

**Percepciones de mujeres acerca de su autonomía al no lactar exclusivamente
cuando produjeron insuficiente leche.**

Un análisis desde la autonomía relacional.

Laura Vanesa Ríos Samper

Medicina y Cirugía

Estudiante de cuarto semestre de Maestría en Bioética

Universidad El Bosque.

Departamento de Bioética

Maestría en Bioética

Universidad El Bosque

2020

**Percepciones de mujeres acerca de su autonomía al no lactar exclusivamente
cuando produjeron insuficiente leche.**

Un análisis desde la autonomía relacional.

Laura Vanesa Ríos Samper

Medicina y Cirugía.

Estudiante de cuarto semestre de Maestría en Bioética

Universidad El Bosque

Tutor teórico: Edgar Montoya. Medicina y cirugía. Pediatría. Maestría Bioética.

**Tutor metodológico: Hernando Clavijo. Medicina y cirugía. Doctorando en
Bioética. Maestría en Genética. Maestría en Educación Ambiental.**

Departamento de Bioética

Maestría en Bioética

Universidad El Bosque

2020

Firmas de aceptación de los jurados.

Jurado 1.

Jurado 2.

Jurado 3.

Jurado 4.

Agradecimientos

A mi familia: mi padre, mi madre, mi hermano y mi perro, quienes durante este período fueron mi bastón para empoderarme en mi rol de mujer dentro de un relacionamiento complejo y atravesado por la depresión. Igualmente, dedicado a Boris Pinto, Jhonatan López, María Lucía Rivera, Edgar Montoya y Hernando Clavijo por jugar un rol más allá de ser mis profesores o tutores, porque me permitieron afrontar y superar la situación de frustración vivida durante el desarrollo de este trabajo y estar ahí, más allá del proceso académico y lograr verme como persona y quizás, como amiga. Por último, dedicado a mis compañeros, especialmente a Patricia, Mariana, Dora y Kelly por estar junto a mí y no permitir que me rindiera en este trabajo de grado.

Dedicatoria:

A mí, por mi empeño y por no desistir.

Resumen

La producción insuficiente de leche es una situación que se presenta en algunas mujeres generando con frecuencia una situación de incertidumbre, dadas las orientaciones que tradicionalmente se brindan en el ámbito sanitario y sociocultural sobre la importancia de la lactancia materna. En este contexto se realiza una investigación cualitativa hermenéutica, a través de entrevistas semiestructuradas acerca de las percepciones de un grupo de mujeres en Colombia que produjeron una cantidad insuficiente de leche y por ello, decidieron no lactar de forma exclusiva. Dentro de los hallazgos se observa que la leche de fórmula corresponde a la única alternativa que las madres encuentran para lograr el bienestar de su bebé, más allá de las presiones ejercidas a nivel sanitario y sociocultural sobre las implicaciones negativas para el bebé. Sin embargo, se observan efectos negativos a nivel socioafectivo en algunas madres, como frustración y culpa, por lo cual, se logra denotar que las madres en situación de producción insuficiente de leche no pertenecen a un contexto sociocultural y de salud incluyente. Asimismo, desde la bioética también se evidencia en estos casos la importancia de la autonomía relacional, que se enfoca en el relacionamiento social, como parte fundamental en la toma de decisiones y que representa una alternativa a la autonomía tradicional individual.

Palabras clave: Percepciones, lactancia materna, producción insuficiente de leche, madres, autonomía relacional, contexto sociocultural, contexto sanitario, implicaciones socioafectivas, sentimientos.

Tabla de contenido

1. Introducción.	7
2. Planteamiento del problema.	8
3. Estado de la cuestión.	12
4. Marco teórico.	16
4.1. Autonomía relacional.	
5. Objetivos.	23
5.1. General	
5.2. Específicos	
6. Metodología.	24
7. Consideraciones bioéticas.	27
8. Resultados.	28
9. Análisis.	30
10. Conclusiones.	50
11. Referencias bibliográficas.	54
12. Anexos.	57

1. INTRODUCCIÓN

A continuación, un esbozo sobre el análisis de las percepciones que tienen un grupo de madres en Colombia al tomar la decisión de no continuar una lactancia materna exclusiva, cuando atraviesan por situaciones de producción insuficiente de leche y se les plantean estrategias de continuar estimulando el seno a través de la misma lactancia materna.

Un análisis realizado a través de una investigación cualitativa hermenéutica basada en una serie de entrevistas que permitió vislumbrar las percepciones, el agenciamiento, las presiones, los relacionamientos sociales, su noción de bienestar del bebé, las implicaciones sociafectivas y la relación con el contexto sanitario. Con el propósito de realizar una comprensión de cómo perciben estas madres su decisión de no ejercer la lactancia materna exclusiva desde una descomposición de la autonomía relacional, a partir de autoras como Catriona Mackenzie y Natalie Stoljar. Llegando a la visualización de las alternativas de las madres en dicha decisión, así como la relaciones entre las presiones externas y las implicaciones sociafectivas de las madres en medio del accionar promovido por el contexto sociocultural y sanitario de continuar con la estimulación de la lactancia materna y la frustración que enfrentan por el uso de leche de fórmula, en relación con el estudio de las relaciones entre las implicaciones para el bebé derivado de ello.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El Ministerio de Protección Social en convenio con Acción Social, UNICEF y el Programa Mundial de Alimentos (PMA) de las Naciones Unidas, en el plan decenal de lactancia materna 2010-2020 (2009) establece como una de sus metas para todo el territorio nacional el tiempo de seis (6) meses de lactancia materna exclusiva. Con respecto a estas metas, la Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN) para el 2015, indicó que el porcentaje de lactancia materna exclusiva en menores de seis meses fue de 36.1%, diez (10) puntos por debajo del indicador para el año 2005 (ENSIN, 2015).

Las metas mencionadas previamente hacen referencia a las basadas en acciones y objetivos tales como: (Ministerio de protección social et al., 2009)

- Contar con servicios institucionales a favor de la lactancia materna que sustenten el compromiso y cumplimiento de condiciones que aportan al logro de índices de iniciación, duración y adecuada alimentación de los menores de dos años de edad.
- Control de la iniciación de la lactancia, de su exclusividad y sus índices de duración utilizando indicadores, definiciones y métodos estándares.
- Estructuración de alternativas de acceso a leche materna para poblaciones vulnerables e hijos-hijas de madres con criterios biopsicosociales que les imposibilitan el amamantamiento (VIH, drogadicción, madres con quimioterapia, embarazos múltiples, cirugías de mama, muerte materna).

Por otra parte, en el plan decenal se establece que “en la comprensión de lo que es la lactancia materna y los avances o limitaciones de las acciones de promoción, protección y apoyo, es necesario reconocer los factores que la favorecen y obstaculizan”. (Ministerio de protección social et al., 2009, p.47)

Por lo cual, es importante comprender que uno de los factores que limitan la lactancia materna, es la producción insuficiente de leche. Esta, a su vez, corresponde con las siguientes etiologías: (Huestes, 1996; Anderson, 2017).

- Un retraso en la progresión habitual de la producción de calostro a la producción abundante de leche, que las madres perciben como aumento de la plenitud y que normalmente ocurre dentro de las setenta (72) horas posteriores al parto. Común en mujeres con obesidad previa al embarazo, hipertensión inducida por el embarazo, síndrome de ovario poliquístico y otras como los fragmentos placentarios retenidos y la insuficiencia hipofisaria.

- Desarrollo insuficiente de los senos durante el embarazo, lo que puede deberse a tejido glandular congénito insuficiente, cirugía o irradiación mamaria previa, resistencia a la insulina, niveles altos de andrógenos u otras anormalidades.

- La cirugía materna anterior puede dar lugar a una producción pobre de leche.
- Algunos medicamentos maternos.
- Embarazo posterior.
- Mala extracción de leche.

