevar adelante la presente investigación.

## **Técnicas de recolección de información**

La técnica utilizada fue la entrevista semiestructurada, la cual “se basa en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información” (Hernández Sampieri et al., 2014, p. 403). Este instrumento consideraba diferentes ejes, a saber: Contexto social, familiar e individual, Relación con los servicios de salud y Aspectos generales con la LME. Estos ejes permitieron orientar el encuentro con las participantes, dejando abierta la posibilidad de que la persona entrevistada pudiera ampliar, profundizar y/o introducir nuevos temas que les parecía importante, como así también para el caso de la entrevistadora.

Dado el contexto de emergencia sanitaria en el que se llevaron a cabo las entrevistas, se optó por la utilización de entrevistas en un primer momento, y video llamada como una forma alternativa para las segundas y terceras entrevistas, lo cual permitió la recolección de información preservando la distancia social prescripta por las razones de público conocimiento. La guía de preguntas figura en el anexo número II.

## **Procedimiento de Recolección de Información**

A los fines explicativos y analíticos, se presenta el proceso de recolección de información dividido en etapas, que ilustran las distintas formas de acercamiento a la población bajo estudio. Es necesario aclarar que el proceso de una investigación cualitativa es dinámico y flexible, y no sigue etapas delimitadas.

En la **primera etapa**, se concurrió al Centro de Salud designado para contactar a las mujeres madres que asistían al mismo y que serían las que participarían de este estudio. La jefa del Centro de Salud con ayuda de la instructora de la residencia de enfermería con orientación en materno-infancia, fueron quienes, en acuerdo con la entrevistadora, y observando los criterios de investigación, procedieron a seleccionar a cinco mujeres para ser indagadas. Estas mujeres fueron contactadas telefónicamente por la entrevistadora, y se procedió a presentarles el estudio, sus objetivos y se las invitó a participar. Una vez que aceptaron, se les pidió su consentimiento informado (Anexo I), a través del cual consignaron por escrito su aceptación, garantizando el anonimato y la seguridad de los datos provistos. Finalmente, se coordinaron los días y horarios de las primeras entrevistas.

La primera irrupción al campo se llevó a cabo a través de un encuentro por la plataforma virtual *Zoom* con la jefa del sector, en el cual se pudo indagar las características del centro de salud, las características epidemiológicas del área de responsabilidad, el perfil socio sanitario de la población en la edad fértil y el seguimiento integral de puérperas y recién nacido.

En la **segunda etapa**, se realizaron las primeras entrevistas de manera presencial a las mujeres que brindaron su consentimiento. En las mismas, se indagaron las experiencias con la LME y la ausencia de la práctica en el vínculo con su bebé; como indicador de esto, se utilizó la saturación para la pregunta de investigación.

Se propusieron encuentros de entre una hora y una hora y media, en su vivienda, con el objetivo de controlar el agotamiento, por un lado, y por el otro considerar el hecho de que pudieran asistir con el bebé o, en caso de que no lo hicieran, considerar que estrían al cuidado de alguien más. Por lo tanto, se buscó respetar los tiempos y necesidades de cada participante.

Se efectuaron entre dos y tres entrevistas, las primeras fueron en el domicilio de las entrevistadas y las demás mediante video llamada y comunicación telefónica. Se realizó la cantidad de entrevistas necesarias para obtener la información que dio respuesta a la pregunta y objetivos de la investigación. Al finalizar, se les consultó si tenían algo para agregar y se programó el segundo encuentro telefónico.

En la **tercera etapa**, se realizaron las segundas entrevistas con el objetivo de profundizar aquellos temas que no quedaron claros en la primera entrevista o que no emergieron, teniendo en cuenta los ejes planteados. Se hizo hincapié en profundizar aquellos temas específicos de la investigación. Luego de cada entrevista, se transcribieron las grabaciones como así también las anotaciones.

En la **cuarta etapa**, se analizaron los datos obtenidos. En un primer momento, se realizaron de forma particular para cada participante, integrando las entrevistas de los encuentros realizados, para poder generar una perspectiva integral y holística de su experiencia individual. El propósito fue describir el fenómeno estudiado y el significado que la persona le atribuye. En un segundo momento, se realizó un análisis de convergencias y divergencias entre cada una de las experiencias, para reconocer lo común entre la vivencia y los sentidos de cada una de las mujeres madres participantes, para producir un sentido global del fenómeno a través de cada experiencia particular. El análisis de información fue de forma simultánea y paralela al proceso de recolección de datos.

En la **quinta etapa**, a partir del análisis de la información, se elaboraron las conclusiones como resultado de todo el proceso. En este punto se articularon los aportes teóricos y de los antecedentes con el análisis arribado en la etapa cuatro.

## **Coreografía de Análisis**

De acuerdo al enfoque cualitativo en primer lugar, se organizó la

información a partir de la lectura de los registros de cada entrevista con las participantes. Los registros fueron releídos a fin de construir las categorías de análisis del fenómeno que se investigó, y a cada una de éstas, se le asignó un código a fin de rastrearlas en el material de entrevistas (Hernández Sampieri et al., 2014).

El conjunto de las entrevistas fue presentado a modo de relato para cada una de las participantes en los registros de las entrevistas, en esos escritos se fue señalando con el código mencionado a cuál categoría pertenecían y se incluyeron en otros temas que fueron surgiendo en las entrevistas como parte de aquellas experiencias subjetivas que no habían sido determinadas *a priori*.

Se establecieron similitudes y diferencias con respecto a lo que las mujeres pudieron expresar en la técnica de recolección de información, y la información obtenida se presentó teniendo en cuenta las distintas manifestaciones de las participantes con respecto a las experiencias subjetivas que presentaban, temas sobre los cuales giró el informe final.

Asimismo, en el desarrollo escrito del análisis y conclusiones se efectuaron las relaciones y los aportes necesarios que permitieron responder a la pregunta de investigación y cumplimentar los objetivos de la misma.

Durante todo el proceso de la investigación, con el fin de cumplir con el rigor cualitativo y llevar a cabo un trabajo de calidad, se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

**Dependencia.** Para asegurar la dependencia y la consistencia de los resultados, se evitó emitir opiniones que afectaran la información obtenida tanto durante el proceso de recolección como en el análisis de los datos, no se establecieron conclusiones antes de que los datos fueran analizados y los mismos fueron considerados en su totalidad. Asimismo, se siguieron con rigor los criterios de selección de las participantes y los procedimientos para seleccionar la

información. Cuando se expresaron juicios sobre los datos recolectados se explicitó en el marco teórico y el enfoque de la investigadora. Por otro lado, se consultaron las diversas fuentes, contrastando los datos obtenidos mediante las entrevistas.

**Credibilidad.** Con el fin de indagar las experiencias de las participantes, se consideró toda la información que fue surgiendo de la recolección, todas las participantes recibieron igual trato y se incluyó en el análisis tanto las experiencias positivas como aquellas negativas. Para lograr la credibilidad, se realizaron las entrevistas que fueran necesarias, se efectuó la triangulación de los datos obtenidos de las diversas fuentes a la luz del soporte teórico, como así también se recurrió a una triangulación de observadores ya que todos los relatos de los casos fueron supervisados por la directora de este trabajo, posibilitando la confrontación de diferentes enfoques. También se presentaron aquellos datos que resultaron discrepantes a la hora de establecer las conclusiones generales.

**Transferencia.** Con el fin de lograr una idea general del problema estudiado y asegurar la aplicación de sus resultados a la misma, se describió con amplitud y precisión el contexto de la investigación, las reacciones de las participantes a las entrevistas, etc.

**Confirmabilidad.** La reducción de los sesgos y tendencias de la investigadora implicó relacionar cada información que se obtuvo con su contexto y de acuerdo con la persona que la proporciono. Se utilizó la reflexión como ejercicio a medida que fue avanzando la investigación del fenómeno para evitar la creencia en certezas, las cuales pueden afectar el rigor de la investigación.

# **RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN**

## CASO A

Se trata de una mujer de 29 años de edad, quien logró finalizar sus estudios secundarios a los 20 años y actualmente es peluquera. Recientemente separada del padre de su bebé, quien al momento tiene seis meses de vida. Cuenta que se separó el último mes de embarazada porque vivían una relación de muchas peleas **“...vivíamos discutiendo por todo, él era muy celoso y yo también...”**. Pero que ahora intentan mantener una buena relación por la bebé **“... yo de chica viví mucha violencia entre mis padres, así que yo elijo no hacerle lo mismo a mi hija, por eso trato de llevarme bien con él ahora...”**.

Durante la entrevista, A se mostró relajada, desenvuelta y con ganas de hablar. Ya que ella sola fue brindando la información, así como también por momentos se iba de tema y había que volver a focalizarnos en la entrevista. Era muy detallista contando sus historias, momento por momento y recordando días, horarios y fechas.

Cuenta que vive sola con su bebé, que el padre va de vez en cuando va verla, a llevarle mercadería, leche y pañales, pero que no vive con ellas.

Cuando le pregunté sobre su pareja, se explayó contando en detalle cada momento de su relación **“...Uff, bueno nunca fuimos la pareja perfecta, bueno no sé si eso existe...”** cuenta que al principio peleaban mucho **“...fue un año y medio de puras peleas después nos fuimos acomodando, nos fuimos conociendo y el dejó de ser tan desconfiado y yo bajé un cambio porque le peleaba en todo y me molestaba mucho que sea tan desconfiado ...”** luego relata que fueron estando mejor y se fueron a vivir juntos **“...en un primer momento él estaba chocho pero después, yo sentía que le molestaba vivir conmigo, creo que él nunca estuvo convencido del todo de dar ese paso ....y bueno así fue como que empezamos a tener millones de crisis, creo que porque él un día le ponía onda pero después todo era malo, todo era lo peor,**

**y así....”.**

**Continuando con su historia, dice “...Y yo no me daba cuenta en ese momento, trataba de remarla para que esté todo mejor. Y el año que quedé embarazada, o sea el año pasado, a fines del 2018 tuvimos una crisis como en la que no sabíamos qué hacer, a mitad de año siempre estaba todo perfecto y ya a fin de año como que llegábamos a tener problemas, y ese año no sabíamos si seguir o no. Y para mí ese era el momento de llegar al fin, y él quería seguir... y el debate era cómo avanzábamos, si es que lo hacíamos, porque el siguiente paso era ser papás, y yo en un punto quería ser mamá. Y el ida y vuelta era un embole...”** extendiendo detalles de su relación dice **“...Y al año siguiente ya empezamos a hablar de buscar un bebé, pero él siempre dudaba de todo, como que nunca estuvo convencido de nada de lo que hacía conmigo. Pero yo justo empecé con muchas infecciones urinarias y tratamientos por infecciones de tantos anticonceptivos que tomaba, diez años estuve, y en la salita el médico ya me había dicho que tenía que empezar a descansar un tiempo, aunque sea, para frenar un poco las infecciones. Y empecé a decirle todo esto, porque yo nomás me cuidaba, él no... entonces él a todo eso se lo tomó como presiones y que yo lo ponía entre la espada y la pared. Pero yo siempre le aclaré que podía cuidarse él si no quería ser papá.**

Con respecto a su embarazo cuenta **“...Al tiempo tomé la decisión de no cuidarme más.... Y ya llegando el mes que iba a empezar a volverme a cuidar, me enteré que estaba embarazada...”** al consultarle si fue buscada dijo **“...Digamos que sí, porque él varias veces eligió no ponerse preservativo... cuando nos enteramos fue lindo, él bien, me acompañó un montón, porque estuve muy descompuesta, tenía mucha acidez y descompostura. Y estuve bien anímicamente hasta el cuarto mes. Después de ahí estaba muerta, cansada, medio que no tenía ganas de nada, deje de ir a la pelu, dormía mucho, y entre medio de eso se perdió mi gata. Y mi gata era como mi hija...**

*y digamos que a la pérdida de mi gata fue un antes y un después entre los dos. Yo le eché la culpa a él, de que se perdió, porque fue una tarde que yo había salido y él estaba solo en la casa. Y bueno yo estaba sacada, y él no podía creer que yo esté así por mi gata, yo no quería comer, estaba deprimida angustiada en serio. No podía creer no encontrar a mi gata, la busqué por todos lados. Y dos meses después la encontré en la casa del vecino desnutrida a punto de morir... y yo dediqué mis días a cuidarla. Lo único que hacía era tratarme de loca.... Y que estaba mal de la cabeza, que había dejado de trabajar que no podía creer, que solo moleste por la gata y si no lo molestaba a él.... Y bueno a fines del 2019 nos re mil puteamos para navidad y año nuevo. Después hablamos y dijimos listo chau, y yo embarazada no quería esos problemas... y después todo quedo ahí...” después prolongó “...En Enero siguió todo como si nada, empezamos a comprar las cosas para la bebé, estábamos súper distantes. Cada uno hacía la suya, a veces me quedaba sola en el otro cuarto, durmiendo sola, llorando, medio que ya sabía que todo se estaba terminando, pero estando embarazada me sentía súper vulnerable y débil... y ya en febrero discutimos porque no me acompaña a nada, ni al propio baby shower de la bebé. O sea, ya no hacía nada de nada conmigo, éramos dos extraños viviendo juntos, y yo ya estaba muy enojada, triste todo junto. El último viernes antes de que nazca estábamos en casa y nuevamente empezamos a pelear por tonteras, y el saltó diciendo que se quería separar que se iba a ir la próxima semana a casa de su familia que se iba a hacer cargo de la bebé pero que no quería seguir conmigo, a mí me sorprendió y quedé en shock y esa misma noche rompí bolsa, obvio por todo el estrés y bueno la tuve a la gorda, y él encima se hacia el enojado, porque me echaba la culpa de todo esto, porque yo era la que siempre me quería separar, y bla bla... y en medio de eso yo súper mal, angustiada, ahora contándote no puedo creer lo mal que la pasé, pero bueno, en los controles de la bebé también me atendía la psicóloga del centro, así que estuve contenida con eso, con mi familia y amigas, y de a*

***poco fue volviendo todo a la normalidad además, como que la bebé no te deja tiempo para deprimirte (se ríe) y encima apenas nació al tiempo llegó la cuarentena que por suerte mi hermana se instala conmigo para ayudarme.... Y bueno así fue un poco mi historia...”***

La madre y hermana de A son quienes la ayudan en su día a día con el cuidado de la niña para que ella pueda salir a trabajar, en un centro de belleza de Barrio solidaridad, donde es empleada y trabaja, hoy a causa de la pandemia, por turnos tres horas por la mañana y tres horas por la tarde, su sueldo es por comisiones de los trabajos que realice, y comenta que vive de su sueldo, y la ayuda que le brinda el gobierno, además de lo que recibe del padre de la bebé, quien trabaja en una fiambrería.

A asegura que el primer tiempo con su bebé fueron difíciles y comenta ***“...Desde que nació al principio la pasaba bastante mal, porque se prendía cada cinco minutos de la teta, y lloraba, lloraba. Casi que vivía en mi teta, eso me acuerdo, prácticamente todo el día... me habían explicado que era cuando ella quería, todo el tiempo que ella necesite... Si bien era raro y cansador, pero era lo que me habían dicho, y para mí era lo normal entonces como que yo seguía”***.

Cuando se indagó sobre su embarazo, su parto y sus días en la clínica, ella relata ***“mi embarazo fue tranquilo, salvo por las discusiones con N, pero todo venía bien, ella tenía que nacer en marzo y se adelantó, porque una noche discutimos muy feo con N y me puse muy nerviosa y rompí bolsa, ahí me llevaron a la clínica era de madrugada casi 2 am. Estuve toda la noche y nació casi al mediodía por parto natural...”*** otros detalles que nos brindó fueron ***“...nació con 3 kilos, 10 gramos, yo la tuve en el Hospital Materno Infantil...”***

Con respecto a sus dos días internada, comenta ***“...ahí me atendieron de diez, no me puedo quejar, me la dieron apenas nació, las enfermeras me***

***explicaron esas recomendaciones, cómo ponerla, cómo agarrarla. Y esto, que le dé cuando ella quiera...”.***

Cuando abandonó el hospital se instaló en su casa sintiendo que todo estaba bien, se sentía rara, pero feliz, allí se empezó cuestionar un poco más sobre las primeras semanas, cómo habían sido ***“...Y bueno, como te decía, me pasaba esto de que no dormía mucho y además yo la notaba molesta, al principio pensaba que era la pancita, pero después me di cuenta que era hambre...”*** y recuerda también ***“...mi mamá me dijo que la fuéramos a hacer ver y pedí turno en la salita porque con todo esto de la cuarentena, solo te ven con turnos previos. Así que logré encontrar un turno y en la salita me dijeron que estaba bien, que el primer tiempo es normal que esté prendida al pecho, que siga dándole que venía bien...”***.

Indagando un poco más de cómo fue y como siguió su experiencia dice ***“seguí insistiendo y le decía a mi mamá esta criatura se queda con hambre. Así que me acuerdo que hubo una noche tremenda que casi ni dormía, así que le pedí al papá de la bebé que le compre leche...”*** A relata con expresión de aliviada que a partir de ahí todo cambió y fue mejor para las dos, empezó a brindar leche de formula a las dos semanas de nacida y dice riendo ***“...Y durmió casi 6 horas seguidas, yo no podía creer...”***.

A manifiesta ***“... De ahí como que le daba pecho, pero cuando ya veía que empezaba a estar molesta y no dormir le enchufaba una mamadera...”***

Como comentario importante que nos relata A, fue cuando cuenta ***“...yo decidí darle, porque sentía que se quedaba con hambre, y nadie sabía decirme qué tenía que hacer, así que mi mamá me recomendó que pruebe con mamadera, y cuando probé fue la salvación. Así que bueno decidí empezar a darle las dos cosas...”***.

La entrevistada considera que ***“...la lactancia es una de las cosas más***

*importantes en el crecimiento y en la nutrición del bebé. Hay muchas cosas que no se saben cuándo uno los tiene y vas aprendiendo en el día a día cuando nacen, y estaría bueno conocer en mayor profundidad cosas de lactancia, porque a lo largo del proceso de amamantar te enterás de cosas que uno no sabe, y si uno supiera sería más fácil hacer una lactancia exclusiva...".* Y agrega *"...Era algo agotador, las formas en las que se tienen que prender al pecho, que si bien algo te explican no es algo tan fácil, la frecuencia con la que te pueden llegar a pedir el pecho, para entender la demanda de la bebé..."*.