En cuanto a la epidemiología, la ocurrencia de este factor, es decir, la insuficiencia en la producción de leche, en algunos estudios realizados en Colombia arrojan que es esta la causa más asociada con el abandono de la lactancia materna exclusiva, con porcentajes que varían desde un 45% hasta un 83% (López, Martínez y Zapata, 2013).

Por otro parte, se contempla que el manejo médico de primera línea en la mayoría de las etiologías mencionadas previamente corresponde a una estimulación del seno a través de la misma lactancia materna con las técnicas adecuadas para la misma y consideran el uso de sucedáneos como última opción a considerar, así como el empleo de bancos de leche por su poca disponibilidad (American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition, 2019).

Asimismo, en cuanto a su significado desde organizaciones científicas como la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) establece que la lactancia exclusivamente materna consiste en dar al lactante únicamente leche producida por la madre: no se le dan

otros líquidos ni sólidos —ni siquiera agua— exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes.

Es así, como las mujeres con problemas asociados a la producción insuficiente de leche, están envueltas en estrategias que implican continuar con la estimulación de la lactancia materna y en acciones propuestas por el plan decenal que involucran indicadores de duración e iniciación, así como en la implementación de estrategias alternativas dadas solo en un grupo que a su vez, no incluye a aquellas con producción insuficiente de leche materna.

La realidad como es experimentada, ergo, la percepción, desde autores como Carrete y Friedman (1982). Una experimentación como parte del procesamiento de información fuente de estímulos proveniente de receptores de la actividad propia de cada individuo que desde autores como Heider (1958) involucra la interacción social desde la atribución, la cognición social y la inferencia, dependiente del reconocimiento de los sentimientos, pensamientos y conductas (Moya, 1999).

Una interacción social que así mismo implica nociones sociafectivas, es decir, la forma en cómo las emociones, los sentimientos y estados de ánimo acerca de nosotros mismos y de los otros se desarrollan, de tal forma, que compartimos estos a través de comportamientos externos que evidencian cómo son nuestras relaciones sociales. Es importante comprender que al hacer referencia al estado del ánimo, se trata de los sentimientos positivos o negativos que se encuentran en el trasfondo de nuestras experiencias cotidianas, mientras que las emociones son estados afectivos como los estados de ánimo, pero son formas de afecto en un período de tiempo más corto y son más fuertes y específicas (Saylor Academy, 2012).

De tal forma, que estas madres en su deseo de una alimentación para sus hijos, durante la implementación de estas estrategias y manejos que pueden requerir tiempo y esfuerzos adicionales, deciden no continuar con dichas estrategias y, por tanto, con el concepto de lactancia materna exclusiva, por lo cual, de forma paralela deciden emplear otras estrategias, tales como el uso de sucedáneos de leche materna.

De esta forma, las percepciones en torno a su decisión, corresponden a su conocimiento de sí mismas y, por tanto de su autonomía. De tal manera que los enfoques relacionales cobran importancia, dado que como manifiestan MacKenzie y Stoljar (2000), la

afectación del auto concepto se relaciona con su imaginario de sí mismas y políticas de salud pública como las descritas previamente limitan el campo de posibilidades de las mujeres, hasta el punto en que su imaginario puede llegar a verse comprometido y adicionalmente hacer necesario, estudiar las percepciones negativas y positivas acerca de sí mismas en cuanto a su proceso, con el fin de valorar aquellas situaciones en donde se analice si los conceptos de beneficio en relación a su rol de feminidad generan entornos de opresión que comprometen su autonomía, tal como expresa Stoljar en su libro junto a Catriona Mackenzie, *Relational autonomy. Feminist perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self* (2000).

Este enfoque permite que surjan preguntas acerca de la autonomía de las madres, más allá de su individualidad y libertad, a través de un contexto específico y social que tenga influencia en la decisión de no llevar a cabo la lactancia materna de forma exclusiva. Un concepto en donde la autonomía se entiende como intrínsecamente relacional, es decir, introduce las condiciones necesarias de autonomía que derivan de las relaciones sociales dentro de las cuales los agentes están integrados (Mackenzie y Stoljar, 2000).

Por lo cual, cuando se analiza esto, la pregunta acerca de la percepción del manejo de la producción insuficiente de leche se entiende como una necesidad, pues obliga a comprender el ejercicio de la autonomía por parte de este grupo específico de mujeres.

Es así, como podemos preguntarnos si esta situación es evidenciable en un grupo de madres en Colombia cuando tienen una producción insuficiente de leche y se enfrentan como consecuencia de ello a la obligación de decidir usar otras estrategias que lleven a la no lactancia materna de forma exclusiva. Por lo cual, surge la pregunta en torno a las percepciones de las madres acerca de cómo manejaron las consecuencias de tomar la decisión de no continuar lactando:

¿Cuáles son las percepciones de un grupo de mujeres en Colombia, acerca del manejo de su producción insuficiente de leche materna para su propia autonomía al decidir no lactar exclusivamente?

3. ESTADO DE LA CUESTIÓN.

Las mujeres se debaten entre los pros y contras de la lactancia materna, analizando factores de importancia para los infantes y para ellas mismas. Por tal razón, “analizar el “erróneo” pensamiento de la lactancia como un acto somático y pasivo y, a su vez, como moral o éticamente vacío o natural y pasivo” como se evidencia en tesis como las de Elizabeth Murphy (1999), a través de las cuales exalta en grandes rasgos las ramificaciones negativas que viven las mujeres cuando desean no amamantar o cuando eligen amamantar de una manera que se desvía de normas sociales tradicionales.

De esta forma diferentes estudios realizados en países desarrollados revelan que la decisión de amamantar está bajo un contexto de individualización y medicalización, donde se percibe un énfasis en la idea de que “el seno es lo mejor” y una noción de sentimiento de conformidad ante las exceptivas de “madre total”. Aun así, en contraposición, otros estudios concluyen que algunas mujeres bajo el ideal de “el seno es lo mejor” o “la madre buena”, toman una posición de resistencia a este paradigma dominante. Como es el caso de mujeres afroamericanas quienes consideran racializado, excluyente y como parte de la hegemonía blanca, las formas propuestas en torno a la lactancia (Muers, 2010).

Tales formas se expresan en la presión ejercida desde las campañas de lactancia que se encuentran basadas en creencias que ignoran las opresiones, conocimientos e impedimentos sociales de las mujeres que deciden no lactar en beneficio de sus hijos. Así entonces, explican las bajas tasas de lactancia materna en la debilidad del carácter individual de las madres y desconocen que ellas consideran esta decisión inviable, insegura y físicamente imposible. Sin embargo, al hablar de lactancia materna y la decisión de no realizarla, estamos en terreno de la alimentación con fórmula y concepciones injustas representadas en el querer hacer daño a sus hijos, generando sentimientos de culpa y vergüenza en el ser de estas mujeres. Sin embargo, no debe hacerse una interpretación de estos análisis desde una comparación del grupo de madres que lactan en contraposición con las madres que usan fórmula láctea, sino realizar un

entendimiento en el sentido que lo realiza Woollard, es decir, la madre puede usar fórmula y amamantar, al mismo tiempo o en diferentes momentos. Por lo tanto, una misma madre puede requerir un apoyo para amamantar y protección contra la culpa y lástima por usar la fórmula (Woollard, 2018, p. 1).

Dichas implicaciones socioafectivas, que, a su vez, diferentes autores abordan y no solo desde una noción sociológica sino desde una visión biológica, conciben que dados los cambios hormonales relacionadas al parto, las madres tienen mecanismos fisiológicos que las hacen más vulnerables a la depresión y que las situaciones de lactancia materna y las estrategias para lograr una exclusividad de la misma llevan a situaciones de ansiedad, que repercuten en una producción insuficiente de leche (Jalal, Dolatian Mahmoodi & Aliyari, 2017).

Similar a este enfoque y en relación con los planteamientos ejercidos por las campañas pro-lactancia materna, se tiene que la visión desde un enfoque meramente biológico ignora el papel de la madre y el uso de la palabra natural, tal como lo establece Martucci. Se refiere a un término muy ambiguo con múltiples descripciones y en el que buscar un medio efectivo más saludable no es quizás lo más ético, porque no se tiene en cuenta las visiones de dominancia vividas por ciertas mujeres, concebidas como experiencias traumáticas que llevan al desarrollo de concepciones negativas de la noción de maternidad y género (Martucci & Barnhill, 2017).

A partir de lo previamente entablado y teniendo en cuenta el juicio moral como una interpretación más allá de datos científicos, Kukla expone que cuando la lactancia materna no es una opción segura para una mujer, porque hay abuso sexual, falta de espacio privado, falta de apoyo dolor físico, VIH o infección de hepatitis, o cualquier otra razón real, se distorsiona su comprensión moral al decirle que está dañando a su hijo y negando su derecho natural si ella no lo lacta (Kukla, 2006).

Por lo cual se determina que la idea de tomar como línea de base de la norma, el enfrentar conceptos como: dañar, permitir el daño, beneficiarse, tener riesgos y beneficios en aplicabilidad de temas de alimentación infantil, nos lleva a pensar que, bajo el paradigma del uso de las nociones de beneficio vs. las nociones de riesgo, deben comprenderse desde un análisis de diferencia, acompañada de una clara información de resultados (Wollard, 2018).

Asimismo, desde un concepto de justicia distributiva tomado de Amartya Sen (2000) en relación a la teoría de las capacidades, entendida como la libertad fundamental para conseguir diversas cosas que una persona puede valorar o desear. Para el contexto de la lactancia materna, se encuentran enfrentadas a las capacidades de la madre vs. el desarrollo de las posibles capacidades del niño o niña, y considerando que el papel de la salud pública es fundamental en el planteamiento de estas campañas. Kukla, al referirse a la autonomía en contraposición la justicia distributiva defiende que: "... se limita la autonomía... que implica la capacidad positiva para una acción responsable, y esta capacidad se ve comprometida cuando se nos ofrece solo representaciones moralmente distorsionadas de la realidad y elecciones autodestructivas" (Kukla, 2006, p. 177).

Por lo cual, debemos redirigir los esfuerzos en la protección de la primera infancia y la salud del país tratando de ayudar a las madres en el manejo y control de sus personalidades y la toma de decisiones y considerar el ejercicio de la lactancia materna desde una opción cómoda e informada, sin limitar sus capacidades de elección respecto a la manera de cuidar a sus hijos desde la maternidad. De esta misma forma, para Muers, incluir decisiones de lactancia materna en temas de justicia social, es introducir la posibilidad de responsabilidades más amplias en relación con la lactancia materna y por ello, propone desde visiones respaldadas en Blum, que no debe esperarse a que las madres de forma individual realicen control total de sus entornos y sus hijos, cuando en ciertos contextos éstas no cuentan con los recursos para dicho fin (Muers, 2010 & Kakul, 2006).

En consonancia con lo anterior, otra autora a nivel nacional, Aida Lorena Díaz, expone una problemática a partir de un análisis desde la bioética de las realidades femeninas en relación con la lactancia materna a través de las perspectivas que estas tienen sobre sí mismas y una investigación cualitativa, por medio de la cual concluye que aspectos como el trato humanizado desde el personal de salud, el empoderamiento de las mujeres en temas de lactancia materna, el nivel de autonomía de las madres evidenciado a través de presiones sociales a nivel socioeconómico y, por último, una noción a nivel cultural vislumbrado a través de la corporalidad femenina entre otros, exige la necesidad de favorecer la autonomía informada en las madres para que ellas mismas sean quienes escojan las opciones (Díaz-Torres, 2020).

No obstante, es claro que la gran diferencia entre estas dos investigaciones está dado en la concepción de autonomía como eje central y desde un análisis de autonomía relacional, así como en una situación específica dada por la producción de leche insuficiente y las alternativas presentadas ante esta situación. Además, valga resaltar las presiones o influencias que forman parte de la esfera de toma de decisiones desde un entendimiento del contexto sociocultural, por lo que, el empoderamiento como construcción social se hace necesario para evitar el camino hacia contextos de vulnerabilidad dados por la falta de opciones y/o conocimientos que envuelva a estas mujeres en un círculo de culpa y carga de responsabilidad individualista.

4. MARCO TEÓRICO.

Para entender los conceptos de autonomía es importante hacer un recuento histórico de este término. María Inés Sarmiento en su libro *Evolución del concepto de autonomía (2009): Del pensamiento moderno al pensamiento contemporáneo*, destaca que en las sociedades premodernas y modernas, los hombres tomaban sus decisiones con fundamento en el pensamiento religioso y naturalista. De tal forma que, se forma el artificio conceptual de diferenciar dos tipos de voluntad en el hombre, la primera en relación con el deseo y la segunda, con la razón. Posteriormente, en la modernidad aparece el concepto de dignidad, el cual es el pilar para el análisis de la autonomía en esta época, resultando por tanto, contextos de paternalismo y emancipación. Igualmente, en esta época empiezan a surgir ideas en torno a la individualidad y cómo se presenta una situación paradójica entre la construcción como ser humano vs. la sociedad.

Posteriormente, la época contemporánea o posmoderna se rompe el vínculo con el orden, puesto que, el hombre se enfrenta a situación de discordancia entre el aumento creciente del poder del ser humano y la falta de un código de conducta apropiado para acompañar la utilización de dicho poder. Así como una confrontación entre el imperativo categórico y la incertidumbre, un análisis que al final permite un análisis del agente dentro de un contexto social embargado por la emocionalidad más allá de la razón, con lo cual se llega a lo que Sarmiento (2009) en su último capítulo, propone el futuro de la autonomía en la Bioética, basada en teorías de origen feminista.

4.1. **Autonomía relacional.**

Históricamente, el estatus de la mujer ha sido diferente al del hombre en muchas sociedades; Gilligan, justifica esta premisa en la teoría de que el desarrollo moral de las mujeres es diferente al de los hombres puesto que, por un lado, las primeras tienden a desarrollar un enfoque relacional, dándole importancia al compromiso y a la responsabilidad por las personas y, por el otro lado, los hombres realizan un análisis en cuanto a los derechos desde un enfoque de la libertad y la igualdad (Gilligan, 1977).

La autonomía, como señala Onora O'Neill, se puede rastrear hasta la antigüedad, época en la cual ésta no era otorgada a los individuos, sino a las ciudades para la creación de sus propias leyes. Sin embargo, con el pasar del tiempo, en el período moderno temprano y bajo la influencia de Immanuel Kant, se vincula este término con la moralidad, dado que se considera que solo al obrar bajo la ley moral, podrá ser entendido el accionar del hombre como autónomo, es decir, ambos términos se equivalen (O'Neill, 2003).

Con el pasar del tiempo, para la época contemporánea surge la autonomía individual, determinando que es la capacidad que se posee en menor o mayor grado para actuar de forma independiente en el camino correcto y adecuado. Bajo la misma corriente de la autonomía individual, surge el pensamiento de John Stuart Mill, quien no empleó de forma usual en sus escritos la palabra autonomía, sin embargo, en estos establece ideas de individualidad en torno a libertad de actuar de acuerdo al carácter de cada quien, siempre y cuando, no se afecte a otros, de tal forma que no se establezcan limitaciones externas (O'Neill, 2003).

El concepto de autonomía relacional, expresado por Natalie Stoljar y Catriona Mackenzie se trata de una visión reinterpretativa de la autonomía, basado en una crítica a la misma noción notoriamente libertaria e individualista. Esta visión de la autonomía como individual e independiente, es una de las bases de la crítica y reestructuración del concepto. (Mackenzie & Stoljar, 2000).