A relata que sus expectativas con respecto a la lactancia eran brindar lactancia materna exclusiva *"...Yo quería dar solo pecho, quería por lo menos ser exclusivo hasta los seis meses y de ahí ver si podía ir completando, pero me hubiese gustado darle con exclusividad..."* y considera que *"... la leche materna es única y nada la puede remplazar. Y además sé que el momento de dar de mamar es algo hermoso. Si tengo que dejar o cortar algo con la gorda, no me imagino sacándole la teta ahora..."*

A describe detalladamente el momento de amamantar y sus dificultades a las dos semanas de haber nacido la bebé *"... fue un momento hermoso, pero sin duda era muy difícil la demanda en las noches, el no dormir, y el cansancio de la demanda cada media hora, una hora... era difícil para mí sentir que mi pecho no la llenaba, que se enojaba y me lo soltaba, muy frustrante..."*

Se indagó las razones que llevaron a dejar de brindar lactancia exclusiva *"...Básicamente eso, que no se llenaba solamente con mi pecho, y que al no llenarse del todo que me demandaba tanto en las noches que yo sentía que no dormía y no descansaba nada y me daba miedo que por este estrés y cansancio se me cortara del todo. Y por eso decidí darle una lactancia mixta para poder seguir dándole el pecho, aunque no sea lo único..."*

A manifiesta cómo se sintió frente a su experiencia expresando ***“...Al principio me sentí mal porque uno nunca sabe lo que le está dando en esa leche que complementa, sentía que le estaba dando cualquier cosa y no me podía asegurar que eso le hacía bien, no me hacía sentir segura la mamadera...”*** ***“...Pero por otro lado sentí alivio porque veía que ella no lloraba tanto y dormía más, y me di cuenta que los momentos anteriores de llanto era hambre, y era peor querer darle solo teta, porque no se llenaba y pasaba hambre. Y cuando entendí eso me sentí bien por poder haber aceptado esa realidad, y hoy sé que el haber complementado me hacer poder seguir dándole la teta, y no por el estrés del llanto y las pocas horas de sueño haber hecho que se corte...”***.

Con respecto a su entorno familiar A asegura que atravesó un embarazo feliz, que tuvo el apoyo de su familia, en especial de su hermana. ***“...Mi embarazo fue de alegría para mi familia, fue la primera nieta de los dos lados, fue una buena noticia...”*** comenta que sí recibió apoyo afectivo durante el embarazo ***“... Si recibí apoyo durante el embarazo, pero con respecto a información y conocimiento de embarazo fueron más útiles mis amigas que mi familia...”***.

Cuando nació la bebé, la relación cambió ***“..Ya después cuando nació, la relación con mi familia fue medio desgastante porque siempre opinaron y se metieron demasiado, sobretodo en la lactancia que para ellos lo fácil siempre fue darme consejos sobre darle mamadera para complementar sí o sí. Lo cual no ayudo mucho...”***

A reflexiona que su familia ***“... Son la base para sentirse tranquila, o por lo menos para poder disfrutar algo de la maternidad que no es para nada fácil...”*** ***“... Me enseñaron que no es fácil pero que ellos siempre van a estar para lo que uno necesite...”***, también considera que son una gran ayuda: ***“... el***

**hecho de cuidarla para que yo pueda salir a trabajar, acompañarme cuando la bebé se enfermó, también ayuda en la presencia siempre...”.**

A tuvo su bebé por parto natural en el hospital Materno Infantil, comenta **“estuve internada dos días, y me sentí súper bien, las enfermeras, re buena onda, me enseñaron a cómo manejarme con la bebé, o sea, cómo agarrarla, sostenerla, cosas que una no tiene idea, yo me sentía súper desorientada, no podía creer tener una vida a mi cargo...” “... ahí me decían cómo tenía que colocarla, las posiciones, ella nació al mediodía casi y apenas nacida me la dieron, y ella se prendió rápido sin problemas, mis problemas y la lactancia vinieron ya cuando estuve en mi casa, ahí en el hospital dentro de todo tus dudas te las vas sacando con las enfermeras que te ayudan...” “... Después era yo sola en mi casa, con mi mamá y mi hermana que dentro de todo me ayudaban en todo, pero bueno, mi mamá tiene más experiencia, mi hermana tiene 22 años y cero de hijos...”.**

Durante en el embarazo, A se hizo atender en el centro de barrio Solidaridad y también en algunas ocasiones en el hospital Papa Francisco. **“...todos los controles me los hice en el centro de acá, que me corresponde, también vienen estos chicos que ellos llevan todo anotado, y me controlan, pero muchas veces no estoy asique, o iba al centro o al Papa Francisco, sobre todo para las ecografías y eso, me las hacían ahí en el hospital...”.**

Cuando se le pidió un consejo o recomendación a una mujer que no sabe qué hacer respecto de la lactancia materna exclusiva respondió: **“...Yo creo que las alentaría a que hagan una lactancia materna exclusiva, pero también que puedan aprender a estar atentas a las señales de su bebé, porque muchas veces se subestima lo que uno conoce a su bebé y escucha a los demás, lo que dice la familia o los demás, y eso podría ser más fácil, si supiéramos que las mamás conocen más que a nadie a sus bebés y lo que necesitan, eso en mi caso hubiera ahorrado muchas culpas y aceptar mi limitación que ya no**

***podía más y tenía que recurrir a otras opciones, así que sí, las alentaría a dar lactancia materna exclusiva, pero también a conectarse con sus bebés para saber qué es lo mejor”.***

## **CASO B**

B es una mujer de 30 años que vive en Barrio solidaridad, Ciudad de Salta Capital, es ama de casa actualmente está estudiando manicura, se encuentra casada con P de 50 años hace ya más de 10 años, pero asegura que ***“... en pareja hace como 13 años...”***; ya tienen un bebé de cinco meses, el cual fue muy buscado durante muchos años. ***“... No lo esperaba porque no me cuidaba hace ya diez años, pero llegó y feliz, feliz. Disfruto minuto a minuto. Mi marido ya es grande tiene 50 años...”***. Su pareja tiene dos hijos varones, de 18 y 20 años y el menor vive con ellos. El marido de B se dedica a la construcción, y cuenta que trabaja casi todo el día, por la mañana y tarde. De los hijos del marido, cuenta: ***“... el mayor entró en la armada y tuvo un bebé hace poquito. Y el más chico nada todavía terminando el colegio...”***. B cuando habla da a entender que también los considera sus hijos ***“... Vivimos los tres y el hijo de mi marido de 18 años, que es como mi hijo, prácticamente lo crié, a él y a su hermano, que ya es más grande y vive con su novia y su hija así que prácticamente soy abuela también y tiene casi el mismo tiempo que D...”***.

También relata ***“... mi marido trabaja en construcción, es plomero de una empresa constructora, trabaja de 7 am hasta las 19 hs, pero casi que no está porque trabaja en bicicleta así que a veces le toca ir lejos y demora mucho en ir y venir... Por eso yo me encargo de sus chicos y el bebé por eso te digo que son como mis hijos, aparte como soy más joven me siguen mucho los chicos, y los tengo bien controlados...”***.

B se mostró, durante la primera entrevista, como una mujer tranquila con ganas de colaborar, siempre respondió a todas las preguntas y se la notaba

segura con sus respuestas. La entrevista trascurrió en la galería de su casa, solo estabas la entrevistada y la entrevistadora, el bebé durmió en todo momento en el coche, cuenta que durante el día la pasan ellos dos solos y realizan sus actividades cotidianas: **“... me levanto y como tengo hipotiroidismo tomo mis pastillas y ya se levanta el bebe, lo cuido, comienzo con la cocina, la limpieza, ahora hace poco comencé online un curso de manicura así que también hago eso, y después hago lo cotidiano. Mi marido trabaja casi todo el día y su hijo suele dormir por las mañanas y a la tarde hace sus cosas...”**.

En esta primera entrevista, fue posible recaudar la mayor cantidad de datos y el número de teléfono de celular, para continuar la segunda entrevista de manera telefónica.

Sobre los hijos de su pareja nos detalla un poco más **“...El de 21 años ahora vive con su novia, que se conocen muy poco porque empezaron a salir el año pasado y ella quedé embarazada a los dos meses, y él se instaló en su casa, así que medio que no se conocen mucho...”**.

Cuando le preguntamos por el embarazo de la novia de su “hijo”, dijo: **“...ya nació, tiene dos meses, y él se hizo cargo de todo...”**. Con respecto a esto de ser abuela no de sangre, pero sí de cariño y ser madre de un bebé casi de la misma edad, cuenta: **“... es como mi nieto, suena raro porque tengo 35 años, pero medio complicado porque a veces quiero estar con la bebé, pero pienso que mi bebé va a tener celos, o que me mira...”** **“... mi hijo viene dos fines de semana al mes, y la traen, y yo también le di el pecho a su bebé...”**. Cuando le solicitamos que contara más acerca de eso, relata **“...Sí, yo le di dos veces el pecho, porque a ella como que no le salía, y tenía los pechos lastimados y no le quería dar... y lloraba pobrecita mi vida, y yo le daba pecho y se calmaba...”** y el motivo de cómo le surgió esa idea contesta **“... Y porque yo por ahí no coincido con V porque ella como que no le quiere dar, le dan más leche comprada, y yo le digo que insista, que le dé. Y ella toma agua pero**

*igual lo mismo, yo también no tomo mucha agua pero el hecho de darle el pecho, uno siente sed, y yo le digo dale, hacete chupar el pecho por el bebé, así que bueno, más le dan leche en polvo durante el día... a la noche sí le da el pecho, no quería darle porque le dolían los pechos...” “... Y yo le di todas las veces que vino le di, salvo esta última vez que no, porque le dije que me sentía medio resfriada, como yo tengo tipo alergia ahora que empieza el polen, así que no porque la bebé no tiene vacunas nada, así que no...”.* Cuenta además que el hijo mayor vive en Villa Charta con la familia de su pareja.

Con respecto al hijo del medio del marido, dice *“...Bueno él, medio que trato de encaminarlo, porque ahora en la cuarentena solo quiere jugar a esos juegos de computadora, y vive de noche, pero trato de tenerlo cortito con el colegio que haga las tareas, él también jugaba al fútbol en juventud, estaba a punto de jugar ahí en primera, pero dejó de entrenar con la cuarentena. Igual es muy estudioso, o sea es muy inteligente. Acá todos son fanáticos del fútbol, siempre entrenaron los dos, mi marido es fanático de juventud. Acá en el barrio también jugaban, con los chicos del barrio...”*.

Antes de conocer a su pareja, B refiere *“...trabajaba, estudiaba, dejé el estudio, me faltaba un año para terminar en una técnica, pero tuve que salir a buscar trabajo a los 19 porque no teníamos para comer en mi casa, no tuve buenas experiencias, trabajé en una confitería, en un negocio de ropa, en el free shop, en un kiosco, y antes de conocer a mi marido estaba trabajando en una pollería, y al tiempo de conocerlo, dejé de trabajar. Él quería que me quedara en la casa con los chicos...”*. Con respecto a su marido, dice *“...él siempre trabajó, antes de tener el trabajo de ahora que es fijo, hacía changas en comercio, de todo, siempre se dio maña, ahora le va bien, no nos sobra la plata, pero nos alcanza...”*.

En relación a cómo atravesó su embarazo, relató: *“...Estuvimos muchos años buscando un bebé y como no llegaba, dejé de esperarlo, después llegó*

**de sorpresa y fue una alegría enorme...”. También cuenta: “...Yo sentía que ya no iba a poder tener, crié y quiero mucho a los hijos de mi marido, que se quedaron sin su mamá desde muy pequeños, los abandonó y mi marido los crió solo, cuando yo lo conocí prácticamente lo ayudé a criarlos y son como mis hijos...”**

De su bebé, cuenta que nació a las 39 semanas, por parto natural en la Clínica Güemes, y sobre su embarazo dice: **“...Y vómito no tuve, y después me saltó hipotiroidismo que hasta ahora lo tengo pero después bien, tranquilo, porque además pude quedarme en la casa, no vivimos guau, pero tenemos nuestra casita humilde, mi marido un trabajo fijo, entonces estamos tranquilos, no quizás como antes, así que me dediqué a mi embarazo, y a acompañar a los hijos de mi marido, si bien el más grande se acababa de ir de la casa, yo igual siempre lo acompaño con sus cosas, con esto de rendir para entrar a la armada, así que es como que tengo el instinto maternal desde hace mucho (se ríe)...”**.

**“... El más grande tenía pensado hacerse una pieza para quedarse acá con su novia y la bebé, pero se quedaron en la casa de ella, y ahora con la pandemia mejor, porque con el tema de la bebé, acá no iban a tener cómo moverse, allá por lo menos está más en el centro...”**

Cuenta que, en su caso, **“...Durante el embarazo me iba en colectivo a hacerme atender en la obra social, y ahora con el bebé que me agarró en pandemia, mi amiga, que va a ser la madrina, tiene auto así que ella me lleva a los controles. También era todo un tema porque no me querían atender, salvo que esté mal, que tenga fiebre, me decían que no lo saque, él era seco de vientre y no me hacía caquita por cinco días más o menos, no sé por qué, hasta que lo pude llevar al médico a los dos meses, ahí me dijeron que era normal, que le haga masajes y así...”**

Relata su experiencia y sus días en la clínica **“...Apenas nació me lo dejó un ratito y se lo llevaron por bastante tiempo como dos horas más o menos, hasta que me lo llevaron a la habitación todo cambiadito. Y de ahí a la noche vinieron me dijeron que él bebe no podía dormir ahí, que se lo tenían que llevar a neonatología algo así, donde duermen todos los bebés, y yo le dije que no que me lo dejen, y me dijeron: pero señora si no le sale leche y él bebé va a llorar, y yo les dije no se hagan problema que igual le iba a dar pecho, así que lo dejaron al bebé y yo insistía para que tome pecho y él tomaba poquito, pero tomaba. Al otro día nomás yo me quería ir ya, y molestaba para que me den el alta, y cuando me fui me dieron leche para que complemente si se quedaba con hambre. Y bueno, yo sentía que sí se quedaba con hambre y que no se me cargaban los pechos, así que le empecé a dar la leche que me dieron, la sancor líquida...”**.

B manifiesta que la lactancia es algo muy importante, y cuando se pregunta un poco más sobre esta frase, plantea que **“... es importante porque creo q el bebé se siente más protegido cuando toman el pecho, yo me siento más unida a él, siento que lo protejo...”**; también manifiesta que tiene pensando darle el pecho **“... hasta el año y medio dos años seguro, ahora siento que tengo los pechos más cargados que al principio, igual hasta que me diga el doctor...”**.

Con respecto a su experiencia, comenta **“...Al principio me dolía, tenía los pechos muy lastimados. Y con la leche que me dieron yo reforzaba, pero igual yo insistía con el pecho...”**.

Al incorporar la leche de fórmula, dice **“... me ayuda, porque el tema de la lactancia son muchas horas en la que estaba en el chichi, no sé si es que mi leche no era muy pesada para que se llenara, o si eso era normal, entonces le daba la mamadera, porque lloraba mucho. Pero, por ejemplo, cuando no tengo nada que hacer, nos quedamos en cama toda la mañana dándole**

***pecho, hago una cosa y le doy pecho, hago otra cosa y le doy pecho y así, y un día que hace mucho frío como hoy, lo saco muy poco del coche. Y él ya sabe, llora, y toma pecho, mucho pecho...”.***

Su decisión de no abandonar la lactancia fue ***“...Porque pienso que él no iba a estar cerca de mí, no sé, yo cuando le doy el pecho, le hablo, lo miro, le hago cariño. Cuando le doy siempre le estoy prestando atención, siempre mirándolo a él...”.***

Con respecto a su experiencia con la lactancia, comenta ***“... tenía pensado darle solo el pecho hasta los seis meses, eso quería yo, pero desde que nació, incorporé la mamadera también, porque no me salía leche...”.*** Al indagar un poco más al respecto, cuenta que lo más difícil al momento de amamantar fue que ***“... no me salía leche, y lo veía llorar a él y me angustiaba...”.*** comenzó con la lactancia mixta desde el principio porque ***“...venía que no se llenaba, que lloraba y no subía de peso...”.***; exactamente, incorporó la mamadera con leche de fórmula ***“...a los primeros días ...”.*** Ella considera que no tenía leche porque ***“... no sentía dolor de pechos, no los veía cargados, ahora en cambio siento que están más cargados...”.*** Al preguntarle cómo se sintió al respecto de esto, comentó: ***“... me sentí triste, porque quería que tome pecho, que esté constantemente conmigo, pero bueno, después la mamadera... y ahora con el tema del reflujo, cuando toma pecho por ahí me asustaba porque vomitaba mucho, pero igual yo le doy pecho lo mismo...”.*** B pudo poco a poco ir salvando su lactancia y hoy por hoy siente que sus pechos están más cargados que el primer tiempo de su bebé... ella cuenta que su hijo ***“... toma pecho toda la noche...”.***, ***“...se despierta a las 3, a las 5 a las 7 y a las 9 y de ahí le doy, a veces mamadera, sino sigo dándole pecho hasta las 11. Trato de recién darle al mediodía la mamadera a las 12...”.*** con respecto a la leche de fórmula, dice: ***“...Le doy al mediodía a las 3, 6 a las 9 y a las 12 de la noche, pero no le doy la cantidad que tiene que tomar, sino muy poca 60, 90, 120 ml...”.***

La entrevistada resalta que tiene una “...**buena...**” relación con su familia, con su marido “... **tenemos una buena relación, tranquila muy poca discusión...**;” su familia hermanos, cuñados, madre y sobrinos viven a la vuelta de su domicilio, por lo cual se ven con frecuencia y siempre: “...**Nos llevamos bien, nos vemos seguido, porque estamos acá todos en el mismo barrio...**” al hablar de los hijos de su pareja y su bebé, comenta “...**yo dentro de mi familia trato de ser una madre en todo momento, a los hijos de mi marido siempre fui una buena madre, estuve presente, traté de cuidarlos y acompañarlos, y al que es mi bebé en este tiempo solo me lo cuidó mi hermana dos veces, pero siempre trato de cuidarlo yo y estar en todo momento...**”.