Un concepto que requiere de múltiples perspectivas para ser desglosado, pues como expresan las autoras antes mencionadas en la introducción de su libro:

El término “autonomía relacional”, como nosotras podemos entenderlo, no se refiere a un concepto único simplificado de la autonomía, sino que más que esto, se refiere a un término amplio, designando un rango de perspectivas relativas. Estas perspectivas comparten una convicción, en que las personas están inmersas socialmente y que las identidades de agentes están formadas dentro de un contexto de relación social e interrelacionado con determinantes sociales como la raza, clase, género y etnia. (Mackenzie & Stoljar, 2000, p.4)

Las cinco grandes críticas feministas se resumen en: simbología, metafísica, el cuidado, posmodernidad y diversidad. La primera de la mano de Lorraine Code, quien expone una crítica hacia el “hombre autónomo”, refiriéndose a éste como un ideal que gira en torno a

una obsesión por la autonomía. Ello, basado en una independencia y autosuficiencia meramente teóricas que en la práctica conlleva a la generación de visiones problemáticas, pues tal como argumenta ella, se prioriza esta serie de valores sobre otros, que requieren de la relación y la interdependencia, descritos como la confianza, lealtad, amistad cuidado y responsabilidad. Por otro lado, argumenta que se crea un agente atómico, alejado de conceptos de complejidad y diversidad. (Stoljar & Mackenzie, 2000).

En segundo lugar, encontramos la crítica desde la metafísica, la cual estipula que la autonomía hace referencia a un concepto de individualidad radical, en la que los agentes están aislados de otros agentes, concebidos por fuera de una concepción de relaciones comunitarias y familiares, se encuentran metafísicamente separados y no contenidos socialmente. En este sentido, Mackenzie y Stoljar, realizan una acotación expresando que las críticas desde el punto de vista metafísico parten del hecho de no separar la connotación de individualismo de la autonomía individual. (Stoljar & Mackenzie, 2000).

En tercer lugar, se encuentran las críticas desde el cuidado, aquellas que expresan que las ideas tradicionales de autonomía dan prioridad a la independencia, autosuficiencia y separación de los otros, a expensas del valor de las relaciones de dependencia e interconexión, los cuales, a su vez, son reconocidos como valores asociados a la feminidad, de ese modo la autonomía tradicional desvirtúa los valores de la mujeres como una oposición a la feminidad. Sin embargo, los críticos de estas teorías enfatizan que esta visión de la autonomía reconoce solo el papel de la mujer, dejando por fuera otras visiones respecto a otros grupos de seres oprimidos. Además, señalan que relaciones desde las cuales se construyen los fundamentos de esta crítica se basan en una relación madre-niño y que el resto de los relacionamientos quedan desvirtuados. (Stoljar & Mackenzie, 2000).

En cuarto lugar, Mackenzie y Stoljar (2000) esbozan la crítica del postmodernismo, la cual se fundamenta en bases de la teoría psicoanalítica, el poder y la agencia de Foucault y las teorías de diferenciación sexual, entre otras. Se basa en una crítica al sujeto autónomo asumido como auto transparente y capaz de ser su auto maestro, ignorando una formación basada en las estructuras de poder y en ese mismo sentido, dichas autoras, esbozan que se puede ser autónomo sin ser necesariamente auto transparente y auto maestro.

Por último, se ubican las críticas de la diversidad, las cuales hacen referencia a que un individuo tiene múltiples identidades definidas por el grupo al cual pertenece. No obstante, nace la cuestión en torno a que el producto de la desintegración, es decir, los productos resultantes de las acciones que ocurren en el grupo en particular, así como los diferentes individuos del grupo también poseen identidades propias e independientes del grupo al que pertenecen. (Stoljar & Mackenzie, 2000).

Por otro lado, al redefinir la autonomía debe prestarse atención a la naturaleza compleja del agente autónomo y diferenciar contextos sociales e históricos en los cuales estos agentes están envueltos, como es el caso de muchos grupos feministas que se han encargado de estudiar la autonomía en contextos de vulnerabilidad. (Stoljar & Mackenzie, 2000).

Este enfoque relacional, Mackenzie y Stoljar lo categorizan en dos concepciones: causales y constitutivos. La primera, hace referencia al análisis de como la socialización y relaciones sociales impiden o empoderan la autonomía y la segunda, trata de la naturaleza social de la autonomía en sí misma. De tal forma, que la autonomía relacional se constituye por una construcción de estas y otras autoras diferentes, como Marilyn Friedman, Linda Barclays, Paul Benson, Genevive Lloyd, Diana Meyers, Lorraine Code, Susan J. Brison, Carolyn McLeod, Susan Sherwin, Anne Donchin y Susan Doods. (Stoljar & Mackenzie, 2000).

La posibilidad de considerar al agente como un ser propiamente social es la idea con la que Friedman como Barclays enfatizan sus tesis. Argumentan que la concepción de la autonomía como antítesis de las relaciones sociales no es necesariamente así, puesto que, la práctica de la autonomía puede llegar a lograr disrupciones en las redes sociales, tal situación puede ser entendida tanto positiva como negativamente para las mujeres, siempre y cuando, se analice el ejercicio de la autonomía y no de la concepción de autonomía propiamente. Así entonces, puede ser un proceso de liberación de relaciones opresivas y también puede llegar a entenderse como aquella que conduce a la destrucción de las concepciones propias que llevan al relacionamiento de las mujeres. Tal como manifiesta Barclay, las nociones comunitarias y feministas no pueden alinearse del todo, porque los primeros niegan del todo la autonomía, dado que la conciben como algo negativo mientras que, para el feminismo debe reconocerse el papel de las identidades propias. (Stoljar & Mackenzie, 2000).

Bajo este mismo sentido, aparecen las dimensiones sociales de la individualidad, para ello, es importante comprender la concepción que tiene el agente de sí mismo y de acuerdo a Mackenzie (2000) interrelacionar autonomía, individualidad e imaginación, ya que la habilidad del agente para imaginarse desde otra visión es importante en cómo se auto define. Aquel que se encuentre bajo una situación social de opresión, puede ver comprometida habilidad de imaginar alternativas o posibilidades diferentes respecto a su individualidad. De tal forma que, es importante tener en cuenta que otro de los aspectos descritos como importante desde la concepción de la autonomía relacional es tener un rango significativo de opciones para decidir autónomamente. (Stoljar & Mackenzie, 2000).

Por otra parte, desde los enfoques relacionales y, en cuanto, a la autonomía en contextos de vulnerabilidad, los referentes en este campo son Stoljar y Benson. Para el primero, es importante comprender como concepto clave, la independencia procedimental, aquella que reconoce a una decisión o preferencia como autónoma solo si ha pasado por un proceso de reflexión crítica; las decisiones o preferencias no están restringidas en el contenido de preferencias que pueden haber sido escogidas por agentes autónomos. Sin embargo, para Stoljar a través de lo procedimental no se reconoce aquello entendido como la intuición feminista, es decir, no se reconoce que las mujeres puedan llegar a la autonomía, dado que sus preferencias están influenciadas por normas opresivas de femineidad, otorgadas por una sociedad patriarcal, que a su vez, no permite el desarrollo de una decisión crítica. (Stoljar & Mackenzie, 2000).

La construcción entre la autonomía entendida desde la vulnerabilidad y las concepciones hacia la crítica de la autonomía entendida tradicionalmente como individual, dan pie a la construcción de un enfoque relacional de la autonomía, basada en una concepción del agente tal como debe ser comprendido dentro de un contexto social e histórico y, a la vez, como un ser emocional, con deseos, creatividad y racionalidad, que se encuentra diferenciado individual y socialmente de otros. Por otro lado, también se basa en cómo la socialización opresiva y las relaciones sociales pueden impedir la agencia autónoma, hasta el punto en el cual las normas, instituciones y prácticas culturales pueden afectar las creencias, deseos y actitudes del agente en contextos de opresión e igualmente en el hecho de cómo se desarrollan las capacidades necesarias para la autonomía, tales como la autorreflexión, autodirección y

autoconocimiento y como actúa el agente con respecto a sus deseos y decisiones autónomas. (Stoljar & Mackenzie, 2000).

Desde la Bioética, Susan Dodds, realiza un énfasis enfocado desde su relación con la temática en cuanto a atención sanitaria, paternalismo y la autonomía mediante el consentimiento. Estableciendo que las visiones feministas en donde se propone una autonomía diferente a la entendida como formada, racional y libre, permite un ejercicio diferente y más aplicable en contextos de salud. De tal forma que, ignora las circunstancias sociales y las relaciones de poder que afectan los contextos de decisión, sin entender, que para muchos las decisiones a nivel de salud son tomadas en un estado de confusión, influenciado por un número de factores internos y externos tales como dolor, inconformidad, preocupación sobre sí y la preocupación de otros. Sin que estas situaciones impliquen necesariamente que la persona se encuentre en estado de vulnerabilidad, sin embargo, muchas personas en el contexto de la salud están envueltos en estas situaciones. Dodds, refiere el ejemplo de un hombre blanco profesional, empoderado y educado, quien se encuentra en un hospital teniendo un ataque al corazón y que debe decidir en medio de una situación en la cual no tiene el control absoluto de su vida. (Stoljar & Mackenzie, 2000).

Los ambientes de cuidado sanitario pueden jugar un rol en la socialización que media en el desarrollo de las competencias de autonomía. Dodds menciona que las prácticas y políticas en el cuidado de la salud necesitan una reexaminación en su aplicabilidad entendiendo la autonomía desde un contexto mediado por el relacionamiento social. (Stoljar & Mackenzie, 2000).

También se habla de lo relacionado con la opresión, es decir, dimensiones de coerción, compulsión e ignorancia que funciona en maneras complejas y no visibles que afectan todo un grupo social más allá del individuo aislado. Es claro que, la presión tiende a interferir con la habilidad las personas para ejercer efectivamente la autonomía en formas específicas. Una crítica desde la autoconfianza, pues cuando el agente confía en sí mismo para tomar decisiones da un revés de sus creencias, deseos y valores. (Stoljar & Mackenzie, 2000).

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL:

- Identificar las percepciones de un grupo de mujeres en Bogotá, acerca de su autonomía al decidir no lactar exclusivamente durante el manejo de su producción insuficiente de leche materna.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Analizar las percepciones de las madres que deciden no lactar exclusivamente tras el accionar del manejo de producción insuficiente de leche, desde la autonomía relacional.
- Identificar las implicaciones socioafectivas para la autopercepción de las madres como parte del concepto de autonomía relacional a partir de la decisión de no continuar la lactancia materna de forma exclusiva.
- Contrastar las percepciones acerca del manejo de la producción insuficiente de leche materna con los objetivos y fines de los planes de salud pública de lactancia materna en el país.

6. METODOLOGÍA.

Se trata de una investigación cualitativa hermenéutica, basada en entrevistas semiestructuradas a mujeres que se enfrentan a situaciones derivadas de la producción insuficiente de leche materna. Buscando profundizar en el significado de las experiencias vividas, es decir, vislumbrar situaciones relacionadas con el impacto de las elecciones sociales y con el exterior en cuanto a la toma de decisiones de lactancia materna exclusiva en situaciones de producción insuficiente de leche. (Barbera & Inicarte, 2012).

Se realizaron entrevistas semiestructuradas a cinco (5) mujeres seleccionadas por conveniencia, dado que el fin era analizar un contexto particular que permitiría indicar diferentes factores que no se contemplaron con el inicio de la investigación, con criterios de inclusión a partir de la experiencia de madres con partos en períodos de lactancia en Colombia entre los años 1999 y 2020, que hubiesen presentado una producción insuficiente de leche y hayan por una alimentación alternante para sus bebés hasta un abandono completo de la lactancia materna. El período comprendido de lactancia entre los años 1999 y 2020, se determinó con fines de lograr un análisis contrapuesto de los tiempos del Plan de Salud pública de lactancia materna, para lograr evidenciar las diferencias entre las madres con un período de lactancia antes del 2000, año en el cual dicho plan empezó a regir hasta el año 2020 en el que finalizó.

Se trata de un conjunto específico de preguntas a través de las cuales las mujeres entrevistadas pudieron responder con sus propias palabras, y la entrevistadora pudo solicitar una respuesta más detallada. Puesto que, se exploraron temas siguiendo y sondeando la cuenta autodirigida de un entrevistado y, a su vez, sin emplear las mismas preguntas con todos los sujetos, para evitar limitar las respuestas a un conjunto fijo de opciones.

Las entrevistas se realizaron entre el veintidós (22) de octubre y el veintiocho (28) de octubre del 2020, por medio de videoconferencia, llevando a cabo la grabación de cada una de las entrevistas bajo la autorización previa y el consentimiento libre e informado de las madres allegado de forma virtual mediante correo electrónico; así como con el compromiso de eliminar las mismas un año ulterior a la realización de estas. Las transcripciones de las

entrevistas fueron trasladadas como documentos a un software de análisis cualitativo, Atlas.Ti v.9.

Con el desarrollo e implementación de las entrevistas semiestructuradas a un grupo de mujeres que hayan estado en una situación de producción de insuficiente leche durante el periodo 1999-2020, se desarrolló la pregunta problema a través del análisis subsecuente de las categorías autonomía y percepción, al igual que otras emergentes durante la entrevista.

Igualmente, se denotó cuáles son las implicaciones sociafectivas en torno a su decisión de no continuar lactando, con el fin de vislumbrar cómo la misma influyó en su desarrollo de su autopercepción y afectación con respecto al ejercicio de su autonomía desde un enfoque de relacionamiento.

Previo a la realización de las entrevistas, se estableció una precodificación y categorías dadas por autonomía y lactancia materna. Precodificación: Contexto sociocultural, contexto sanitario, autopercepción, acciones, conocimientos, creencias y familia. Pertenecientes a dos categorías: autonomía relacional y lactancia materna.

Tras la realización virtual de la entrevista mediante videoconferencia a través de la plataforma Meet, debido a las condiciones de aislamiento social preventivo impuestas por la emergencia sanitaria producto de la pandemia por SARS COV2, se establecieron una serie de nuevos códigos emergentes a partir de las respuestas dadas en las entrevistas. Estos nuevos códigos fueron leche de fórmula, amamantar, médicos, ser madre, entre madres, bebé alimentado, llanto, hambre, bienestar del bebé, cursos de acción, frustración e implicaciones para el bebé.

Con la serie de códigos mencionados se realizó un análisis cualitativo a través del software Atlas.ti v. 9, exaltando una serie de fundamentación, codificación y análisis de estos en el sujeto a analizar, la situación y la visualización de los mismos desde una perspectiva positiva, negativa o neutral.

7. CONSIDERACIONES BIOÉTICAS.

Las preguntas de las entrevistas así como su metodología fueron previamente revisadas y autorizadas por un Comité de Bioética, conformado por diferentes maestros y doctores en la materia. Se analizaron las implicaciones de la investigación para las mujeres involucradas, teniendo en cuenta que se trata de una investigación con personas sin la posibilidad de algún riesgo, con fundamento en la Resolución 8430 de 1993, específicamente en los artículos 9 y 11. (Ministerio de Salud, 1993).

El aval para la realización de la misma fue proferido el día catorce (14) de octubre del 2020 por el Comité de Ética *ad hoc* Institucional, el cual se encuentra en el anexo 3.

Considerada la investigación como una sin riesgo, dado fue realizada con base en una serie de entrevistas en las que no fue necesaria la intervención o modificación de variables biológicas o psicológicas, por lo cual, no se expuso a las madres a algún tipo de daño. Ello, bajo el entendido del artículo 9 de la normativa antes mencionada; el cual establece riesgo como “la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio”. De acuerdo al artículo 11, la expresión *sin riesgo*, implica que “no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas (Ministerio de Salud, 1993).