Me habla y comenta que el apoyo de la familia no fue indispensable para su rol como mama “...**o sea, me las arreglé muy bien sola y con mi marido, necesité de ayuda en cosas puntuales pero no fue indispensable mi familia...**”; siente que aprendió cosas en relación a la maternidad por su experiencia personal “...**un poco lo que yo viví con mi mamá como hija más que nada, entonces lo que yo vi que a mi mamá le faltó conmigo como hija, lo aprendí yo...**” por ejemplo “...**Como llevarme al colegio, enseñarme las tareas, ayudarme, porque ella dejó que mi hermana mayor se encargue de mí prácticamente, y mi hermana mayor era tremenda, me pegaba todo, pero bueno las cosas que me ha hecho, ni te cuento...**”, y argumenta “...**No veía yo que mi mamá le dijera algo, es tu hermana, no le hagás esto, o sea, no vi el rol de mi mamá de protección conmigo...**”.

Los agentes sanitarios con los que recorrimos el barrio describen a la entrevistada y a su familia como “...**raros...**”, ya que nunca atienden el timbre cuando van a visitarlos y muchas veces eligen no hacerse atender con ellos. Ella dice con respecto a esto, “...**cuando viene me hago atender a veces para alguna vacuna, también fui para ponerme las vacunas del embrazo. Y sino, lo llevo ahí al bebé a vacunar. Porque la obra social no cubre las vacunas, solo los controles...**”.

Con respecto a su experiencia con los equipos de salud, relata que durante el embarazo se hizo atender y llevó a cabo sus controles en el centro de salud N°61, **“... fui al centro de salud de acá, y a donde me manda mi obra social, Ospecom...”**. Cuando nació él bebé en el contexto de Pandemia cuenta **“... pagué Pieve también, porque por el tema de la cuarentena, no podía hacerle el control de todos los meses a mi hijo, iba a la obra social y me decían no, que vuelva si el chiquito está mal...”** **“...con él bebe era todo nuevo para mí, y estaba afligida y preocupada por su peso, y si lloraba...”**. **“...Nunca bajó de peso. Pero tuvo mucho reflujo, eso me dijo la doctora de la obra social, en cambio la doctora de Pieve me decía que estaba bien, después le hicieron varios estudios, y le querían poner una manguerita, y yo no quería eso. Entonces yo hablé con la gastroenteróloga y me dijo que no era necesario, que es muy poco el reflujo que tiene, pero bueno le cambiaron la leche. Se ve que el reflujo se daba por la leche que era muy líquida, la serenísima y ahora le doy la Nutrilon...”**.

Con respecto a cómo se sintió con la atención y el trato, ella dice **“...Y mirá, yo calculo que es por el tema de la cuarentena, pero la verdad que esperaba más, porque al centro de salud ponele le tenía que poner alguna vacuna y me decían que vuelva más tarde, otro día, o sea, todo con cuidados, y sobre que uno ya va con miedo, quieres que te atiendan rápido e irte, iba a la obra social y me decían que no atendemos, que volvé después y así...”**.

Y con la atención brindada con la obra social, **“... me pasó lo mismo, encima atienden en la Mitre, por ahí, y era todo un tema conseguir una movilidad, porque para pagar auto no tenía, y muchas veces fui con una amiga que tiene auto y me llevó y tampoco me atendieron...”** **“...Y lo que es en Pieve, que fue porque lo pagué, el médico siempre me atendió bien y le hizo los controles de peso y talla...”**. **“...La salud pública, en estos casos que estamos pasando, en mi caso me parece mucho más lenta la atención, fila, esperas interminables, pero siempre atienden excelente, y en la privada es**

***mucho más rápido, en la pública dan , que no, que vaya allá y así...”.***

Al preguntarle qué le diría a una madre que no sabe qué hacer al respecto de brindar o no LME, nos dice ***“...que si no lo hacen, se pierden lo mejor que hay, porque es una conexión tan bonita que el bebé chupe el pecho, es hermoso...”*** ***“...Cuando uno se informa sabemos que la lactancia es una de las cosas que al bebé lo protege de muchas enfermedades, pero después en tema de sentimientos, para mí es lo más lindo que hay, tiene su bebé al lado, ve como toma la leche, es lo más lindo que hay, después ya te da la manito, te agarra el dedo, juega con el chichi, me muerde, (se ríe)...”.***

### **CASO C**

C es una joven de 18 años de edad. No terminó el colegio y se dedica a vender ropa usada en la Feria del Barrio Solidaridad, donde vive actualmente en una casa con su mamá, hermanos, pareja e hija de siete meses.

Ella es la mayor de cinco hermanos, ***“... mis hermanos son cuatro de 7, 5,13 y 16 años...”***; son todos de la misma madre, pero no tiene un mismo papá, aclara que ***“... mi papá nos abandonó... y mis hermanos más chicos son de otro padre, pero tampoco lo ven...”***. C se encuentra en pareja con R de 19 años, hace tres años, el padre de su hija.

Cuando llegamos a la casa de la entrevistada cerca de las 10 am, estaban todos durmiendo, demoraron en abrirnos la puerta, una de los agentes de salud me comentó ***“...en esta casa nunca nos hacen pasar, porque viven todos juntos, es muy chiquita la casa y no tiene ni sillas, además, Señorita, siempre salimos con una bronca porque ahí nadie trabaja, y toda la plata que ganan del gobierno, no compran ni una silla...”***. Así fue como llegamos y nos atendieron afuera, hacía mucho frío y la bebé tenía que ser vacunada, la mamá la desvistió y le pusieron la vacuna, lloró un largo rato, de modo que esperamos para comenzar a conversar, ya que, además, resultaba un tanto incómodo realizar la

entrevista en la puerta de la casa. De todas formas, después la bebé quedó en brazos de C y así fue como comenzamos a conversar.

Se notó a C un poco incómoda en la entrevista, en ningún momento logró soltarse demasiado para hablar en confianza, por lo que fue muy difícil poder entablar una conversación, ella esperaba las preguntas y respondía muy ecotadamente a todo.

Comentó que trabaja en la feria **“...Martes y jueves voy a la feria nomás, Me voy a las 3 de la tarde y vuelvo a las 19...”**.

Con respecto a la lactancia, nos comenta sus ideas **“...No sé, como yo no sé mucho de bebé, pensé que iba a pasar algo... si no le daba, y mi mamá me retaba, me decía que yo le tenía que dar pecho...”**.

En relación a sus expectativas, comenta **“No, no sé... no tenía, yo solo hacía lo que me decían...”**.

Cuando se indagó sobre los aspectos más difíciles desde su experiencia, al momento de amamantar, dijo **“...Era difícil colocarlo a la bebé, que se sienta bien, ella se agitaba mucho al tomar pecho, me daba miedo... tenía ganas de llorar...porque no tenía idea...”**. Sobre si pidió ayuda o recibió ayuda de alguien, expresó: **“... No, yo solita fui aprendiendo...”**.

Las razones que la llevaron a interrumpir la LME no fue ninguna en particular, ella solo dice **“...Le daba leche, siempre le dí leche... a veces me sacaba yo y le daba con la mamadera, pero siempre le di leche también...”** **“... tenía ganas de darle, le di y le gusto...”**. Al consultar acerca de los motivos de su decisión de brindar una lactancia mixta, solo respondía **“... porque tenía ganas...”** **“...porque pensé que eso se hacía...”**.

C mantiene una buena relación con su familia con respecto al embarazo, cuenta **“...Se lo tomaron bien, alegres, mi mamá no dijo nada. Pero cuando**

**nació la bebé se pusieron felices...” “ellos me ayudaron, me traían ropa de nena que no tenía, ropa de abrigo. En relación a su novio, “...Él la cuida a veces, pero trabaja en un lavadero, quiere hacer una pieza para mudarnos porque acá ya no entramos...”;** con la maternidad dice **“...yo fui aprendiendo sola salvo cuando me enseñaron a bañarla, porque al principio la bañaba mi mamá, porque a mí me daba miedo que se resbale...”**.

La bebé de C nació en el hospital Papa Francisco por parto natural, asegura que ahí la atendieron bien porque **“...me dieron pañales, toallitas esas cosas que no tenía...”** con respecto a la lactancia **“no, no me ayudaron, me llevó un tiempo en que se prendiera, me costó porque no sabía bien cómo agarrarla y esas cosas, pero después me fui acostumbrando...”**.

En el embarazo cuenta que hizo sus controles en el mencionado hospital y también en el centro de salud N° 61, asegura que no recuerda si fue a todos los controles correspondientes, que la atendieron bien, pero no me dio más detalles al respecto, simplemente que su embarazo fue tranquilo sin complicaciones; que la pequeña nació a término y que no esperaba nada en particular de los servicios de salud.

Al consultarle sobre qué le diría a una mujer embarazada, comentó: **“...Le diría que le den el pecho al bebé...” “.... Y no sé, le diría que sí le den, que es algo lindo...”**.

Respecto de su idea sobre la lactancia, asegura **“... no tengo idea...”** y sus motivos de la decisión de brindar lactancia materna fueron **“...Y porque sí, me retaban y me decían que le de pecho...”**. Acerca de su idea de hasta cuándo brindar lactancia **“...Hasta el año nomás, porque ya me hace doler...”**, **“... igual ella ya está acostumbrada a tomar la leche, el yogurt, la comida...”**. Al momento de indagar sobre la toma y la frecuencia del pecho y la mamadera, ella cuenta **“...yo le hago probar comida desde los cuatro meses, como para**

***que se vaya acostumbrando, papilla, sopa, poquitas nomas. Y después le doy por igual pecho y mamadera...”.***

Con C pudimos tener solo una entrevista, ya que nos aclaró que ella no tenía celular, me brindó el celular de su pareja, pero no fue posible volver a contactar con ella.

## **CASO D**

D es una mujer de 29 años de edad, terminó la primaria y trabaja en la feria de ropa en Salta capital. Vive en Barrio Solidaridad, madre soltera con una hija de cinco meses y medio.

Al llegar a casa de D, se pudo notar que era una casa grande sin terminar, con muchos perros y gatos, dividida en varios sectores, en el medio había un patio amplio que fue donde nos sentamos para conversar. ***“...Acá vivo con mi mamá y mis hermanos. En total somos once, pero acá viviendo somos cuatro hermanos, mi sobrina y mi bebé. En esta pieza vivo yo sola con mi bebé y allá en el fondo mi mamá con mis hermanos... y sobrina”.***

Con la entrevistada pudimos tener un encuentro personal la primera entrevista, y la segunda se hizo de manera telefónica coordinando por mensaje el día y el horario; de su parte siempre hubo buena predisposición.

D comenta acerca de su vida que ***“... Trabajo en la feria casi todos los días, vamos con mi hermana, menos los miércoles...”***, y que dentro de su familia su mamá también trabaja en la feria y sus hermanos ***“...hacen changas...”***; cuenta que durante su trabajo de todos los días ***“...nos vamos tipo 12 y volvemos a las 5 de la tarde...”*** y con respecto a la bebé dice ***“... venía conmigo al principio, después ya no hubo más ferias, entonces no podía trabajar, tenía lo que me da el gobierno, viví con eso, después cuando volvieron las ferias, no me dejaban ya llevarla, así que a la feria de La Paz no***

***estoy yendo, porque no tengo con quién dejarla, a menos que mi sobrina me la cuide y cuando voy acá nomás a la de Soli, se la dejo a mi mamá porque es cerca...”.***

Antes de llegar a la casa junto con los agentes sanitarios, ellos comentaron que era una “...familia de adictos...” donde todos los hermanos de D que viven ahí y los que no, consumen muchas drogas, nos dieron indicaciones de cómo tenía que ingresar y que tenía qué hacer: “...trata de guardar todo y que no te vean el celular...”. Con respecto a D, me dijeron que es una muchacha que tiene cierto retraso madurativo, y que no consume drogas.

Apenas llegué, me recibió con mucho agrado y simpatía, recién se levantaba y comentó que no había podido dormir en toda la noche porque la bebé estuvo muy molesta por las vacunas que le habían puesto el día anterior. También se la notaba un poco preocupada porque hace ya varios días venía viendo que su hija no se alimentaba “... ***si no venían hoy, iba a llamar al centro de salud, porque me dejé estar bastante, y veo que mi bebé está muy flaquita sin comer, ya me preocupa...***”; les comento a los agentes, ante lo cual fue posible pautar una consulta con el médico para el día siguiente.

La segunda entrevista telefónica ya se la escuchaba más tranquila con respecto a su bebé, me comentó que no había podido llevarla aun al centro de salud a que la revisaran, pero al consultarle cómo había solucionado el tema de que la bebé no quería leche, dijo “... ***Ya no quiere casi nunca ni la mamadera, ni el pecho, yo le quiero dar, pero ella no quiere, y la mamadera la tengo que tirar a la leche porque ella no la toma...***” “...***Y ya le empecé a dar de comer, solo le doy zapallo y zanahoria. Y sopitas.... Ya en unas semanas está por cumplir los seis meses, pero ya viene con esto de hace bastante, será hace como cuatro semanas, o sea cumplió los cinco meses y empecé a darle comidita, mi hermana por ahí dice que puede ser la pancita que por eso no quiere comer, y le hace tecito de manzanilla y lo toma...***”. Con respecto a si

había mejorado o no, comenta **“...Sí, por lo menos algo come, igual cuando pueda ir o pedir turno para algún control ya me retarán por empezar hacer que coma antes, pero ya no sé qué hacer...”**.

Por otro lado, D me cuenta que es madre soltera, **“... el papá de mi nena me ha dejado, no sé nada de él, digamos que no tiene papá...”**; indagando sobre eso, cuenta que estuvo en pareja con el padre de su hija por dos años.

E tiene 36 años y una hija de 7 años de edad. D cuenta **“...yo no sabía que estaba embarazada, yo pensé que algo me había caído mal, porque vomitaba, me sentía re mal, estuve así como un mes entero. Hasta que mi hermana me dijo de ir al médico y ahí me hicieron estudios y me dijeron que dio positivo...”** **“...estaba casi de dos meses...”**. Respecto a cómo continuó su relación de pareja, ella dice **“... Yo no quería contarle, porque a él después lo metieron preso...”** **“...Y tenía toda esa junta que se drogaban todo el día, y robaban...”**.

Comenta que al día de hoy sigue preso, después de casi seis meses y dice **“...Yo fui a verlo dos veces más ya embarazada, pero me hacía re mal viajar en colectivo, una vez me desmayé así que no volví a visitarlo, y ya no estoy con él. Igual no se enteró por mí, se enteró por una amiga mía que va a ver el marido que está preso, entonces ella le contó, yo no quería que sepa nada... porque yo ya no quería estar con él. Nos llevábamos muy mal, a él no le gustaba como era yo, ni a mí cómo era el, él siempre me decía que yo lo trataba mal, y a mí, sus amigos no me caían, y ya el último tiempo vivían drogándose...”**. En relación a la familia de él relata **“...No nada, una vez su hermano más grande quiso ayudarme y nos agarramos feo, yo lo re putié y de ahí nunca más aparecieron...”** **“...ellos piensan que yo no puedo cuidar sola a mi bebé, yo no necesito de ningún hombre para criar a mi hija y aparte ellos nunca me ayudaron en nada, se aparecieron cuando nació la bebé...”**.

Con respecto a la lactancia, D nos dice ***“...Es algo fundamental que le den al bebé... los protege, y los ayuda en su desarrollo, de su cabecita y su cuerpo...”***.

Antes de ser madre ***“...Yo quería que solo tome pecho, no era la idea darle mamadera, pero no se me cargan muchos los pechos, hasta ahora tengo poca leche, además la bebé como que veo que no quiere tomar ni el pecho ni la mamadera, no agarra ninguna de las dos...”***.

Con respecto a lo más difícil al momento de amamantar, expresa ***“...El agarre al pecho, como que yo siento que no tengo formado los pezones, entonces más me costaba, primero agarraba este pecho, más que el otro, después el otro más que éste...”***.

Sobre su embarazo relata que la niña nació en el Hospital Materno Infantil por parto natural, y que con respecto a la lactancia allí no la ayudaron en nada: ***“... no me decían el tema de las posiciones o el agarre, nada...”***. Relatando cómo fue al salir del hospital, D cuenta que ***“... Para mí era re difícil porque ella no se llenaba, poquito se cargaban mis pechos, y ella lloraba mucho. Yo no sabía qué le pasaba, y así estuvimos mucho tiempo...”***.

Ella recuerda que le brindó LME durante tres meses pero que no logró sostenerla ***“...Le daba solo pecho, pero igual me costaba. Y después la vi muy delgadita...”*** ***“... los agentes vinieron en julio y estaba pesando 5,200 k y ahora yo veo que no aumentó nada. Por eso quiero llevarla a que la vean, me den algo...”***.

Con respecto a la incorporación de leche de fórmula, se le pregunto cómo fue: ***“...Y yo le consulto todo a mi hermana, ella es más grande tiene 37 y por ahí me ayuda... pero el tema es que ahora tampoco me agarra la mamadera...”***. También decía ***“Yo le doy las medidas que dice la lata de la leche en polvo que compro, pero a veces se queda llorando y le doy un poco***

**más. A veces sí quiere tomar y a veces no quiere... ella estaba tomando hierro, yo ácido fólico todo, pero ya se me acabó...".** Recuerda que esos medicamentos se los dio una doctora y dice **"... pero hace bastante ya que no la veo... Ahora el lunes me dijeron que iba a volver la doctora a trabajar, porque yo la veo delgadita..."** **"... o sea, con esto de la pandemia no puedo ir a los controles del mes, solo la llevo a vacunar o vienen los agentes sanitarios que la vacunan la pesan y la miden, pero nada más.... El último mes fui a hacerle poner la vacuna de los cuatro meses, pero no la vio ningún doctor, nada. Y ahí en la salita te dicen que no la lleve si no es algo urgente..."**.

Nuevamente se le consulta cómo fue el tema de incorporar leche de fórmula y relata **"...ella no me agarraba casi el pecho, y no me salía mucho. Y después hablé con la doctora y le pregunté si estaba bien, y me dijo que estaba bien, pero que no le dé mucho, que trate de darle más pecho, pero yo acá tomo sopa casi todos los días, tomo agua, como fruta, no tomo leche porque no me gusta, pero mi mamá me dice tomá... mirá la bebé cómo está de flaquita..."**.