Por otra parte, con fundamento en el artículo 4 de la Ley 1581 del 2012 les fue informado a las encuestadas que al tratarse de la proporción de información de datos sensibles, ellas no se encontraban obligadas a autorizar su tratamiento y, asimismo, se les explicó de forma explícita y previa, además de los requisitos generales de la autorización para la recolección de cualquier tipo de dato personal, cuáles de los datos suministrados serían objeto de tratamiento y la finalidad de ello. Así entonces, con la obtención de su consentimiento expreso, el cual les fue remitido mediante correo electrónico a cada una de las madres, se estableció que las entrevistas serían grabadas con fines académicos y, posteriormente, serían eliminadas un año posterior a su realización y mientras se hiciera uso de estas, se utilizarían códigos como: madre1 madre 2, madre 3, madre 4 y madre 5 con el fin de preservar la reserva de sus identidades (Congreso de la Republica, 2012).

8. RESULTADOS.

Cada una de las madres fueron caracterizadas mediante datos demográficos como su edad, año de nacimiento del hijo con el cual presentaron la producción insuficiente de leche, información sobre la institución donde se llevó a cabo el nacimiento, profesión u ocupación y con dicha información lograr vislumbrar ciertas características que permitieran un análisis de los comportamientos de las madres.

Tabla 1

Datos demográficos de las madres entrevistadas (edad actual, profesión, año de nacimiento, institución pública o privada de atención de parto de la madre y estado civil en el momento de lactancia).

Madre	Edad actual de la madre	Profesión	Año de nacimiento del bebé	Institución pública o privada de atención del parto de la madre	Estado civil en el momento de lactancia.
1	52	Docente de matemática	2000	Pública	Soltera
2	37	Administradora	2009-2016	Privada	Casada
3	47	Psicóloga	1999	Pública	Casada
4	25	Empleada	2019	Privada	Soltera
5	31	Ingeniera civil	2020	Privada	Unión libre

Realizado por Laura Vanesa Ríos Samper a partir de los datos previamente otorgados por las madres antes de cada entrevista.

Se trató de un grupo de mujeres con rangos de edad actual entre veinticinco (25) y cincuenta (52) años, con diferentes profesiones, todas con un grado de formación universitaria. Para el momento en el cual se hallaban en etapa de lactancia materna dos de

ellas se encontraban solteras, otras dos casadas y la última en unión libre. Por último, tuvieron a sus hijos entre los años 1997- 2020, en entidades de salud tanto de carácter públicas como privadas, correspondiendo un 40% a las del primer tipo y el porcentaje restante del 60% a las del segundo tipo.

Consideraciones sociodemográficas.

Se trató de un grupo de cinco (5) mujeres con producción insuficiente de leche que optaron por estrategias dadas por el abandono total de lactancia materna hasta por la alternancia en métodos de alimentación como la suplementación con leche de fórmula.

Con respecto al anexo 10, se puede observar que la fundamentación diferencial en cuanto a los códigos, se expresa en que las madres menores de cuarenta (40) años contaron con más cursos de acción frente a las madres mayores de sesenta (60) años, ello respecto a lo expuesto por Mackenzie determina dos grupos en donde el imaginario del grupo de mayores de 40 años es más restringido.

En cuanto al estado civil de las madres, encontramos que aquellas solteras enfrentaron situaciones de frustración y de relacionamiento entre madres frente a los otros dos grupos de madres que se permite evidenciar en el anexo 11.

Basado en el anexo 13, son madres que, de acuerdo a la institución donde dieron a luz permite denotar qué hay diferencias a tener en cuenta a partir del contexto sanitario como parte de su relacionamiento. Puesto que, en el caso de las madres con partos en instituciones privadas aparece el código de contexto sanitario con mayor fundamentación, así mismo ocurre para el bienestar del bebé en contraposición al llanto del mismo.

Por último, el anexo No. 12 permitió evidenciar diferencias correspondientes a los años de nacimiento de los bebés, de tal forma que pudo observarse como a estas madres, las estrategias del Plan de Salud Pública no representaron una diferencia significativa en la fundamentación de los códigos.

9. ANÁLISIS

Percepciones acerca de la autonomía

Leche de fórmula

El diseño del instrumento permite la fundamentación de la siguiente codificación:

Leche de fórmula, se trata del código con mayor fundamentación, dado que es un tema recurrente en relación a la producción insuficiente de leche, al ser la medida a emplear por las madres.

“Por lo menos, yo hablo de mi caso, yo veía que mi niña quedaba con hambre, yo no tenía ninguna otra forma diferente que no fuera comprarle una fórmula, digamos de tarro, para poder darle a ella un alimento que la nutriera y que le permitiera sobrevivir, porque es que ella ya había perdido mucho peso y creo que es la única forma posible.” Madre 2.

“Pues, o sea, no me parece, o sea, pues no es lo mejor ¿no?, ni es lo recomendable, pero si ya se sale de las manos, o sea uno no puede hacer más y pues uno busca es el bienestar de los bebés y pues, la única forma de darle la alimentación es por medio de la fórmula, o sea es porque no hay de otra.” Madre 5.

Es así, como las madres perciben a la leche de fórmula como la única opción para resolver el problema de encontrar un método de alimentación de sus hijos. Así entonces, es una medida que resulta viable y fácil para las madres, más allá de su propio imaginario, es decir, los cursos de acción óptima. Al elegir tomar un camino diferente a la estimulación constante de los senos a través de la lactancia materna no corresponden a imaginarios tales

como aquellos relacionados con el uso de bancos de leche para las madres con esta situación o medicamentos que intervengan en estas situaciones.

“(…) creo que es la única forma posible, a no ser, de pronto, digo yo, pero no fue mi caso y no tuve la posibilidad de que personas, mamás que pudieran tener suficiente producción de leche, pudiera haber un banco de este tipo de leche para poder hacer uso de él, no, pero pues no fue mi caso y de pronto uno a lo primero que llega es a la opción rápida que le permita solucionar la situación de hambre que está sufriendo el bebé, para que no se descompense, para igual (sic) crezca, para que igual se nutra, sí, eso es lo lógico (sic) en poder sustentar el alimento al bebé”. **Madre 2.**

“(…) Pues yo no sé qué ha cambiado que ha modificado en ese aspecto de la lactancia materna si habrá algún medicamento que refuerce o alguna cosa porque como les digo pues mi hija la última ya tiene 17 años ya va para 18”. **Madre 3.**

A través de estas experiencias compartidas, las madres en su contexto consideran que en el día a día no tienen a la mano opciones diferentes a la leche de fórmula. A tal punto, que la producción insuficiente de leche, sumado a la frustración producto de dicha situación, encuentran una opción viable a través de la leche de fórmula, mitigando de esta forma las creencias negativas con respecto a las implicaciones de la leche de fórmula a nivel de salud del bebé y facilidades de acceso a la misma.

“Es muy frustrante, [mmm] deprimente, lloré muchísimo porque pues yo quería darle de mi pecho a mi bebé, pero no se podía. Es frustrante porque, o sea, uno quiere brindarles, protegerlos y darle lo mejor a ellos, y el no poder hacerlo, o sea uno, se genera como una decepción, como que uno no está funcionando realmente para ellos. Pero pues, después de un tiempo, uno va asimilando las cosas, y ve que tampoco es pues que sea malo utilizar la fórmula para complementar la alimentación al bebé”. **Madre 2.**

“El tener que darle de fórmula, me genera que tengo que despertarlo, de levantarlo a él, de acomodarlo, incomodarlo, y él se, (sic) como es, él...se despierta, y eso me genera más

traumatismo porque duro como hora y media para lograrlo de nuevo dormir en las noches”.

Madre 5.

“Pues que la lactancia es económica, las fórmulas, las leches de fórmula son muy costosas y con mi segunda hija yo lo pude. Pues con mi primera hija, pues 8 meses que tenía lo pude ver, pero con mi segunda hija pues más porque era más pequeñita entonces ellos a medida que van creciendo cuando (sic) es cuando se supone que hasta los seis meses no hay que darles otros alimentos diferentes, entonces pues ellos se toman un tarro de leche en menos de una semana y hasta un tarro de leche entonces es muy costoso, uno se va por una fórmula que puedes que supuestamente es más costosa como las que yo compré entonces afortunadamente en esa época estaba muy bien en (sic) bolsillo porque si no hubiera reventado el bolsillo entonces económicamente me parece que qué es económica que como que uno le dedica más tiempo que pero de lo que (sic) yo escuchado exceso pues que es económica de la parte positiva, que también han de estar ahí con el bebé para lactarlo, pues uno puede descansar mejor que levantarse a ser un preparado en cualquier lado y los criterios que desinfectar los que prepara la fórmula que enfriar la fórmula buena entonces que se lleva más tiempo entonces eso es también un poco engorroso” **Madre 3.**

La lactancia materna se refuerza en sus aspectos positivos como no tener que despertar a los bebés en las noches para su alimentación y la facilidad que representa en términos económicos, pero, a su vez, se debilita cuando no existe la posibilidad producir la leche suficiente, poniendo sobre la mesa la opción de la leche de fórmula. Ello, no significa que se prefiera ésta última respecto a la lactancia materna, sino, como una alimentación alternante entre lactancia materna y leche de fórmula.

“Y si hubiera tenido la oportunidad de lactar bien creo que hubiera hecho leche de formula y lactancia materna”. **Madre 1.**

“(…) la fórmula le aportó mucho a mi bebé, inclusive ahorita, [eh...], como él no está consumiendo, o yo no estoy consumiendo nada de lácteos, tampoco estoy consumiendo ni huevo, ni soya, por el tema de las alergias que tiene; él igual tiene como un complemento,

si...cuando se lo quiera dar, de vez en cuando no es 100% que está ahí, tampoco es en un 50%, es un porcentaje poquito, pero pues, no voy a negar que, que igual si al principio pudo haberlo afectado, aunque igual pues lo ayudó, lo alimentó y...hizo el trabajo de alimentarlo que eso es lo más importante, o sea sin eso, de pronto me hubiera sentido más frustrada, si yo no hubiera tenido la opción de la fórmula en ese momento.” **Madre 5.**

De tal forma, que las madres prefieren un contexto real sobre uno utópico, que contempla lo que acarrea la producción insuficiente de leche y le permita garantizar un bienestar a sus hijos, amortiguando con ello las implicaciones socioafectivas al no escoger lo establecido en términos sociales y médicos como lo ideal, es decir, la lactancia materna exclusiva.

Contexto sanitario

El código relacionado con el contexto sanitario corresponde a todo aquello sobre el concepto de salud, desde sus participantes hasta la noción de salud y sus patologías. Con respecto a las madres, se puede observar que el presente se desglosa en cuanto a sus participantes en nociones negativas y positivas del mismo. A su vez, se trata del contexto al cual las madres acuden en una de las primeras instancias para la asesoría en las situaciones de producción insuficiente de leche. Asimismo, es importante recalcar como codificación particular y dependiente de éste, al médico, dado su recurrencia en el contexto en mención.

“Yo le pregunté a mi abuelita quéé podía hacer y al ver que eso no resultó, pues entonces yo fui al médico, y ya el médico entonces me dijo no lo que usted tiene que apegarla más, que darle más dijo, no importa que llore por hambre, dijo, pero pues téngala ahí”.

Madre 3.

Igualmente, con respecto a las emociones negativas y positivas en cuanto a los mismos, se pueden evidenciar ambos antagonismos en una misma madre, pues se evidencia en un mismo relato experiencias de maltrato, dolor, asesoría y apoyo.

“Las enfermeras pues fueron un poco bruscas, entonces como te obligaban, espichaban, te hacía sentir dolor, entonces como que los dos primeros días [ehhh] para mí fue muy doloroso y pues tampoco me ayudo que mis hijas estuvieron en UCI, entonces, obviamente tú sabes que ahí le cortan a uno por completo el tema de la conexión porque [ehhh] pues fueron oxígeno dependientes y fuera de eso, estuvieron en cuidados intensivos pues de los altos, no intermedios, sino estuvieron siempre críticas, entonces tú sabes que ahí le reemplazan la leche materna por fórmula también, entonces como que le pierdes el impulso a la lactancia.” **Madre 1**

“(…) en el segundo pues fueron el ginecólogo fue el que me recomendó visitar la liga de la leche. Él me recomendó una asesoría, pero consulté con una enfermera en la misma clínica, ella me dio sus consejos”. **Madre 1**

Así entonces, mediante el relato de una de las madres se pueden valorar desde experiencias negativas hasta positivas, mediadas por el trato y el entendimiento de su sentir frente a su situación de producción insuficiente de leche. Las experiencias negativas giran en torno a cómo el personal sanitario impulsa con insistencia la idea de estimular y controlar la lactancia más allá de la frustración y de un entendimiento de bienestar dado por la alimentación del bebé.

“(…) yo le dije a mi familia, yo tengo que alimentar a la niña de alguna manera, entonces pues que, hicimos como seleccionar, sin médico que me diera, en esas circunstancias seleccionar como una fórmula de las leches que venían en tarro, que fuera buena y exequible (sic) a mi bolsillo y que pudiera dársela a ella.” **Madre 2.**

En relación al contexto sanitario, encontramos también lo relacionado a patologías y nociones de salud desde una visión de la medicina occidental, el cual dentro de la codificación se relaciona y corresponde con las implicaciones para el bebé, un código que será desglosado más adelante, así como el código subsiguiente sobre las creencias.

Autopercepción y agenciamiento.

Las creencias corresponden a una parte del contexto sociocultural, que resulta importante a la hora de entender la forma en cómo se desarrolla un agente, haciendo uso de la interpretación de los códigos de autopercepción y el ser madre. Puesto que, su decisión también se construye a partir de su identidad como persona y madre al formarse en un contexto de relacionamiento. Para el caso en particular, se han de entender como madres protectoras y responsables de sus hijos, desde su noción de bienestar del bebé más allá de las implicaciones para el mismo, el cual como se mencionó previamente también surge como código y se relaciona con contexto sanitario.

El agenciamiento se relaciona con los códigos de autopercepción y su concepto de ser madres, los cuales son importantes para comprender cómo las madres realizan una reflexión de las situaciones y así mismo deciden sobre ella. Para este contexto de madres, se observa que ellas se consideran responsables de sus decisiones y son conscientes del entorno en que se encuentran y el hecho de cómo éste influye o no sobre su propia reflexión y accionar con respecto a la lactancia.

Al entender que las madres fundamentan su decisión en el bienestar del bebé, es importante desglosar este término comprendido como código. El cual goza de importancia desde dos aspectos, el primero, es que se entiende como un factor común por el cual las madres justifican su accionar y su decisión con respecto a no continuar con una lactancia materna exclusiva, pues lo relacionan con el segundo aspecto correspondiente al bienestar para ellas, lo cual gira en torno al concepto de un bebé alimentado adecuadamente, dejando de lado las implicaciones a nivel salud o facilidades dadas por la lactancia materna, tal como se mencionó previamente. Por último, es claro que, el bienestar del bebé se contrapone al llanto y hambre del mismo, circunstancias que las madres interpretan como negativas, y se constituyen como un código contrapuesto al bienestar del bebé.