En cuanto a cómo se sentía, dice **"...Me da no sé qué, que no pueda agarrar y que no salga mucho, y cuando la veo que llora y llora me pone mal... me hace poner nerviosa eso..."**. **"...Siempre me pone mal cuando llora y llora sin parar parece que la están matando, le doy pecho y no agarra, le doy mamadera y no quiere, y no sé qué le pasa, bueno anoche lloraba, pero porque tenía fiebre le pusieron tres vacunas, pero otras noches, no sé qué le pasa..."**.

En su entorno familiar cuenta que su relación con su familia es **"...Más o menos, porque mis hermanos toman mucho, fuman y nos agarramos feo porque ellos son atrevidos con mi mamá, y yo la defiendo y ellos me bardean y ahí yo también ya me voy de boca y nos peleamos..."**.

El tema del embarazo ***“... Como que no querían saber nada ellos, no me veían preparada, porque yo no entiendo mucho... para mí es algo nuevo, y mi hermana me ayuda, porque vive acá a la vuelta nomas, y la llevo seguido para que me la vea porque está llorando, y mi hermana está ahí, me mira, ve que le doy pecho y no quiere, mamadera tampoco... Y así. Apenas quedé embarazada me peleé con mi mama y hermana no nos hablamos, porque ellas no querían, y todo el embarazo yo la pasé re mal, vomitando, descompuesta, bajé mucho de peso...”*** ***“...Antes de embarazarme yo era bien gorda y bajé mucho como 7 kilos, no comía nada, será por eso que la bebé también nació bajo peso con 2 kilos y medio, yo no comía nada, todo lo que comía lo devolvía...”***.

En el embarazo, sus controles fueron en el centro de salud de Solidaridad y también en el centro de salud de Morosin.

En su experiencia dice ***“... Uh, la pasé mal, porque todo lo que yo comía y lo que ellos me daban lo vomitaba, la vitamina, todo...”*** ***“... Si, fui a las salitas y después al Papa Francisco porque se me complicó la bebé, casi sale a los cinco meses, me habían internado porque tenía el útero abierto, tenía dos de dilatación me pusieron dos inyecciones para retrasar el embarazo, tres días estuve internada. Fue un domingo que me levanté y tenía la panza muy dura así que me fui caminando porque no pasaba ningún remis por acá, y ahí quedé internada. Pero después me pude ir, y cada dos semanas tenía que ir a hacerme controles ahí al Papa Francisco, así hasta que nació. Los últimos dos meses tenía que hacer mucho reposo y estar lo más tranquila posible me habían dicho, porque si no podía salir en cualquier momento...”*** ***“cuando estaba ya por nacer me dolía mucho, mucho, así que me fui sola al hospital en remis y ahí quede internada...”***. Indagamos por qué había ido sola: ***“...Y porque justo empezó la cuarentena, entonces no podía estar nadie conmigo, iba mi hermano que sacó un permiso para ir a verme en la moto. Así que después sola. A los dos días me dieron el alta a mí, pero la***

**bebé quedó dos días más porque tenía bilirrubina. Y como yo no me quería ir, me quedé durmiendo ahí en el hospital...” “...yo dormía ahí y podía verla cada tres horas para darle el pecho...”.** Comenta que no tuvo problemas con el tema de la lactancia con la bebé internada.

También recuerda **“...me atendieron bien, salvo que no tengo mucha experiencia entonces por ahí no me explicaban mucho qué cosas tenía que hacer cuando nació, ella nació ahí en el Papa Francisco...”.**

Si le tuviera que decir algo a una mujer que está embarazada, ella le diría **“ ...que pidan ayuda a sus familias, vayan al médico que seguro les dicen qué tienen que hacer y que den el pecho hasta los seis meses, ya después toman mamadera, comida y todo, y que no hagan como yo que no fui y esperé estas dos semanas a que vengan a ponerle la vacuna los agentes sanitarios para preguntarles cuándo puedo ir a ver a la doctora, con esto de que no quiere agarrar ni el pecho ni la mamadera, y eso me desespera y me pone nerviosa...”.**

## CASO E

E es una joven de 18 años, tiene el secundario incompleto, cuando se le consulta a qué se dedica responde **“... a nada, ama de casa...”.** Es madre soltera de una nena de ocho meses y medio. Convive con su mamá, hermanas, y sobrinos.

Al llegar a su casa cerca de las 11 am, nos atendieron muy amablemente tanto a la entrevistadora como a los agentes sanitarios, era una casa grande en la parte de adelante como un gran galpón donde se encontraba la cocina y el comedor, una de sus hermanas estaba cocinando, había muchos chicos de todas las edades, y varios perros dentro de la casa, ésta continuaba a lo largo con un pasillo.

Al comenzar a conversar, E se mostraba un poco tensa y nerviosa, en todo momento se la notaba como siendo evaluada, aunque se intentó brindarle la mayor confianza posible, ella solo respondía muy acatadamente a cada pregunta. Por momentos fue dificultosa la conversación por los gritos e interrupciones de los pequeños que corrían alrededor, incluida su hija que gateaba por todas partes.

E tiene una familia numerosa, su mamá de 52 años y su papá de 50 años, actualmente divorciados, ella cuenta que su papá vive en La Villa San Antonio solo en una casa, y comenta **“...somos doce hermanos. Todos de la misma madre, pero diferente papá, yo y cuatro hermanos más somos de un papá y las más grandes son de otro padre...”** **“...acá vivimos nueve y los otros cuatro ya son más grandes y viven en otra parte, están juntados...”** **“...las más grandes ya tiene 30, 31, 27, 25, 32, 34, 35 y después estamos nosotras cinco que somos seguiditas. Yo de 18, 15, 13, 11,5...”**.

En relación al padre de su hija, comenta que **“...sí, éramos novios, pero nos peleamos y yo ya estaba embarazada. Él no estuvo en el embarazo y después apareció hace dos meses más o menos, viene a verla, le trae pañales...”** **“...éramos pareja y nos peleamos, y él no quería hacerse cargo, pero bueno después yo me quede acá en mi casa, mi mamá me ayudó, me acompañaba a los controles y después apareció de nuevo. Y ahora viene de vez en cuando...”**.

Cuando se le solicitó que relate cómo vivían, cómo eran sus días usualmente, cuenta **“...nada estoy acá, nos levantamos cocinamos... mis hermanas nomás se van al gimnasio, y yo nada, acá en casa nomás...”** **“...y bueno acá cada una cobra su salario, su tarjeta y con eso ponemos entre todas y comemos y así nos dividimos...”**. Sobre su familia, comenta: **“...mi hermana trabaja en un negocio, mi hermana la mayor vende ropa online y después mi mamá trabaja limpiando una casa y cocinado y cuida una nena, acá cerquita...”** **“... mi papá es Dj, pero ahora no está trabajando, ni idea qué**

***está haciendo...”.***

Adentrándonos en el tema de la lactancia, E nunca pudo formar una idea o una opinión sobre qué consideraba que es, o alguna idea sobre la misma. Simplemente no respondía o comentaba cómo fue su experiencia. Esto pasó en la primera y segunda entrevista. Solo logró contar que: ***“... al principio no quería darle porque sabía que me iba hacer doler, pero en el curso de pre parto me decía que sí, que había que darle, que le hacía bien al bebé, que es lo principal que el bebé tiene que tener y tiene que tomar, además se me cargaban bien los pechos...” “...y ella sí tomó, ese mismo día que nació, a la noche ya agarró, la agarró bien...”***.

La niña nació en el Hospital Materno Infantil a término y por parto natural, asegura que nació por la noche y que ***“... apenas nació no me agarró, recién a la media noche...”***.

Cuenta que la atendieron ***“...bien...”*** dentro del hospital y que cuando la pequeña nació, ***“...ahí las enfermeras me decían que tenía que darle, y se me cargaban muchos los pechos, entonces mi mamá decía que tenía que darle para que ella tome porque me dolían y si no le daba se me rebalsaban de leche. Pero como era muy chiquita tomaba poquito y ya dejaba, a veces me sacaba leche y las ponía en mamadera y después se las daba...”***. Sobre las enfermeras comenta ***“...sí me ayudaron, me explicaron cómo tenía que agarrarla para darle, me dijeron que me iba a lastimar y que solo se me iba a ir curando...”***. Cuenta que alrededor del primer mes, sus pezones se lastimaron: ***“... Me lastimó los pezones, pero después solo se me curó...” “... me tuve que bancar el dolor y solo pasó. Y ya me habían dicho eso en el curso de pre parto que me podía lastimar y que ella sola con su saliva me iba a ir curando, así que me banque el dolor...”***.

E nos dice que atravesó un embarazo tranquilo sin complicaciones, realizó

todos sus controles ***“...acá en el Papa Francisco a partir de los tres meses llegando a los cuatro...”*** ***“...me hicieron el ultrasonido, me hicieron dos veces la ecografía, pero no se la veía, y después nos fuimos a otra clínica para hacerme la ecografía. Porque no se dejaba ver...”*** ***“...la clínica no me acuerdo como se llama, esa que está cerca del parque... pero ahí se dejó ver, recién a los ocho meses supe que era nena”***.

En los últimos meses de embarazo, la entrevistada cuenta que hizo un curso de parto brindando por el hospital Papa Francisco, se le consultó de qué se trababa y que hacía en él: ***“...comencé a los ocho meses por ahí, eran todos los miércoles y fui como dos meses porque ya después nació...”*** ***“...me enseñaron los tipos de parto, el natural, por cesárea y el inducido, después cosas con pelota, ejercicios...”***.

Se le consultó si le brindaron información sobre lactancia en el curso o en algún lugar: ***“... me hacían ver videos, me enseñaban a cómo agarrar al bebé, me explicaron esto de los pezones...”***.

En relación a lo que pensaba antes de que naciera su hija, ella dijo ***“... quería darle el pecho y la mamadera, las dos cosas, una porque quería retomar el colegio, pero después era como que no la quería dejar, porque era muy chiquita...”***. Si bien se trató de indagar un poco más sobre esto, no se obtuvieron más detalles.

La leche de fórmula la incorporó, según relata ***“...y esa creo que a la semana de que nació, la agarró a la mamadera...”*** ***“...ahí en la clínica me dijeron que no le dé mamadera, ni chupete tampoco, solo pecho. Pero mi mamá decía que le dé y yo le di (se ríe) y ella la agarraba...”*** ***“...y porque por ahí tenía que hacer algo y así ella podía quedar con la mamadera, y así ella tomó mamadera hasta los cinco, seis meses, después ya como que no quería mucha leche, ya come y toma yogur o té en la mamadera y le sigo***

***dando pecho y bueno también come...”.***

E también había hecho referencia a que se le cargaban muchos los pechos ***“... cuando se me cargaban mucho la agarraba y la ponía, pero más tomaba la leche comprada...”.***

Consultando sobre cómo fueron los primeros meses ella cuenta ***“... no le daba muy seguido, porque dormía mucho, a veces la despertaba para que tome, pero me decían que sola se tenía que despertar a pedir y que tome, pero que no la tenía que despertar...” “... dormía bastante y después sí le daba bastante, 100ml...”.*** Con respecto a las tomas, se le preguntó cómo solían ser: ***“...tres mamaderas a la mañana, a la tarde y a la noche. Así hasta los seis meses después solita la dejó...”.***

Cuando le pregunté sobre lo que consideraba lo más difícil al momento de amamantar, cuenta: ***“...Esto que te decía que me hacía doler y me lastimaba los pezones...”***, y su idea de brindar lactancia fue ***“...hasta el año, unos meses más y listo, ya está más grande, ya come y ya toma un poco menos, cuando se acuerda, viene llorando y toma. Cuando se acuerda... de a poco va dejando...”.***

Acerca de su experiencia durante los primeros meses, cuenta: ***“...bien, era tranquila, dormía bastante, después empezó a estar más despierta y moverse más...” “...pero con la lactancia eran difíciles, porque tenía que acostumbrarme, era raro, todo nuevo, después bueno cuando me lastimó, que yo ahí ya no quería darle más y bueno, pero si le tenía que dar porque se me cargaban mucho, pero bueno después bien...”.***

Con respecto al embarazo y a su familia, cuenta que tiene una “buena” relación. Cuando quedó embarazada ***“...mi mamá decía que me vaya a la casa de mi papá al principio, después fue la que me apoyó, y bueno, mi papá no me habló todo el embarazo, pero ahora ya si tengo relación...”.*** comenta

también que **“... mi hermana, mi mamá estuvieron, me acompañaron, en el embarazo me agarraban momentos, así como mal y bueno estaban ahí...”**  
**“...mi mamá me ayuda un montón, me enseñaba, me explicaba por ahí para decirme qué le pasaba cuando lloraba, a veces le dolía la pancita y como que yo no sabía qué le pasaba, ella ahora la sigue un montón a mi mamá, porque ella la hacía dormir, la bañaba, también cuando no tenía, le compraban pañales...”**.

Con respecto a los servicios de salud que la atendieron cuando ya nació la pequeña, relata: **“... bueno, a mí me toca la salita de acá... pero siempre la llevé a Ceferino a todos los controles, de peso, talla. Y las vacunas, todo...”**  
**“... ahí sí me gustó, porque la llevé una vez acá al que me toca, pero no me gustó la atención, no sé, la enfermera como que te miran mal... en cambio, ahí en Ceferino son más atentos, me gustó. Acá no sé, como que te miran raro, o sea la gente te mira raro porque soy muy chica y ya tengo un bebé. Pero en Ceferino me atendieron bien y sigo yendo ahí...”**. Cuando se le pidió que relatara su experiencia, comenzó: **“... yo primero fui para ver cómo tenía que hacer, cómo era la atención de la nutricionista y esas cosas, y bueno la de administración ahí me anotó en un papel todo lo que tenía que hacer, a dónde tenía que llamar para pedir turno, y después, cuando saqué, fui y preguntaba porque no conocía ¿viste?, y me mandaban de un lado al otro, y fui ese día y a esos controles no los terminé de hacer porque no me gustó. Y los terminé de hacer ahí en Ceferino porque además mi hermana los lleva a los chicos ahí...”**. Con respecto al centro de salud de Ceferino, comenta **“... me atendieron bien, son como más buena onda, te hablan bien y bueno, cuando vienen los agentes sanitarios de acá, me la vacunan y ellos llevan el control. A veces cuando no la pude llevar, ellos me hicieron el control...”** **“... y ahora este mes no fui, porque ya no estaban dando turno, el mes pasado sí la llevé porque como es por turno, tenés que sacar con tiempo, este mes tendré que ver cómo, dan cinco turnos por día, así que veré cuándo la llevo...”**.

Con respecto a ella y sus proyectos de vida, expresa: **“...capaz retome el colegio o empiece algún curso, me gustan los cursos de cotillón esas cosas de decoración, pero bueno ahora no se puede...”** **“... yo me quedé varias veces, y el año pasado a principio de año ya dejé porque estaba embarazada y ya no quería ir así...”**.

Retomando nuevamente con el tema de la lactancia en la segunda entrevista, comenta que para ella **“... primero fue algo raro, después me fui acostumbrando, pero sí era raro...”**. Agregó que **“...a cualquier mujer o joven le diría, no sé, que es importante para el bebé y que sí tienen que darle...”**. Respecto de por qué recomendaría eso, no supo expresarlo, solo se quedaba callada y con risa nerviosa, decía **“...no sé...”**.

# ANÁLISIS DE LOS CASOS

Esta investigación se originó a partir de la presencia de un interrogante: ¿Cuáles son las experiencias de mujeres primerizas que, por diversas razones, no brindaron LME a sus hijos, que acuden al Centro de Salud N°61 de B° Solidaridad en el Segundo periodo del Año 2020?

Para lograr estructurar este análisis, se trabajó desde una metodología cualitativa, a partir de la categorización y sistematización de la información aportada en las entrevistas. La información se agrupó en nueve categorías, consideradas fundamentales para responder la pregunta de investigación. Estas categorías dan lugar a los tópicos que permitieron organizar la información y se presentan a continuación.

## **Contexto Social de las participantes**

Las cinco mujeres participantes de este estudio vivían en el barrio Solidaridad. Sus edades oscilaron entre los 18 y los 35 años. Respecto de sus hijos, tenían entre cinco y ocho meses y medio, de género masculino y femenino. El contacto inicial fue en sus domicilios o en las cercanías, mientras que el segundo contacto fue telefónico.

De las cinco participantes, dos tenían estudios secundarios completos, una, estudios secundarios incompletos y dos, estudios primarios completos. Una participante actualmente se forma en un oficio de forma virtual.

Dos de ellas vivían separadas de su familia de origen; en estos casos, una de ellas vivía solo con su bebé y la otra participante estaba casada, conviviendo con su marido y con el hijo menor de él. Las otras tres participantes vivían con su familia de origen.

Respecto de su situación económica, tres de ellas eran trabajadoras activas: dos en la venta de ropa y una peluquera; las demás se consideraban "amas de casa", es decir, encargadas del cuidado de los hijos y de la limpieza del hogar. Tres de las participantes refirieron percibir ayudas económicas del Estado.

En relación a su grupo familiar de origen, cuatro de las cinco participantes señalaron un vínculo cercano con un apoyo constante.

Con respecto al contexto social, se advirtió una homogeneidad a nivel social y económico, ya que todas habitaban en una región caracterizada por familias de bajos recurso, familias que conviven entre dos y tres personas dentro de una misma vivienda, con un nivel educativo bajo.

Por otro lado, los dos casos A y B, contaban con vivienda propia, donde convivían (o convivía, como es el caso de A) con su pareja e hijos.

Para el caso de C, D y E, en la actualidad viven con sus familias de origen. Esto incluye a sus bebés, a sus madres, a sus hermanos y, en el caso de que tengan hijos, a sus sobrinos. Para el caso de C, también consiste en convivir con su pareja.

Tanto por sus referencias, como por lo observado en el proceso de la entrevista y los comentarios de otros profesionales y asistentes sanitarios, se desprende una situación económica precaria sostenida en el tiempo (es decir, no se corresponde a la situación de crisis socioeconómica y sanitaria producto de la pandemia y la cuarentena). Esto es más preciso para los casos C y D.

Las referencias de los agentes sanitarios, para el caso C, se asocian a mucho malestar y enojo: "[...] *en esta casa nunca nos hacen pasar, porque viven todos juntos, es muy chiquita la casa y no tiene ni sillas [...]*" (Agente sanitario).

Asimismo, como ya se comentó, existen varios conflictos y situaciones de violencia. En el caso de D, resultó más evidente, porque ella misma lo expresó: las problemáticas de consumo de sustancias psicoactivas entre sus hermanos, que también son señaladas por los agentes sanitarios, quienes realizaron varias recomendaciones para acceder a la vivienda. D agregó: "[...] *mis hermanos toman mucho, fuman y nos agarramos feo, porque ellos son atrevidos con mi mamá [...]*".

### **Contexto social y contexto de pandemia por el virus SARS-CoV-2**

En el marco de la pandemia producida por el virus SARS-CoV-2, se tomaron medidas de restricción del contacto y la circulación en todo el territorio argentino. Desde el día 20 de marzo del 2020, fue obligatorio el aislamiento social y preventivo, para disminuir la probabilidad del contagio del virus en la comunidad, hasta el 16 de abril. Desde ese momento en adelante, cada localidad y provincia definió, a través de sus equipos epidemiológicos, flexibilizar la circulación y habilitar distintas actividades.

La ciudad de Salta no estuvo exenta de esta situación y esto generó un impacto para las mujeres madres al sentirse que quedaban aisladas de su contacto con los servicios de salud.

En este contexto, nacieron dos de los cinco bebés de las madres entrevistadas. Igualmente, esto tuvo un claro impacto en la atención y controles de seguimiento postparto de los bebés.

En primer lugar, dificultó el acceso a la salud de las mujeres y sus bebés, sobre todo para el caso donde se presentaron preocupaciones y dudas sobre la salud del bebé, considerando que ésta se veía deteriorada por problemáticas ligadas a la LME, lo cual redundó en malestar tanto para las mujeres madres como para sus hijos. Este fue un factor decisivo para dos casos principalmente, donde la imposibilidad de acceder de forma oportuna a la atención sanitaria derivó en el abandono de la LME.

- *"[...] porque por el tema de la cuarentena, no podía hacerle el control de todos los meses a mi hijo, iba a la obra social y me decían no que vuelva, (solo) si el chiquito está mal"* (Entrevistada B )
- *"Y, mirá [...] la verdad es que esperaba más. Porque al centro de salud, ponele, le tenía que poner alguna vacuna y me decían que vuelva más tarde [...] y sobre que uno ya va con miedo, querés que te atiendan rápido e irte [...]"* (Entrevistada B).

Por su parte, la entrevistada D comentó:

- *"O sea, con esto de la pandemia no puedo ir a los controles del mes [...] [Fui a internarme sola]. Y porque justo empezó la cuarentena, entonces no podía estar nadie conmigo, iba mi hermano, que sacó un permiso para ir a verme en la moto. Así que después sola".*

Para las mujeres madres, la institución sanitaria no estaba preparada para

hacer frente a la situación de aislamiento social, preventivo y obligatorio frente al SARS-CoV-2. Esta falta de protocolos, de acción *a posteriori* y desarrollo eficaz e inmediato para hacer frente a esta situación, puso en “suspensión” el acceso a la salud de las personas; entre ellas, mujeres entrevistadas, como es el caso, o mujeres madres primerizas con bebés que requerían un seguimiento.

La situación de pandemia también interfirió con sus ingresos para el caso de las mujeres-madres con actividad laboral (formal o informal). Así, debieron recurrir a ayudas financieras del Estado, al apoyo económico de sus familias de origen o de sus ex-parejas, padres de los bebés.

### **Edad de las participantes**

Es relevante señalar la variable edad como un factor que influye en la incorporación de la leche sustituta, para el caso de las participantes.

Así, ambas participantes C y E tenían 18 años al momento de la entrevista. En sus referencias, estaba dentro de sus expectativas y entendimiento sobre lo mejor para el bebé el uso de lactancia materna mixta. Ellas lo consideraban adecuado, aún pese a las recomendaciones de los profesionales de la salud o de sus familiares, e incorporaron leche sustituta y otros alimentos antes de los seis meses de edad.

Por el contrario, las participantes A, B y D devinieron en la lactancia materna mixta como una estrategia para solventar el malestar percibido del bebé. Estas mujeres madres atribuían un gran malestar a sus bebés asociados a la insatisfacción de su hambre solo con la lactancia materna, razón por la cual apelaron a otros recursos para poder saciar a sus bebés.

Asimismo, sus referencias sobre la LME fueron más profundas e informadas. Es interesante este punto puesto que no todas fueron a talleres pre parto (y, en cambio, E refiere haber asistido a uno) y, sin embargo, sostenían con

convicción la importancia de la LME, sobre sus beneficios en la salud del bebé y en su relación con él.

Es decir, pese a que existía la información y el entendimiento sobre la importancia de la LME, se percibieron distintos niveles de apropiación y aprehensión de esa información. En este caso, la variable de edad se relaciona con este punto.

### **Relaciones con el grupo familiar primario y la pareja**

En cuatro de los cinco casos, la relación con la familia de origen de la mujer madre era próxima y constante, siendo una fuente de apoyo percibido por la mujer.

Es el caso de B, donde se interpreta una lejanía en base a los comentarios que ella hace. Así, refiere que su hermana mayor la crio, que hubo sucesos de violencia en el marco de esa relación y que la madre nunca intervino. Asimismo, señala que ella aprendió la maternidad en base a lo que la madre *no* hizo:

- *"Puede ser un poco, lo que yo viví con mi mamá como hija, más que nada, entonces lo que yo vi que a mi mamá le faltó conmigo, como hija, lo aprendí yo. [...] Como llevarme al colegio, enseñarme las tareas, ayudarme, porque ella dejó que mi hermana mayor se encargue de mí, prácticamente [...]"* (Entrevistada B).

Las referencias sobre la maternidad, en los otros casos, eran de madres activas e involucradas en el acompañamiento de las mujeres madres participantes, tanto durante el embarazo como en la crianza. Así, son varias las referencias que hacen sobre la búsqueda de consejo o ayuda a sus madres, sobre problemáticas ligadas a la crianza de sus bebés. *"[...] mi mamá me ayudó, me acompañaba a los controles [...]"* (Entrevistada E).

Sin embargo, esto no fue en detrimento de su propio rol como madres cuidadoras de sus hijos. Aún en el caso de C, en donde ella vivía con su familia de origen (es decir, convivía con su madre) y tomaba activamente la tarea de cuidado del hijo, en un constante proceso de aprendizaje, señaló:

- *"[...] yo fui aprendiendo sola, salvo cuando me enseñaron a bañarla, porque al principio la bañaba mi mamá, porque a mí me daba miedo que se resbale [...]"* (Entrevistada C).

Es decir, las referencias de apoyo familiar suelen estar ligadas a la figura de sus propias madres o familiares del grupo primario. Esto también sucede con las hermanas:

- *"Lo tomaron bien [al embarazo], siempre contentos, sobretodo mi hermana, que me acompañó minuto a minuto desde el día uno"* (Entrevistada A).

En otras palabras, se advirtió que son varias las referencias femeninas que integran la red de apoyo de estas mujeres madres. Se suman las amigas, como fuente de apoyo constante:

- *"y ahora con el bebé, me agarró en pandemia. Mi amiga, que va a ser la madrina, tiene auto así que ella me lleva a los controles"* (Entrevistada B).
- *"Sí, recibí apoyo durante el embarazo, pero con respecto a información y conocimiento de embarazo, fueron más útiles mis amigas que mi familia"* (Entrevistada A).

Es en los casos C, D y E donde se percibió más limitada la red de apoyo. Como se vio en el anterior fragmento de C, indica de forma constante la forma autónoma de aprendizaje del rol y las tareas de la maternidad y el cuidado del bebé. En estos tres casos, las referencias al soporte familiar se vinculan más con

el apoyo financiero o de elementos para el cuidado del bebé. Es especialmente relevante para el caso E, que refiere: "*No, no tengo amigas. [...] No, no tengo, solo estoy acá, en mi casa, con mis hermanas.*"

Esto puede estar ligado a las condiciones socioeconómicas y habitacionales de estas participantes. Así, las tres participantes viven actualmente con sus familias de origen y son varios los que conviven en la misma vivienda (entre siete y nueve miembros, que incluyen a sus madres, a sus hermanos, a la pareja en el caso C, y a los hijos de sus hermanas).

A excepción de un caso que no expresó un acompañamiento por parte de la madre, las otras entrevistadas sí manifestaron la presencia de la abuela materna del niño en el proceso de acompañamiento.

En general, se puede considerar que para el caso de las mujeres que conviven con sus madres, o que están en contacto directo con sus familiares más próximos, esta inexperiencia tuvo más relevancia a la hora de quien sea la madre la que determine el rumbo de la lactancia de ese bebé. En ese sentido, es posible pensar que que la orientación, el consejo, la ayuda y esta influencia sobre la lactancia materna, es pensada y relacionada con conocimientos erróneos e inadecuados sobre el uso del biberón, más que con la intencionalidad.

La influencia de la madre o de la familia primaria toma la forma de una confusión y una inexperiencia heredada que hace que la madre se pregunte acerca de la utilidad de la lactancia materna y el posterior abandono de la misma. De este modo, se puede afirmar que esa desinformación puede precipitarlas a tomar la decisión de no amamantar a su hijo: "*...Y yo le consulto todo a mi hermana, ella es más grande tiene 37 y por ahí me ayuda... pero el tema es que ahora tampoco me agarra la mamadera...*". (Entrevista D). "*...Ahí en la clínica me dijeron no le des mamadera, ni chupete tampoco, solo pecho. Pero mi mamá decía que le dé y yo le di y ella la agarraba...*" (Entrevista E).

Se puede pensar también que la convivencia con la abuela materna tiene un papel fundamental para las mujeres en todos los aspectos de educación y crianza del hijo, y en ese sentido, el proceso de la LME no es una excepción

Con respecto a las relaciones de pareja, solo dos de las participantes mantenían de forma estable su vínculo de pareja con el padre del bebé; asimismo, sólo una de ellas había formado su familia por fuera de la convivencia con su familia de origen (el caso B). Una de ellas vivía solo con su bebé; las otras tres participantes vivían con su familia de origen, una de ellas con su pareja en la casa de su familia de origen.

La ruptura del vínculo de pareja fue antes y/o durante el embarazo.

El distanciamiento es especialmente grave en el caso D, donde el conflicto existía antes del embarazo y, producto de la situación penal de la ex-pareja y el padre del bebé, la comunicación se interrumpió, siendo que la mujer madre no deseaba que él supiese de su embarazo.

- *"E: Yo fui a verlo dos veces más, ya embarazada, pero me hacía re mal viajar en colectivo [...] y ya no estoy con él. Igual no se enteró por mí, [una amiga mía] le contó, yo no quería que sepa nada. Porque yo no quería estar con él. Nos llevábamos muy mal [...]"* (Entrevista D).

Para el caso E, la desvinculación fue al reconocer el estado de embarazo:

- *"Éramos pareja y nos peleamos, y él no quería hacerse cargo, pero bueno, después yo me quedé acá, en mi casa [...] Después apareció de nuevo y ahora viene de vez en cuando"* (Entrevistada E).

Esto es similar para el caso de A, donde la ruptura del vínculo sucede próximo al parto. El conflicto en la pareja era constante, como refieren las participantes, lo que derivó en la decisión de finalizar la relación de pareja. Sin embargo, para el caso de A, el apoyo en la crianza y el vínculo con el bebé es

sostenido: "[...] su papá la visita los fines de semana o cuando puede [...], [...] y su papá también me ayuda [económicamente]. [...]" (Entrevistada A).

En el caso C, la relación de pareja tenía tres años. Él se incorporó a la casa de la familia de origen de ella cuando nació el bebé. Expresaron tener desarrollado un proyecto común de vida: ambos trabajaban y estaban juntando dinero para poder construir su propia vivienda.

Para el caso B, la relación era estable (de pareja trece años y, de los cuales, diez fueron de matrimonio). La búsqueda del bebé en común era parte del proyecto de vida de ambos; él, en ese entonces, ya tenía dos hijos, a los cuales ella crió: "*son como mis hijos*" (Entrevista B). El hijo en común fue buscado por varios años de forma infructuosa y sucedió sorpresivamente; para este momento, ella ya tenía mucho "*instinto maternal*" producto de la crianza de los dos hijos de él (que habían sido abandonados por su madre biológica). Es decir, el bebé en común viene a completar el proyecto de vida familiar construido por la pareja.

Por las diferentes relaciones relatadas, se pueden advertir que las distintas situaciones de convivencia y de pareja de cada mujer fueron factores que influyeron en su experiencia de embarazo, parto, puerperio y en la interacción con sus bebés. Esto no necesariamente es un factor que atraviesa a sus proyectos de vida como mujeres madres, pero sí pone en tensión la situación de sus bebés en el acceso a sus derechos.

Dentro del proceso de lactancia materna, se sabe que es algo que solo la mujer madre puede hacer; sin embargo, el sostén de una pareja es necesario, es importante que haya un apoyo, la madre necesita encontrarse en un estado en donde las distintas preocupaciones no le afecten, sobretodo en cuanto a relaciones amorosas, porque pueden influir en sus decisiones con respecto al abandono de lactancia.

La lactancia es un proceso que no solo es biológico sino también es

psicológico, porque se establece un primer vínculo con el niño, y es necesario que ese primer acercamiento con él bebe sea adecuado, que esa mamá se encuentre con una red sostén y un entorno que la acompañen y que logren que atraviese sus cambios hormonales, físicos, psíquicos y todos los cambios que conllevan hacerse cargo de una nueva vida, de la mejor manera posible.

En esos casos, el hombre podrá brindarle estabilidad, ausencia de conflictos y si bien no podemos afirmar que la ausencia del padre influya en el abandono de la lactancia materna, sí podemos decir que una relación y un vínculo emocionalmente estable con la madre aseguran un entorno en el que se afiance una lactancia estable y continua.

Es decir que, queda evidenciado que aun cuando la maternidad pretende resolver las situaciones vinculares preexistentes, esto puede llegar a agudizarse o complicarse en el trayecto de sus vidas.

### **Elegir la maternidad**

Las experiencias de estas madres son diversas y únicas para cada caso, pero existen ciertas similitudes en sus expresiones. Así, todas ellas tuvieron parto natural; cuatro de ellas lo tuvieron en centros de atención de la salud pública y una en un centro privado (Clínica de la obra social).

Entre ellas existía la ambivalencia de emociones y sentimientos ligados al contacto con el bebé y la lactancia. Así, la mayoría consideraba a la lactancia materna como algo “hermoso y agradable”, como una oportunidad de conectar con su bebé; pero también la vincularon a sensaciones de ansiedad, preocupación o incomodidad. Esto, refirieron, se relaciona con el hecho de ser madres primerizas, donde toda la experiencia es nueva e incierta.

- *“Estuve internada dos días, y me sentí súper bien, las enfermeras, re buena onda, me enseñaron a cómo manejarme con la bebé, o sea cómo*

*agarrarla, sostenerla, cosas que una no tiene idea, yo me sentía súper desorientada, no podía creer tener una vida a mi cargo...".* (Entrevistada A).

En estos casos se observa la expectativa en relación a la llegada del bebé. La maternidad era parte del proyecto de vida creado por y para ellas mismas; en el caso de A, tuvo que suspender el uso de métodos anticonceptivos hormonales por razones de salud, puesto que la maternidad estaba incluida en los eventos esperados para la historia de vida: *"Al tiempo tomé la decisión de no cuidarme más.... Y ya llegando el mes que iba a empezar a volverme a cuidar, me enteré que estaba embarazada...".* (Entrevista A).

En el caso de B, la búsqueda fue infructuosa por varios años, siendo una sorpresa el embarazo. Ella había dejado de utilizar medidas de protección hacía diez años, pero luego de tantos años de intentos y de espera, tanto ella como su pareja se habían dado por vencidos. La llegada del bebé se inserta en una idea de vida marital y personal.

En dos casos, la efusividad de la preocupación ligada a los obstáculos de la LME fue evidente; referían al miedo, la preocupación, además del cansancio, pero también la satisfacción y la alegría.

En los otros tres casos, las referencias precisas fueron escasas. Esto no significa que no hubiera este interés o preocupación, sino que se puede deber a las condiciones de la entrevista o las limitaciones comunicativas. Así, se infiere su preocupación cuando señalan el malestar producto del llanto del bebé:

- *"Me da, no sé, que no pueda agarrar y que no salga mucho, y cuando la veo que llora y llora me pone mal... me hace poner nerviosa eso. Siempre me pone mal cuando llora y llora sin parar, parece que la están matando. Le doy el pecho y no agarra, le doy la mamera y no quiere, y no sé qué le pasa [...]"* (Entrevistada D).

En base a estos estados emocionales, las mujeres madres toman decisiones para garantizar el bienestar de sus bebés. Esto las motiva a solicitar ayuda o recomendaciones, a activar redes de apoyo o a buscar a los profesionales de la salud.

La lactancia es la forma en la cual las mujeres madres se vinculan y conectan con su bebé, al respecto refieren sobre la lactancia materna:

- *“Que se pierden lo mejor que hay. Sí... es una conexión tan bonita que el bebé te chupe el pecho... es hermoso”.* (Entrevistada B).
- *“Le diría que le den el pecho [...] Y no sé, le diría que sí le den, que es algo lindo”* (Entrevistada C).

Sin embargo, existen situaciones donde las mujeres madres “aprenden solas”, en el sentido de que van explorando soluciones de forma autónoma, sin apoyo de sus familias o de un profesional de la salud al cual recurrir.

En este grupo de entrevistadas, la maternidad ocupa un lugar de importancia en sus vidas. La llegada de un hijo parece relacionarse con cierta realización del proyecto de vida. Implica sensaciones contradictorias que van desde el temor a lo desconocido hasta las expectativas.

La maternidad en las entrevistadas no responde a un acontecimiento sorpresivo. Esto es importante de resaltar ya que suele creerse que, para el caso de las madres jóvenes, el embarazo ha sido algo no buscado, pero en estos casos pareciera que sí responde a algo esperado. A pesar de sus edades, la presencia de una pareja, hijos de sus parejas ya hacía o le daban a la maternidad un lugar esperado para la mujer.

No se inserta en sus vidas como algo que irrumpe planes o proyectos, es algo deseado, tal vez esto tenga que ver con el lugar social destinado a este grupo de mujeres donde la maternidad se presenta como un camino de realización

personal.

## **Las experiencias de embarazo y parto**

Las experiencias de cada participante en relación a este aspecto fueron diversas y producto de una amplia variedad de razones.

Para el caso de A, tanto el embarazo como el parto estuvo cargado de tensiones por conflictos de pareja con el padre del bebé, con quienes las discusiones y peleas se exacerbaban. Ella vivió con muchos malestares, hasta el parto:

- *“Mi embarazo fue tranquilo, salvo por las discusiones con [mi ex-pareja], pero todo venía bien. Ella tenía que nacer en marzo y se adelantó, porque una noche discutimos muy feo con [mi ex-pareja] y me puse muy nerviosa y rompí bolsa, ahí me llevaron a la clínica era de madrugada, casi 2:00 am. Estuve toda la noche y nació casi al mediodía por parto natural”* (Entrevistada A).

En el caso de B, fue diagnosticada de hipotiroidismo en el embarazo, razón por la cual inició el tratamiento. Dada su situación socio-económica más estable y una relación de pareja de varios años, ella pudo optar por quedarse en su hogar durante el embarazo.

En cambio, en el caso de D se pueden identificar varias situaciones de vulnerabilidad. En primer lugar, no pensó que podía estar embarazada y que sus malestares (como los vómitos) eran producto de ello:

- *“No, nada... yo no sabía que estaba embarazada, yo pensé que algo me había caído mal, porque vomitaba, me sentía re mal, estuve así como un mes entero. Hasta que mi hermana me dijo de ir al médico y ahí me hicieron estudios y me dijeron que dio positivo”* (Entrevistada D).

Además, tuvo que afrontar la situación del parto en soledad, producto del ASPO, con solo visitas ocasionales de su hermano. Este punto será profundizado en el siguiente apartado.

La participante E tuvo dificultades para identificar el sexo del bebé, razón por la cual tuvo que realizar dos ecografías para poder lograrlo. Por demás, no experimentó ninguna complicación, ni en el embarazo ni en el parto.

Para el caso de C, solo refirió ser acompañada por la madre en los controles.

Los relatos presentan un punto en común respecto al hecho de que todas estaban más centradas en su estado de salud que en el proceso en sí, en su relato están más presentes los sucesos de tipo de salud por los que atravesaron y no tanto por las expectativas, temores o deseos en relación a esos momentos de importancia para la creación de un vínculo con el niño. Ninguna refirió acontecimientos lo suficientemente traumáticos o angustiantes que marcaran un antes y un después en el parto y embarazo. Solo una de ellas relata haberse preparado para el momento del parto, lo cual muestra que no es muy frecuente una preparación adecuada para el mismo, parece ser un hecho que simplemente se espera, sin tomar recaudos necesarios previos.

### **Primer contacto con el recién nacido y Primeras experiencias con la lactancia materna exclusiva**

Las cinco participantes destacaron pocas dificultades en relación al inicio de la lactancia materna; si bien hubo algunas dificultades, fueron saldadas durante la estancia hospitalaria.

Dado que eran mujeres madres primerizas, todas hicieron comentarios sobre la incertidumbre y el malestar de la experiencia:

- *Era difícil colocarlo al bebé, que se sienta bien, ella se agitaba mucho al tomar pecho, me daba miedo... tenía ganas de llorar [...] Porque no sabía”* (Entrevista D).

Luego, las dificultades sobre la posición, la forma de agarre y la succión pudieron ser resueltas de forma satisfactoria.

Se puede pensar que el tema del primer contacto y las primeras experiencias con la LME tienen que ver con que existe una primera intención de amamantar a sus hijos, ninguna hace referencia a no querer hacerlo, pero aun, aunque existen las intenciones, las dificultades se presentan igual. Es necesario recordar que los discursos sanitarios sobre estimulación de la lactancia son previos, luego se pasa a un “control” o “monitoreo”, pero después se descuida el componente actitudinal, se desconoce la importancia de un tiempo necesario de instalación de la lactancia.

Asimismo, desde la teoría podemos decir que el primer contacto o el primer acercamiento entre mamá y bebé en la primera hora de vida del bebé es un facilitador de la lactancia, así como también el parto vaginal, ya que hay menos manipulación del proceso, es decir, mientras menos traumático y menos manipulado haya sido el parto, existen más probabilidades de una lactancia exitosa desde el primer momento.

Con respecto a la lactancia materna en general, todas ellas refieren sobre su importancia, específicamente en algunos casos, estaba entre sus deseos sostenerla en el tiempo recomendado por los profesionales de salud (seis meses), pero existieron obstáculos o problemáticas que las llevaron a decidir no mantener esta decisión. Así, expresaron sobre la lactancia materna:

- *"Es algo fundamental que le den al bebe, los protege, y los ayuda en su desarrollo, de su cabecita y su cuerpo" (Entrevistada D).*

- *"Yo quería que solo tome pecho, no era la idea darle mamadera, pero no se me cargan muchos los pechos, hasta ahora tengo poca leche [...]"* (Entrevistada D).

## **Motivos del abandono**

Se puede decir que los motivos de abandono surgen en las mujeres madres a partir de comprender sus primeras experiencias, que fueron las que influyeron en sus decisiones.

En primer lugar, tres mujeres tuvieron dificultades en relación a la satisfacción de las necesidades de sus bebés con la LME. Refiere el caso A, por ejemplo:

- *"Y bueno, como te decía, me pasaba esto de que no dormía mucho y además yo la notaba molesta. Al principio pensaba que era la pancita, pero después me di cuenta que era hambre"* (Entrevista A).

El malestar del bebé era atribuido, por la madre y por la abuela del bebé, a la calidad de la leche materna, que no lograba satisfacer sus necesidades. Así, la madre de la participante propone incorporar la leche sustituta para satisfacer la necesidad del bebé.

- *"[...] le pedí al papá de la bebé que le compre leche. A las dos semanas casi de nacida, a la noche, le hice una mamadera. Se la tomó entera. Y durmió casi 6 horas seguidas, yo no podía creer"* (Entrevista A).

Este relato es similar para el caso de B y D. En todos ellos, las mujeres madres notaban un intenso malestar en los bebés, al cual no sabían cómo responder. La leche materna no parecía ser una opción satisfactoria y los recursos personales e intrapsíquicos se iban agotando: el miedo a cometer un error y a lastimar a sus bebés, el malestar propio asociado, el estrés de la situación, el

agotamiento por la falta de descanso, eran también amenazas a la capacidad de seguir produciendo leche, puesto que esta se “corta”, es decir se detiene su producción por el estrés materno.

Así, la incorporación de la leche sustituta en estos casos fue como medida de remedio frente a un problema que no sabían ni podían identificar; ante la imposibilidad de obtener una respuesta adecuada de los profesionales de salud que pudiese calmar sus ansiedades; y ante la recomendación de sus familiares.

Por último, es importante resaltar que en estos casos, la leche sustituta actuó efectivamente como una solución; quizás no satisfactoria, en el sentido de que no se pudo sostener la deseada LME, pero si pertinente a sus necesidades y recursos.

En segundo lugar, las mujeres que optaron por interrumpir la LME por otras razones, entre ellas facilidad en caso de tener que dejar ha cuidado de otros al bebé: *“pensaba darle el pecho y la mamadera, las dos cosas [...] Una porque quería retomar el colegio, pero después era como que no la quería dejar, porque era muy chiquita.”* (Entrevista E).

O porque la incorporación de los suplementos fue recomendado por un miembro de la familia, generalmente la abuela del bebé, con aceptación de la mujer madre:

*“No, no, ahí en la clínica me dijeron que le des mamadera, ni chupete tampoco, solo pecho. Pero mi mamá decía que le dé y yo le dí (risas) y ella la agarraba”* (Entrevista E).

En el caso C, la incorporación de la leche sustituta fue similar. Si bien fue informada de la importancia de la LME, se incorpora prematuramente la leche sustituta. Refiere que: *“No sé, tenía ganas de darle, le di y le gustó [...] por qué pensé que eso se hacía.”* (Entrevista C).

Sobre la incorporación de la leche sustituta, se relaciona a una práctica aceptada y esperada, aún previo a las recomendaciones de los profesionales de la salud o, como el caso de C, de la familia de origen. En otras palabras, existen sentidos y representaciones sociales sobre la adecuación del uso de la leche sustituta aún previo a los seis meses, que actuaron como facilitadores del uso de esta fórmula, a pesar de ir en contra de las indicaciones de los profesionales de salud.

Entonces, si bien en la mayoría de las experiencias se reconocía la importancia de la LME, esta fue interrumpida por una variedad de factores. Por un lado, la preocupación de la mujer madre sobre la calidad de su leche materna y el bienestar del bebé; por otro, una serie de representaciones sobre el uso de la leche sustituta que habilitaron con mayor facilidad su incorporación a la alimentación del bebé.

Por tanto, se advirtió que existen tantos motivos del abandono como personas, estos son los casos con que nos encontramos aquí. Y la lactancia mixta muchas veces es la mejor opción para mantener una lactancia que de otra forma no hubiera podido ser.

## **Reacciones emocionales sobre el abandono**

Uno de los relatos más profundos es la experiencia de A, donde comenta sus emociones ambivalentes frente a la incorporación de la leche de fórmula:

- *“Al principio me sentí mal [...]. Pero por otro lado sentí alivio porque veía que ella no lloraba tanto y dormía más [...]. Y cuando entendí eso me sentí bien por poder haber aceptado esa realidad [...]”* (Entrevistada A).

El reconocimiento de la importancia de la LME para la salud del bebé generó un estado emocional de alerta y preocupación en la incorporación de la leche de fórmula. Pero también alivió el malestar asociado a no poder satisfacer

las necesidades de su bebé, porque pudo resolver una problemática que desmejoraba su calidad de vida y la de su hijo.

Esto fue similar para el caso de B, donde la preocupación sobre la calidad de la alimentación de su bebé le lleva a incorporar la leche de fórmula, sin resignar la lactancia materna:

- *“Y me sentí triste, porque quería que tome pecho, que esté constantemente conmigo, pero bueno después la mamadera... [...]”* (Entrevista B).

Es la angustia de las madres lo que las lleva a buscar soluciones que puedan satisfacer las necesidades de sus bebés y les permitan sentirse en control de la situación, con el alivio asociado.

Este tipo de contenido no emerge en los relatos de C y E, quienes contaban con la incorporación temprana de la leche de fórmula. Así, C no refiere a estados emocionales ni reacciones de ningún tipo en relación a la lactancia. En cambio, E señala su incomodidad:

- *“Y eran difíciles, porque tenía que acostumbrarme, era raro, todo nuevo. Después bueno, cuando me lastimó, que yo ahí ya no quería darle más, y bueno, pero sí, le tenía que dar porque se me cargaban mucho, y bueno, después bien”* (Entrevista E).

La novedad y la incertidumbre, acompañadas del malestar y asociadas a la expectativa de la incorporación temprana, fueron medidas que probablemente facilitaron el uso de la leche de fórmula. Es decir, tanto las expectativas como el malestar obstaculizaron sostener la LME en estos casos. Esto es especialmente relevante para el caso de E, que recibió el curso pre-parto en donde la insistencia del equipo de salud sobre la LME fue tal que la misma participante lo repetía, sin que esto influya en su conducta.

Entonces, las construcciones y representaciones de estas mujeres madres modularon su experiencia en relación a la LME, su abandono y la reacción emocional consecuente. La intervención de los profesionales de la salud, en el caso de E, tuvo un efecto limitado en interferir en estas representaciones y expectativas.

## **Relaciones con los servicios de salud**

El Hospital Papa Francisco ofrecía, antes de la pandemia por coronavirus, cursos de preparación para el parto. Asimismo, cada una de ellas experimentó un proceso y relación distante con los servicios de salud, tanto pre-parto como durante el parto y posterior a él.

Dos de ellas accedieron a cursos de preparación post-parto, donde se hacía hincapié en la necesidad de la LME. En otros casos, como el de A, las recomendaciones se hicieron durante la estadía intrahospitalaria post-parto:

- *"Yo la tuve en el Hospital Materno Infantil y los dos días que estuve internada me explicaron esas recomendaciones, cómo ponerla, cómo agarrarla. Y esto, que le dé cuando ella quiera"* (Entrevistada A).

Sin embargo, esto se contradice con otra experiencia relatada en la que se refiere a falta de información, pero sí la entrega de *"pañales, toallitas esas cosas que no tenía..."* (Entrevistada C).

Esto se vincula o guarda relación con los recursos individuales que cada una de las mujeres madres manifiesta tener y se manifiesta también en sus propias entrevistas, ya que esta misma entrevistada planteaba dificultades para poder establecer el diálogo fluido; además ella refería constantemente el resolver todo de forma autónoma y aprender sola, sin solicitar ayuda.

Lo expresa diciendo que:

- *"Era difícil colocarlo al bebé, que se sienta bien, ella se agitaba mucho al tomar pecho, me daba miedo... tenía ganas de llorar... yo solita fui aprendiendo..."* (Entrevistada C).

Así, a pesar de experimentar obstáculos, problemáticas y malestares, existen dificultades para reconocerlos como tal y que eso se puede saldar con la solicitud de ayuda. Sin embargo, esto parece no interferir con una evaluación positiva de los miembros del equipo de salud que la atendieron, sino que se describe la relación con los equipos de salud como "buena". Aun así, existen limitaciones en la comunicación con los profesionales:

- *"No, nada, me atendieron bien [los profesionales de salud], salvo que no tengo mucha experiencia, entonces por ahí no me explicaban mucho qué cosas tenía que hacer cuando nació, ella nació ahí en el Papa Francisco"* (Entrevistada D).

Esto se sumaba a mensajes contradictorios entre los equipos de salud del mismo centro de atención (por ejemplo, entre nutricionistas, enfermeras y gastroenteróloga); así como al trato diferenciado entre clínicas y centros de salud:

- *"Bueno, a mí me toca la salita de acá, pero siempre la llevé al Ceferino, a todos los controles, de peso y talla. Y las vacunas, todo. [La atención] Ahí sí me gustó, porque la llevé una vez acá, al que me toca, pero no me gustó la atención. [...] No sé, así, ves a la enfermera así, como que te miran mal... en cambio ahí, en el Ceferino, son más atentos, me gustó. [...] No sé, como que te miran raro, o sea la gente te mira raro, porque soy muy chica y ya tengo un bebé. Pero en el Ceferino me atendieron bien y sigo yendo ahí"* (Entrevistada E).

Asimismo, en dos participantes no se capta que lleven registro propio de los controles de salud de sus hijos. Esto se complejiza aún más si no hay procesos de referencia y contra-referencia entre los centros de asistencia a los cuales acuden

en búsqueda de atención; de esta forma, se pierde información, ésta puede ser contradictoria o ambigua y redundar en limitaciones para la atención de las necesidades de estas mujeres madres y sus bebés.

El centro de salud barrial realiza recorridos donde se acercan a los hogares agentes sanitarios. En el marco de la pandemia, este tipo de actividades se habían suspendido, para ser retomadas durante el mes de agosto. Esto permitió poder hacer las entrevistas en las viviendas de las mujeres madres. Además, habilitó a dialogar con los agentes sanitarios sobre su percepción sobre estas familias.

Por otro lado, los agentes sanitarios del centro de salud expresaron diversas opiniones sobre ellas mismas y sus familias. En algunos casos, denotaron cierta frustración y enojo con las familias y las mujeres madres sobre su proceso, sus condiciones concretas de existencia o sus actividades: enojo por el desempleo y/o la atribución de la falta de interés de tener un trabajo; identificación de miembros del grupo familiar como sujetos con consumo problemático de sustancias, entre otras.

Estas etiquetas y atribuciones que realizan los miembros de los equipos de salud sobre las familias de estas mujeres madres son, también, obstaculizadores para la atención y el tratamiento. En efecto, las mujeres madres se perciben juzgadas tal como lo expresa la entrevistada E: “[...] *salvo que no tengo mucha experiencia, entonces por ahí no me explicaban mucho qué cosas tenía que hacer cuando nació [...]*”.

Lo cual termina generando prácticas que obstaculizan, dificultan o hasta expulsan a estas mujeres madres del sistema de salud; por ejemplo, para el caso de D, le atribuyen un *“leve retraso mental”*. Estas prácticas que pueden ser bienintencionadas de los equipos, terminan actuando como obstáculos simbólicos en el derecho al acceso a la salud de estas mujeres madres.

La presencia de suposiciones o preconceptos de los equipos de salud para

con la población que deben atender se transforman en verdaderas barreras al servicio de salud, al considerar que no van a entender la asistencia preventiva o de orientación de información.

En lo referido a los cuidados que se deben brindar al recién nacido, esto resulta una conducta crucial dentro de las prácticas de salud y puede tener una intervención en la decisión que las madres toman sobre la continuidad de la lactancia o no de LME.

# **CONCLUSIONES**

## **Discusión de los resultados**

Las mujeres participantes de este estudio interrumpieron la LME por diversas razones. Sin embargo, todas ellas, según sus creencias, reconocían su importancia para la salud del bebé, así como el bienestar asociado a la práctica como una experiencia positiva y saludable. También referían a los discursos exigentes de los profesionales o familiares sobre la insistencia de ofrecer el pecho materno al bebé. Frente a esto, se puede decir que ha quedado demostrado que la LME no depende exclusivamente ni del control sanitario, ni de cuánto conocimiento posea la madre al respecto, sino que, a la hora de decidir sobre la lactancia, las creencias y actitudes toman un rol protagónico.

Se pueden definir dos situaciones distintas entre las razones por las cuales las mujeres madres optaron por abandonar la LME. La primera de ellas, por considerar que la leche materna no era suficiente o adecuada para satisfacer las necesidades de sus bebés; en segundo lugar, la representación de que es una práctica adecuada y esperable aún antes de los seis meses de edad del bebé.

La frustración asociada a la incapacidad de satisfacer la necesidad de alimento del bebé redundaba en la preocupación de que finalmente se finalizara el proceso de producción de leche llevando a la interrupción involuntaria de la LM. Estas mujeres madres, que se percibían incapaces de resolver por sí mismas las necesidades de sus hijos, buscaron ayuda en los profesionales de la salud con resultados insuficientes e ineficaces, sintiéndose en algunos casos frustradas por la situación, pero a su vez encontrando alivio y una solución a sus problemáticas con la lactancia mixta. Finalmente, optaron por la leche de fórmula, dada la recomendación de miembros de sus redes de apoyo, lo cual concluyó en una vía suficiente para alimentar a sus bebés.

En el caso de las mujeres madres que optaron por sumar la leche de fórmula previo a lo indicado por los profesionales de la salud, se puede discernir un “sentido común” sobre su inclusión antes de los seis meses. Hacen referencia a

recomendaciones de sus familiares (sobre todo de sus madres) y de la creencia de que era adecuado y esperable que suceda; asimismo, es coherente con sus propias actividades y deseos: la inclusión de la leche sustituta les permitía seguir realizando sus tareas por fuera del hogar, sin necesidad de llevar al bebé con ellas y exponerlos al exterior. Así, la leche sustituta es una herramienta aceptada y prevista para su autonomía, sin que ello signifique condicionarse por la necesidad de alimento del bebé.

Las experiencias subjetivas de cada mujer son diversas, pero se puede reconocer una ambivalencia entre sentimientos de satisfacción, felicidad y alegría, con miedos, malestares y estrés. Esto da cuenta del sentido de que existen diversas formas y experiencias de ser madres, tantas como mujeres hay.

Esto es así porque efectivamente la maternidad es una crisis en la identidad, genera conflictos en distintos niveles en las vidas de estas mujeres (Moreno, 2009; Paterna y Martínez, 1999, citado en Pérez, 2015). Desde conflictos con las familias que no aceptan su maternidad, o con parejas que deciden separarse, hasta las ansiedades y los miedos asociados al cuidado de sus bebés (Cortés-Rúa y Díaz-Grávalos, 2019; Fernández et al., 2013); la experiencia de ser madre no es única ni tampoco es esencialmente "feliz", sino que es un proceso de aprendizaje con una altísima demanda de recursos personales que puede afectar gravemente a estas mujeres, además de los discursos sociales que demandan cierta forma de ser y hacer.

Estos discursos sociales pueden ser identificados en la interferencia de miembros de los grupos familiares, reafirmando cierto tipo de prácticas "más adecuadas", como en darle la leche sustituta previo a los seis meses de edad. En este sentido, se rescata lo comentado por A: escuchar al bebé, conectarse con lo que él o ella necesita, y confiar en su intuición. Esto es más evidente en los casos de madres primerizas, donde no se cuenta con experiencias previas de materner que aumentan los niveles de estrés e incertidumbre (Vergas-Porras et al., 2020).

Es por esto que la lactancia viene a ser una experiencia central en la relación y conexión madre-bebé, de allí el hecho de que sea complejo hablar de lactancia sin hablar de maternidad (Liguori y Cacciola, 2019).

Asimismo, estas mujeres madres generaron redes de apoyo para poder afrontar esta situación: apelaron a sus familias de origen, sobre todo a sus madres y hermanas, a amigas, a sus parejas o ex-parejas y padres de sus hijos. Esta matriz de apoyo (Stern, 1985) es un lugar de sostén para estas mujeres, a las cuales pueden recurrir en caso de miedos, dudas o necesidad de ayuda o acompañamiento. Pero es clave, como nombra Stern (1985) la regulación que ellas hacen, de forma activa, de esta red. Así, son ellas las encargadas de organizar la interacción de forma tal que sigan tomando activamente el rol de materno (y que no lo tome alguien de su matriz de apoyo) sin que eso signifique abandonar esta red de contención.

Esto se puede ver en los casos donde las abuelas de los bebés toman un rol tan presente que los bebés las identifican como referencia de cuidado y "las siguen para todos lados". La convivencia con la familia de origen ha sido señalada como una variable que tiene como consecuencia niveles bajos de adopción del rol materno (Garrido-Hidalgo y Marchán-Coronado, 2011).

Efectivamente, la convivencia con la pareja también ha dado cuenta de ser un aspecto de protección y cuidado que mejora los niveles de adopción del rol materno. Así, se construye un proyecto de vida en conjunto que configura los vínculos y permite proyectar la familia propia, en el caso de que no esté dada (Garrido- Hidalgo y Marchán-Coronado, 2011).

La red de apoyo y la autonomía en adoptar el rol de las madres no deben ser experiencias contradictorias. Son varios los casos que reafirmaban el "aprendo yo sola", lo cual es loable puesto que promueve la búsqueda independiente de soluciones y refuerza la autoeficacia; pero también puede ser un indicador de

pérdidas de fuentes de apoyo, de las limitaciones para registrar ciertas problemáticas como pertinentes en la búsqueda de ayuda profesional, o de la incapacidad de reconocer recursos externos para solicitar auxilio.

En este estudio, dos de las cinco participantes tenían solo educación primaria. Sin embargo, no se puede establecer una relación clara respecto del nivel de estudio y las causas del abandono de la LME; esto se contradice con lo reportado por el estudio de Delgado-Caberra et al. (2006); existe una evidente diferencia en el tamaño de la muestra, pero sí es interesante profundizar que la falta o limitada educación formal puede estar ocurriendo de forma paralela (y no ser causa de) al abandono de la LME. Es decir, puede existir una fuente común, anterior, que sea capaz de explicar tanto el abandono escolar como la LME.

Por otro lado, podemos hablar de que el acompañamiento limitado e inoportuno es una de las variables que evidentemente impactó en la decisión de estas mujeres madres en alimentar a sus bebés con leche materna.

Así, se reconocieron dos sentidos: por un lado, su preocupación sobre la salud del bebé, sobre su adecuada alimentación, que incidió en aportar por la leche de fórmula para satisfacer sus necesidades. Por otro lado, la información contradictoria e insuficiente ofrecida por los servicios de salud, que además contrastaba con otros discursos sociales: así, las recomendaciones realizadas por los profesionales de salud no fueron suficientes para incidir en otro tipo de prácticas sociales, que estas participantes tenían incorporadas como esperables.

Estos resultados se condicen con los reportados en el estudio de Forero et al. (2013), sobretodo en relación a la búsqueda de estrategias de alimentación complementarias saludables que las mujeres madres despliegan para alimentar a sus bebés, así como del accionar de los profesionales de salud.

Esto se ve acentuado por el contexto social y sanitario del aislamiento social, preventivo y obligatorio producto de la pandemia por SAR-CoV-2 en la

Argentina. Esto conllevó medidas políticas, sociales y sanitarias que tuvieron un impacto en el sostenimiento de la atención y el vínculo con los profesionales de salud próximos. Así, frente al desconcierto y la incertidumbre, y la incapacidad de poder acceder a profesionales de la salud que pudieran ofrecer soluciones aceptables, las mujeres madres optaban por medidas como la leche de fórmula.

Los limitados recursos con los que cuentan los centros de salud de proximidad a la comunidad terminan generando situaciones donde se restringe el acceso a la salud. Esto es un obstáculo no previsto para el acceso equitativo a la salud (UNICEF, 2012): las mujeres que podían remitirse a otro centro de salud tenían otro tipo de herramientas para afrontar estas situaciones. Es decir, los centros de atención primaria de la salud, próximos a las viviendas de estas mujeres, se encontraban con la tensión de responder a las demandas locales "urgentes" vs. con promover el distanciamiento y aislamiento social; tampoco contaban con los elementos necesarios de protección para sostener una atención normal. Así, no se podía ofrecer la respuesta de atención integral (Ministerio de Salud, 2017) a estas mujeres y a sus bebés.

Esto redundaba en mayores niveles de malestar e incertidumbre, con la preocupación de que estos mismos niveles de estrés sean producto de la baja producción de leche. Lo cual conllevó, finalmente, a optar por una solución suficiente para su problema.

Por otro lado, no se debe dejar de nombrar los obstáculos en el acceso a la salud. Estos pueden ser desde geográficos, por la distancia, hasta simbólicos. Si bien la estrategia de APS viene a saldar aspectos de esta problemática, todavía queda camino que recorrer sobre las valoraciones que hacen los equipos de salud sobre estas mujeres y sus familias.

Por un lado, porque no es algo que pase desapercibido para ellas, con todo lo que esto conlleva: abandono de los tratamientos, referencia a otros centros de

salud más lejanos, desconfianza en los profesionales; y por otro lado, porque si bien seguramente son señalamientos que nacen de su experiencia y de sus mejores intenciones, son también obstáculos en el acceso a la salud de la comunidad en su totalidad: las personas desarrollan y despliegan las mejores herramientas que pueden, para afrontar las adversidades de la vida diaria. Estas actitudes invalidantes son, efectivamente, obstaculizadores simbólicos en el acceso a la salud.

Estos impedimentos en el acceso tienen como consecuencia la búsqueda de otros referentes de salud para poder auxiliarse. De esta forma, las mujeres madres se remiten a otras clínicas y a otros profesionales de la salud para poder dar cuenta de sus necesidades y buscar respuestas. También esto se relaciona a sus preferencias de atención y al vínculo que generan con el personal administrativo y los profesionales de la salud. Es decir, no se descarta el deseo (y las posibilidades materiales) de acceder y remitirse a otros centros de salud.

Pero esto no debe ir en detrimento a la atención integral de la salud. Se deben generar las estrategias de comunicación entre los distintos niveles y centros de atención, para poder realizar intervenciones oportunas respecto de la salud de estas mujeres madres y sus bebés. Reconocer esta práctica de las mujeres madres no debe ser un limitante en el acceso a la atención integral de su salud.

Concluyendo podemos decir que las recomendaciones de Marasco (2005) son ampliamente reafirmadas por los resultados de este estudio. Efectivamente estas mujeres reconocen en la actividad de amamantar una experiencia agradable, linda y satisfactoria. Si bien puede ser dolorosa, molesta o difícil al inicio, en general todas acordaban sobre este punto de bienestar asociado a la práctica.

Así, es importante reconocer y derribar los mitos que las mujeres madres tienen. Para ello, es necesario hacer un adecuado diagnóstico de cuál es el

conocimiento con el que cuentan y ofrecer información oportuna y adecuada para acompañar el proceso de aprendizaje. En varios momentos se hacían referencias sobre la toma de líquidos como una medida para producir más leche (si bien la hidratación es importante, no es lo único que incide); la frustración de la falta de producción también obstaculiza la práctica de amamantar, la cual es efectivamente aquella que promueve la producción de leche materna (Marasco, 2005).

La conexión que realiza la madre con su bebé es particular y de ella se aprende a reconocer las necesidades del bebé, sus tiempos y requisitos. Así, los mitos y las preocupaciones producto de la novedad de las mujeres madres, pueden ser un obstáculo al momento de contactar con la experiencia de amamantar, derivando en que no sea satisfactoria, se fomenta el abandono y se opten por otras medidas de alimentación. Como comentaba una participante, se debe incentivar a que las madres aprendan y escuchen a sus bebés y que tengan confianza en lo que reconocen de esa interacción.

Esto no descarta la participación y la creación de matrices de apoyo (Stern, 1985). Pero es importante reconocer el rol de estas redes, su interacción y organización, como medida de acompañamiento: es horizontal, no vertical; es apoyo y sostén, no directrices; es un espacio de cuidado y seguro, no de descalificación. Es decir, la autonomía e independencia de las mujeres madres no va en detrimento de sus redes de apoyo.

La falta de información oportuna y adaptada a las necesidades de las mujeres madres fue uno de los obstáculos más presentes. Por tal motivo, es preciso generar estrategias profesionales que estén acordes a las realidades de estas mujeres madres y sus bebés, para que las recomendaciones sean pertinentes. Así, la intervención eficaz se liga a la promoción y a la prevención, con equipos de salud formados y capacitados para el trabajo con estas poblaciones.

Esto también se refiere a las estrategias para la referencia y contra-referencia entre los distintos niveles y centros de salud. La comunicación entre profesionales de la salud es indispensable para lograr intervenciones eficaces, eficientes y efectivas, así como oportunas y pertinentes, y finalmente adaptadas a las necesidades concretas y los deseos de estas mujeres madres.

Los centros de salud comunitarios deben ser la principal referencia de las mujeres madres para la atención de bajo nivel de complejidad de su salud. Sin embargo, son varios los obstáculos para establecer la APS como “la mejor opción” entre las posibilidades de acceso que cada una tiene. De este modo, es importante que los profesionales puedan reconocer qué prácticas son funcionales (y cuáles no) para el logro de este objetivo.

Asimismo, es fundamental trabajar con la comunidad en su conjunto. En algunos casos, eran las abuelas de los bebés los que proponían e insistían en el uso de la leche sustituta; igualmente, existe un "sentido común" o una representación social a favor del uso de las fórmulas lácteas aún antes de lo aceptable. El trabajo con la comunidad, promoviendo la práctica y el reconocimiento del valor de la LME podría ser una estrategia adecuada para trabajar los mitos e incentivarla.

Esto insistiendo en la APS como una herramienta eficaz en la atención de la salud de estas mujeres madres, sus bebés y sus familias. Sobre todo, ante la vulnerabilidad socioeconómica en la que se encuentran muchas de ellas. Así, algunas tenían la posibilidad de remitirse a otro centro de atención, pero esto no es la realidad de todas y ellas (y de muchas otras). Sin embargo, la APS no debería ser la opción de aquellas que no pueden solventar económicamente otra opción, sino que debería ser el centro de referencia de la comunidad en su conjunto para la atención de su salud.

Poder posicionar los centros de atención comunitarios de la salud como un

referente satisfactorio para promover, prevenir y tratar la salud-enfermedad, es una medida clave para garantizar no solo el acceso a la salud integral, sino el sostenimiento de la LME hasta los seis meses.

"La lactancia materna salva vidas" reafirma Fore, Directora Ejecutiva de la UNICEF y para ello requiere apoyo (OMS y UNICEF, 2018, p. 4). La guía y el apoyo tienen que ser traducido en políticas públicas sanitarias acordes a las necesidades y requisitos de las poblaciones con las cuales se trabaja. Reconocer el valor de la lactancia materna exclusiva es el primer paso, pero es necesario fomentar intervenciones que mejoren e incentiven esta práctica, redundando no solo en la salud de los bebés, sino en experiencias de maternar más plenas y satisfactorias; es decir que el hecho de conocer lo que se plantea en las Organización tales como UNICEF, OMS, Ministerio de Salud, entre otras, es importante conocerlo, y transmitirlo con responsabilidad, pero siempre y cuando se respete y se acoja a la mujer madre, con sus elecciones y decisiones en base a la información.

### **Limitaciones del estudio**

En primer lugar, una de las limitaciones que emergieron en el estudio fue la condición de aislamiento social, preventivo y obligatorio decretado. Esto dificultó la posibilidad de encuentro en un lugar seguro, tranquilo y cómodo, para generar un diálogo dinámico y confiado. Las medidas de distanciamiento social, los encuentros en espacios abiertos, entre otras, se volvieron obstáculos para poder generar un contexto de entrevista adecuado para profundizar en las experiencias de varias participantes.

Esto también obstaculizó el acceso a más participantes; se prefirió un número reducido de ellas tanto por la oportunidad de profundizar más en los encuentros sobre distintos temas, como para limitar las interacciones en este contexto de pandemia.

Esto restringió la capacidad de conocer más sobre las experiencias de estas mujeres, sobretodo de dos casos. Las respuestas escuetas y la incomodidad fueron evidentes; el contexto donde se realizó la entrevista no permitió desplegar estrategias para mejorar estas variables de forma tal que no interfirieran en la relación entrevistadora-entrevistadas y se pudiese llegar a conocer, de forma más integral, su experiencia subjetiva.

También el foco de la temática es innovador. Esto tuvo como consecuencia entrevistas extensas, profundas y animadas; pero también otras más sintéticas, con silencios y risas nerviosas. Esto era más claro en los momentos en los cuales se les consultaba sobre su experiencia individual, subjetiva, sobre ser madres y dar el pecho; pero sobre todo al poder reconocer el malestar que viene de la mano con afrontar una tarea tan desafiante como un hijo, especialmente para una mujer madre primeriza.

### **Líneas futuras de investigación**

Como estudio fenomenológico, esta investigación permite reconocer las experiencias subjetivas e integrales de los participantes. Así, los objetivos fueron satisfactoriamente logrados. Sin embargo, quedan aspectos sobre los cuales profundizar.

En primer lugar, sería interesante poder ampliar la muestra para reconocer si las experiencias de estas mujeres son similares a las de otras mujeres madres. De ser así, actuarían como indicadores de las limitaciones que se está teniendo, desde el sistema de salud, de fomentar la LME de forma adecuada, oportuna y eficaz. Esto es así porque las mujeres refieren reconocer el rol de la LME, pero aun así decidieron tomar otros caminos. Esto no fue como una oportunidad de construir nuevas maternidades (Botía-Morillas, 2019) sino que fue producto de sus miedos e inseguridades, o de la incapacidad de poder incorporar la información obtenida a sus condiciones concretas de existencia.

En segundo lugar, sería interesante profundizar los sentidos atribuidos al ser "mujer" en estas maternidades. Si bien en este estudio se consideró entre las preguntas, no fue el aspecto a profundizar. De este modo, es importante reconocer cómo la maternidad se integra en el proyecto de vida de estas mujeres, pero no necesariamente es el único ni, tampoco, el prioritario. Esto también juega un rol en el sostenimiento de la LME: la expectativa de hacer otras actividades, de no estar disponible para amamantar al bebé, son razones por las cuales se puede y se opta por las fórmulas sustitutas.

En tercero, los resultados del estudio permiten delinear futuras acciones de investigación-acción de la mano de los profesionales de la salud comunitarios, para poder articular una práctica que, de forma sinérgica, construya teoría sobre cómo intervenir en estos contextos desfavorables: tanto para la vida, como para la satisfacción de necesidades básicas, como para la LME, una herramienta indispensable para garantizar el bienestar integral de los bebés y de sus madres.

## BIBLIOGRAFÍA

- Belintxon-Martín, M., Zaragüeta, M. C., Adrián, M. C., y López-Dicastillo, O. (2011). El comienzo de la lactancia: experiencias de madres primerizas. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 34(3), 409-418. <https://dx.doi.org/10.4321/S113766272011000300007>.
- Botía-Morillas, C. (2019). ¿Deshaciendo o reproduciendo prácticas de género? Ambivalencias en madres primerizas y profesionales en España. *REIS: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (166), 25-44.
- Bowlby, J. (1995). *Teoría del apego*. Barcelona: Paidós.
- Camargo-Figuera, F. A., Latorre-Latorre, J. F. y Porrás-Carreño, J. A. (2011). Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Revista hacia la Promoción de la Salud*, 16(1), 56-72.
- Constitución de la Nación Argentina. Santa Fe, Argentina, 22 de Agosto de 1994. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>.
- Cortés-Rúa, L. y Díaz-Grávalos, J. (2019). Early interruption of breastfeeding. A qualitative study. *Enfermería Clínica*, 29(4), 207-215. <https://doi.org/10.1016/j.enfcle.2018.11.001>.
- Correa Suárez, G. M. (2014). *Significado de la experiencia de la lactancia materna exclusiva para la madre en los primeros seis meses de vida de su hijo*. Facultad de Enfermería (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/54979>.
- Cuentas-Mamaní, G. y Quispe-Coarquirá, N. (2015). *Conocimientos y Actitudes hacia la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes con niños 0-6*

*meses que acuden al puesto de salud Canchi Grande Juliaca* (Tesis de Grado). Universidad Peruana de Unión. Recuperado de: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/243>.

Delgado, A. O. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(1), 65-81.

Delgado-Becerra, A., Arroyo-Cabrales, L. M., Díaz-García, M. A., y Quezada-Salazar, C. A. (2006). Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención. *Boletín médico del Hospital Infantil de México* 63(1), 31-39. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S166511462006000100005](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S166511462006000100005).

Dermer, A. (2004). Los beneficios de la lactancia para las madres, uno de los secretos mejor guardados. *Nuevos Comienzos* 14(1)1. Recuperado de: <https://laligadelaleche.org.mx/los-beneficios-de-la-lactancia-para-las-madres-uno-de-los-secretos-mejor-guardados/>.

Federación de Psicólogos de la República Argentina. (2013). *Código de Ética Nacional*.

Felitti, K. A. y Rizzotti, A. (2014). Creencias, actitudes y experiencias de estudiantes estadounidenses en Buenos Aires en relación al (su) cuerpo en el espacio público. En *Jornadas de Género y Diversidad Sexual (GEDIS)*. Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata.

Fernández, A. M (1993). *La mujer de la Ilusión, pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Buenos Aires: Paidós.

Fernández, S. B., Vizcaya-Moreno, M. F. y Pérez-Canaveras, R. M. (2013). Percepción de la transición a la maternidad: estudio fenomenológico en la provincia de Barcelona. *Atención primaria*, 45(8), 409-417.

- Figuera, F. A. C., Latorre, J. F. L. y Carreño, J. A. P. (2011). Factores asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva. *Revista hacia la Promoción de la Salud*, 16(1), 56-72.
- Figuroa, L. S. (2020). *Introducción a la Salud Pública*. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Documento Recuperado de: <https://saludpublicayepi.files.wordpress.com/2012/06/documento-3er-parcial-compilacion-4-documentos.pdf>.
- Forero, Y., Rodríguez, S.M., Isaács, M.A. y Hernández, J. A. (2013). La lactancia materna desde la perspectiva de madres adolescentes de Bogotá. *Biomédica* 33(4), 554-563. DOI: <https://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v33i4.1470>.
- Garrido Hidalgo, M. del C. y Marchán Coronado, M. (2011). Adopción del rol materno en madres adolescentes primerizas según grupo de convivencia. *Revista de Psicología Trujillo*, 13(1), 11-28.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., y Baptista-Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación (6 ° Ed.)*. Buenos Aires: McGraw Hill.
- Kagan, J. (2005). Temperamento. *Enciclopedia sobre el desarrollo de la primera infancia*. Recuperado de <http://www.encyclopedia-infantes.com/sites/default/files/textes-experts/es/2379/temperamento.pdf>
- Kroegel, A. y Luna, R. (2014). Atención primaria de Salud. Principios y Métodos. *Scribd*. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/226303915/1-Kroeger-Luna-Atencion-Primaria-de-Salud>
- Lasala, M. y Levallois, M. (2019). Atención Primaria de la Salud. *Scribd*. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/429060762/Atencion-primaria-de-salud>

Laza Vásquez, C., Pulido Acuña, G. P. y Castiblanco Montañez, R. A. (2012) La fenomenología para el estudio de la experiencia de la gestación de alto riesgo. *Enfermería Global* (28) 295-305. ISSN 1695-6141.

Leal. N. Comunicación personal, 7 de Febrero de 2020.

Lemus, J. D., Aragüés, V. y Oroz, M. C. L. (2013). *Salud Pública y Atención Primaria de la Salud. Scribd*. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/342862775/Salud-Publica-y-Atencion-Primaria-de-La-Salud-Lemus>.

Ley N° 23.849. *Convención sobre los derechos del niño*. Información legislativa. Ministerio de justicia y derechos humanos. Presidencia de la Nación, Argentina, 27 de septiembre de 1990. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/249/norma.htm>.

Ley N° 20.744. *Ley de Contrato de Trabajo*, Buenos Aires, Argentina, 13 de mayo de 1976. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/25552/texact.htm>

Ley N° 25.929. *Parto Humanizado y la cobertura por las obras sociales y las entidades de medicina prepaga, de las prestaciones afines*. Argentina, 1 de Octubre del 2015. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>.

Ley N° 26.873. *Lactancia materna. Promoción y concientización pública*. Boletín oficial de la República Argentina. Argentina, 7 de Agosto del 2013. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/218212/norma.htm>.

Ley N° 6063/83 de Ejercicio Profesional del Psicólogo de la Provincia de Salta. Ciudad de Salta, 11 de febrero de 1983. Recuperado de [http://bvs.psi.uba.ar/local/File/Salta\\_Ley-6063.pdf](http://bvs.psi.uba.ar/local/File/Salta_Ley-6063.pdf).

Llaya, J. (2007). *Actores y Agenda en el Sistema de Salud Argentino. Ministerios de Salud Provinciales: El Caso de Salta*. En Ciclo de Seminarios de Salud y Política Pública, Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Buenos Aires. Recuperado de <http://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/3706/1/SSPP200704.pdf>.

Liguori, N. y Cacciola, M. (2019) *introducción a la psicología del puerperio y lactancia materna*. Power-point presentado en el programa de actualización en lactancia y salud mental. Buenos Aires, Argentina: Impronta Perinatal. Recuperado de: [https://drive.google.com/drive/folders/1dLIDrkrHGhFlba9betuF0Lzc3eFdsqa?fbclid=IwAR23kuLR6GBj7HjifRTNTXOuppt\\_RM3jlq1JKUMoYIX0EPJTkc ccKROM120](https://drive.google.com/drive/folders/1dLIDrkrHGhFlba9betuF0Lzc3eFdsqa?fbclid=IwAR23kuLR6GBj7HjifRTNTXOuppt_RM3jlq1JKUMoYIX0EPJTkc ccKROM120).

Lucchini, C. y Márquez, F. (2015) *Lactancia materna, un círculo virtuoso de la vida*. Santiago de Chile. Ediciones Universidad Católica de Chile. Recuperado de: <https://books.google.com.ar/books?id=3e1TDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=lactancia+materna&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjg5sn82PrnAhUHJrkGHd0xDS0Q6AEIRDAD#v=onepage&q=lactancia%20materna&f=false>.

Lucchini-Raies, C., Márquez-Doren, F. y Rivera-Martínez, M. S. (2017). Yo quiero amamantar a mi hijo: Develando la experiencia de mujeres que enfrentaron dificultades en su proceso de lactancia. *Revista chilena de pediatría*, 88(5), 622-628.

Machuca, M. (15 de Enero de 2020) Comunicación personal sobre Salud Pública.

- Marasco, L. (2005). Mitos falsos sobre la lactancia. *Nuevo Comienzo* 14(4), 1.  
Recuperado de <http://www.ligadelaleche.org.ar/informacion-sobre-lactancia>
- Ministerio de Salud (2019). *Programa Sumar, la ampliación del Plan Nacer*.  
Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000164cnt-diptico-informacion-institucional.pdf>.
- Ministerio de Salud de la Nación (2018). *Situación de la Lactancia Materna en la Argentina*. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/images/stories/ryc/graficos/00000001135cnt-lactancia-materna-argentina-2015.pdf>.
- Ministerio de Salud (2017). *Plan para la reducción de la mortalidad materna infantil, de las mujeres y de los adolescentes*. [Archivo pdf]  
<http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/institucional.html#:~:text=El%20Plan%20para%20la%20Reducci%C3%B3n,no%20planificado%2C%20la%20incidencia%20y>.
- Ministerio de Salud (2017). *Curso de salud social y comunitaria*. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/00000001069cnt-modulo-1-curso-salud-sociedad-2017.pdf>.
- Ministerio de Salud Pública (2016). *Plan quinquenal de Salud*. Recuperado de [http://boletinoficialsalta.gob.ar/NewDetalleResolucion.php?nro\\_resolucion=1897/14](http://boletinoficialsalta.gob.ar/NewDetalleResolucion.php?nro_resolucion=1897/14).
- Munive, M. V., Cárdenas, Á. R., y Castro, A. R. (2012). Motivaciones de la madre para amamantar: una experiencia a partir de la capacidad de escuchar. *Duazary: Revista internacional de Ciencias de la Salud*, 9(2), 116-122.
- Moreno, A. (2009). *Los debates sociales de la maternidad: maternidad y maternidades*. En C. Bernis, R. López, P. Montero (Eds.), *Determinantes*

*biológicos, psicológicos y sociales de la maternidad en el Siglo XXI: Mitos y realidades*, (pp. 3-19). Madrid: Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid.

Oiberman, A. (2005): Historia de las madres en occidente: repensar la maternidad. *Psicodebate*, 5, Universidad de Palermo, 115-130.

Oiberman, A., y Paolini, C. I. (2018). Proceso de la maternidad y maternaje: fundamentación teórica. *Enciclopedia Argentina de Salud mental*. Recuperado de <http://www.encyclopediasaludmental.org.ar/trabajo.php?id=45&idtt=97>.

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Recomendación de la OMS sobre la alimentación del lactante*. Recuperado de: [https://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding\\_recommendation/el](https://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommendation/el).

Organización Mundial de la Salud (2018). *La OMS y el UNICEF publican nuevas directrices para promover la lactancia materna en los establecimientos de salud de todo el mundo*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/detail/11-04-2018-who-and-unicef-issue-new-guidance-to-promote-breastfeeding-in-health-facilities-globally>.

Oliver, A. (2012). *El abandono prematuro de la lactancia materna: incidencias, factores de riesgo, y estrategias de protección, promoción y apoyo de la lactancia* (Tesis Doctoral). Universidad de Alicante, España.

Palmér, L., Carlsson, G., Brunt, D., 7 Nyström, M. (2015). Existential security is a necessary condition for continued breastfeeding despite severe initial difficulties: a lifeworld hermeneutical study. *International Breastfeeding Journal*, 10(1), 17.

Pérez, M. (2015). *Maternidades y lactancias. La lactancia materna desde la perspectiva de género* (Tesis Doctoral). Universidad autónoma de Madrid.

Recuperado de [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/676057/perez\\_bravo\\_maria\\_dolores.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/676057/perez_bravo_maria_dolores.pdf?sequence=1).

Ramírez, G. (2010). Diferencia entre experiencia objetiva y experiencia subjetiva. *Filosofía del Leguaje* 1(1). Recuperado de <https://urfilosofiadellenguaje.wordpress.com/2010/03/15/gilbertoramirez-no1-diferencia-entre-experiencia-objetiva-y-experiencia-subjetiva/>.

Rodríguez-Rendo, M. C. (2012). El sujeto a la intemperie. La cuestión del desamparo en Freud y en Lorca. *Norte de Salud Mental*, 10(42), 37-47.

Ruíz Pizzi, C. (2015). Motivaciones de madres de lactantes menores de 6 meses que asisten a la liga de la leche de Ñuñoa- Chile (Tesis de Maestría). Universidad de Chile. Recuperado de <http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/handle/123456789/385>.

Sacchi, M. (2019). *Las políticas de salud en Argentina. Análisis y perspectivas*. Salta, Argentina. Universidad Nacional de Salta. Recuperado de: [https://www.academia.edu/9608862/Las\\_pol%C3%ADticas\\_de\\_salud\\_en\\_Argentina.\\_An%C3%A1lisis\\_y\\_perspectivas](https://www.academia.edu/9608862/Las_pol%C3%ADticas_de_salud_en_Argentina._An%C3%A1lisis_y_perspectivas).

Seminario de Intervención y Políticas Sociales [SIPOSO] (2018). Diez pasos hacia una feliz lactancia natural. *Encarte del SIPOSO* (47), 1-3. Recuperado de: [http://www.siposo.com/IMG/pdf/encarte\\_siposo\\_47.pdf](http://www.siposo.com/IMG/pdf/encarte_siposo_47.pdf).

Sociedad Argentina de Pediatría (2019). *Preocupa la baja adherencia a la lactancia materna exclusiva en bebés menores de 6 meses*. Recuperado de [https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files\\_lactancia-07-19\\_1563389456.pdf](https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_lactancia-07-19_1563389456.pdf).

Stern, D. N., Bruschiweiler-Stern, N. y Freeland, A. (1999). *El nacimiento de una*

*madre: Cómo la experiencia de la maternidad cambia la vida para siempre.*  
Buenos Aires: Paidós.

Stern, D. N. (1985). *La constelación materna, la psicoterapia en las relaciones de padres e hijos.* Buenos Aires: Paidós.

Torres-Secchi, A. M. y Torres-Aliaga, T. M. (2010) ¿Por qué callan, si nacen gritando? Recuperado de [http://www.altaalegremia.com.ar/ArchivosWebsite/Poder\\_Accesibilidad.pdf](http://www.altaalegremia.com.ar/ArchivosWebsite/Poder_Accesibilidad.pdf).

UNICEF (2019). *Lactancia Materna.* Recuperado de [https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index\\_24824.html](https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html).

UNICEF Honduras (2012). *Lactancia materna.* Recuperado de [https://www.unicef.org/ecuador/Manual\\_lactancia\\_materna\\_web\\_1.pdf](https://www.unicef.org/ecuador/Manual_lactancia_materna_web_1.pdf).

Vargas-Porras, C., Hernández-Molina, L. M., y de Molina-Fernández, M. I. (2020). Aspectos percibidos por las madres primerizas como favorecedores en la adopción de su nuevo rol. *Revista Cubana de Salud Pública*, 45, e1573.

Vega Castro, S. (2014) *Experiencia de la lactancia materna y las razones de abandono: una perspectiva desde las madres en periodo de lactancia* (Tesis de Grado). Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá. Recuperado de <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/16035>.

Vera-Martin, H. (2009). Niveles de Atención en Salud. *Scribd*. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/23343816/NIVELES-DE-ATENCION-EN-SALUD>.

World Health Organization (2019). *Ten steps to successful breastfeeding.* [10 pasos para una lactancia feliz]. Recuperado de <https://www.who.int/nutrition/bfhi/ten-steps/en/>.

Yáñez, M. O. (2012). *La feria de Solidaridad Una Etnografía de las Ferias Americanas* (Tesis de grado). Universidad Nacional de Salta, Argentina.

Zuluaga, A. D. (2013). Atención Primaria de la Salud Renovada. *Scribd*.  
Recuperado de <https://es.scribd.com/document/148312188/Atencion-Primaria-de-Salud-Renovada>.

# ANEXOS

## ANEXO I: MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Salta, \_\_ del 2020

*“Las experiencias subjetivas de mujeres primerizas que por diversas razones no llegaron a brindar Lactancia Materna Exclusiva a sus hijos.*

Por la presente, yo \_\_\_\_\_  
D.N.I. \_\_\_\_\_ declaro que he recibido la información necesaria de forma clara y comprensible sobre la naturaleza, los objetivos, procedimientos y tiempo de duración de la investigación y la entrevista.

He comprendido que la participación en la investigación es voluntaria y he podido formular todas las preguntas que he creído convenientes.

Tengo conocimiento de que puedo interrumpir libremente mi participación en cualquier momento de la entrevista.

Por lo expuesto brindo mi consentimiento informado para participar en la citada investigación.

**Firma de la Investigadora**

**Firma**

**Aclaración**

**D.N.I**

## **ANEXO II: GUÍA DE ENTREVISTA SEMI-DIRIGIDA**

*Fecha y hora:*

*Edad:*

*Lugar de residencia:*

*Nivel de estudios:*

*A que se dedica:*

*Fecha de nacimiento del bebé:*

*Edad actual del bebé:*

### **Algunos ejemplos de preguntas a realizar.**

#### **Contexto social, familiar e individual**

- *¿Cómo está conformando su grupo familiar?*
- *¿Con quién vive actualmente?*
- *¿A qué se dedica?*
- *¿Cómo es un día a día suyo?*

#### **Madre y lactancia materna exclusiva**

- *¿Qué es para usted la lactancia?*
- *Antes de ser madre... ¿Cuáles eran sus expectativas al respecto de la lactancia materna?*
- *¿Qué cree usted que fue lo más difícil al momento de amamantar?*
- *¿Qué razones tuvo o decidió interrumpir la lactancia o no pudo brindarla?*
- *¿Cómo se sintió al respecto?*

### **Madre y entorno familiar**

- *¿Cómo ha sido la relación con tu familia?*
- *¿Cómo tomo tu familia esto del embarazo?*
- *¿consideras que el apoyo de la familia es indispensable para el rol de mama?*
- *¿Crees la familia te enseñó algo en relación a la maternidad?*
- *¿Recibió algún tipo de ayuda por parte de su familia? ¿Cual?*

### **Madre y atención profesional de salud**

- *¿Cómo fue su experiencia con los equipos de salud que la atendieron?*
- *¿Qué esperaba de la ayuda que ha recibo de los servicios de salud a los que consulta habitualmente y consultó por estos temas?*

- *¿Qué consejos les daría a las madres que no saben qué hacer al respecto de brindar o no LME?*

# HOJA DE EVALUACIÓN

# HOJA DE EVALUACIÓN

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SALTA

FACULTAD DE ARTES Y CIENCIAS

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA



## PROYECTO FINAL DE TESIS

**TEMA:** Las experiencias subjetivas de mujeres madres primerizas que por diversas razones no llegaron a brindar Lactancia Materna Exclusiva a sus hijos

**ALUMNA:** MARIANA SALOMÓN

**DNI:** 35.479.589

**DIRECTOR DE TESIS:** Estela María Chardon

**DNI:** 13.653.303

**EVALUACION:**

**Decisión:**

**Tribunal evaluador:**

**Jurado:**

**Jurado:**

**Jurado:**

**Lugar y Fecha:**

*Mariana Salomón*  
Salomón Mariana

*Chardon*

Lic. Estela Chardon  
Psicóloga  
Matricula 45.650

AÑO 2020