“(…) Bueno, pues es que, en sí, hay que tomar prioridades ¿no?, y en este caso pues es la de mi bebé. Yo me defino como una madre protectora”. **Madre 5.**

“Como mamá soy una persona completamente orgullosa de mí misma, creo que no me faltó absolutamente nada, creo que he sido mamá al 100%, de hecho soy mamá al 100%, creo que el hecho de no alimentar a mis hijas con leche materna no me hace más ni menos mamá, siempre estoy preocupada de su alimentación, siempre he estado preocupada de su salud, pues de sus emociones, de su desarrollo, bueno de todo lo que implica ser mamá. Entonces creo que la lactancia no me define (sic), no, ni me quita ni me pone” **Madre 1.**

“Como mujer, como mamá me siento bien porque yo no descuidé a mi hija y lo que busqué fue una alternativa de sustituto de alimentación para ella y me siento bien pues porque de alguna forma está bien”. **Madre 3.**

“(…) hoy en día digo pues de todas formas mi niña, mi bebé creció, se fortaleció. Tú no creerías que la niña hoy en día estáá ...[risas] pesó en ese entonces 3 kilogramos, porque es grande y así formada, entonces yo digo pues le di lo mejor que pudo, se crió bien, digamos en medio de todo es una niña sana y con sus controles y con todo y el pediatra que la veía, después nunca me dijo: No, eso estuvo mal, no, yo creo que hoy hice lo mejor posible y como mujer sigo pensando que fue la mejor opción” **Madre 2.**

“(…) no, ahorita yo creo que se refuerza más el hecho de que, independientemente de lo que pase, sea lactancia materna o cualquier otro tema, o sea, a una mamá no se le puede quitar el hecho de que, o sea, del esfuerzo que hizo, del trabajo que ha hecho y el valor que tiene como madre” **Madre 4.**

Es así, como las madres se conciben como protectoras y responsables de su decisión pues consideran que en su momento otorgaron prioridad al bienestar de sus hijos. Una autopercepción que surge desde su relacionamiento y permite regresar al estudio del código de contexto sociocultural, el cual corresponde al ulterior código en cuanto a la jerarquización por fundamentación del instrumento. Un contexto que se entiende principalmente desde los conceptos de cómo se relaciona en sí la mujer con su entorno y cómo tiene en cuenta esa relación para la toma de decisiones, el cual para las madres de la investigación corresponde a un

ambiente liderado por mujeres del vínculo familiar, comprendido dentro del código entre madres.

“(...) el hecho de que la niña llorara y llorara todo el tiempo, porque no tenía alimento, no lo pensé más, yo lo decidí, digamos que lo pensamos en familiar, no, no con mis hermanas y eso, pero eso fue una decisión pensada en casa”. **Madre 2.**

“Creo lo que te digo los tabús que tenemos sobre la lactancia y que yo soy una persona supremamente reservada, entonces el asociar la lactancia con andar con la teta al aire, con exponer, como porque te vean, como que miran que eres buena mamáá, si dispones de tus pechos hasta los 5 años, para que el pelaito (sic) esté ahí pegado, como te miden eso, en base (sic) a eso, viendo desempeño de mamáá, como en base a qué tan buena seas para lactar, me hizo perderle el interés por completo a la lactancia.” **Madre 1.**

“(...) al principio yo estaba súper empeñada en dar lactancia materna, y nunca me vi en la posición de tener que dar [eh...], de tener que dar complemento con fórmula porque no lo quería hacer, al estar en esa situación, lo que te digo, deja uno muchos prejuicios a un lado y uno dice, o sea, ya uno no juzga y dice "Ay pero es que esa mamá le está dando fórmula, cómo se le ocurre, la lactancia materna es lo mejor de esta vida (sic). Terrible, vergüenza le debe dar". No, tiende (sic) uno a pensar "bueno mejor dicho las que lactamos somos las mejores y las otras no". **Madre 4**

Amamantar

El código del contexto sociocultural, permite el desarrollo del código amamantar en aras de la fundamentación, es decir, la percepción que se tiene al momento de amamantar hasta la visión de las mujeres lactantes en torno al seno. Éste goza de relevancia pues se relaciona con el vínculo a nivel social entre lactar, maternidad y el rol como mujeres en la sociedad, al punto de que repercute en la psicología de las mujeres, exponiéndolas a experimentar sentimientos de frustración y remordimiento, el cual corresponde a otro código

del instrumento, subsiguiente en cuanto a la fundamentación, encontrada a través de las entrevistas.

“(…) inicialmente fue traumático, pues como uno o sea es primerizo, o sea el cuerpo no está adaptado para eso ¿sí?, mientras el cuerpo asimila y se adapta a la situación de que el bebé empiece a succionar, pues es doloroso, es demasiado doloroso, pero pues, por lo general, ya después de un tiempo, o sea es una experiencia muy bonita, porque uno está en contacto con ella.” **Madre 5**

“En principio, fue muy duro en el principio porque pues obviamente yo no había tenido bebés, hasta ella, era mi primera bebé, mi única niña, entonces he digamos que el proceso de acostumbrarse uno a esa situación es complicada porque uno en el principio no tiene el pezón dispuesto para eso, entonces el hecho de que el bebé tiene que chupar, tiene (sic) succionar eso te duele una cantidad, por lo menos en mi caso duele mucho, a veces hasta sangra y digamos el proceso de amamantarla pues en mis condiciones era todavía más complejo, porque yo, (sic) no me salía nada, casi nada, lo único que había el dolor mío y el sufrimiento de ella porque no comía”. **Madre 2**

Sentimientos

Los sentimientos de frustración y trauma despertados en cuanto a su sensación de la noción de la lactancia como algo natural y soportado por las implicaciones negativas en temas de salud occidental y a nivel de contexto sociocultural.

“(…) Es muy frustrante, [mmm] deprimente, lloré muchísimo porque pues yo quería darle de mi pecho a mi bebé, pero no se podía. Es frustrante porque, o sea, uno quiere brindarles, protegerlos y darle lo mejor a ellos, y el no poder hacerlo, o sea uno, se genera como una decepción, como que uno no está funcionando realmente para ellos”. **Madre 5**

“Pues yo me sentía, ya te digo, yo me sentía muy frustrada, por varias razones, la primera porque yo decía esto tiene que ser algo natural, poder alimentar tiene que ser algo

*natural en el ser de la mujer, y yo no lo podía hacer. Lo segundo porque me decía que... o sea yo tenía harto busto en ese entonces, yo decía cómo es posible que yo teniendo unos senos grandes no puede (sic) ahí salirle alimento a mi bebé, es que eso es como ilógico y lo tercero, que te digo yo de este pediatra que me decía, no es que usted.... eso fue para mí muy traumático, yo me sentía realmente muy mal, muy mal de no poder hacerlo, yo decía es que en la selva, en el monte, en donde sea los animales, las mamás pueden hacerlo y porque yo no, porque a mí. Era una frustración bastante grande". **Madre 2***

*"(...) Yo la verdad no tuve muy buena experiencia con la lactancia en mis dos embarazos, fue algo supremamente frustrante y la verdad tampoco me asesoré mucho, cuando fui mamá primeriza, pues tampoco tenía mucho conocimiento y tenía como muchos tabú (sic) sobre la lactancia entonces yo era como de esas personas que le decía al Dr., mira a mí no me vayas a poner a sufrir, yo opto por una cesárea y cuando nació mi hija, a mi primera hija únicamente tomó leche materna por tres días, porque tampoco era que yo fuera así súper productora de leche, de hecho la primera vez con ella, pues obviamente la lactancia fue muy dolorosa y fue como frustrante". **Madre 1.***

Implicaciones para el bebé

Las implicaciones para el bebé tienen como en desenlace la generación de otro código, en el que corresponden aquellas patologías que las madres atribuyen al uso de la leche de fórmula, como lo son la gordura, alergias alimentarias y apego.

*"O sea, soy honesta, me preocupo el hecho de que ella, pues digamos que ella engordó, entonces en algún momento alguien hace mucho tiempo me dijo que podría ser, esa, una consecuencia de haberla alimentado con una formula, que por que los bebés que se alimentaban con leche materna, pues se... (sic) igualmente sanos, pero que no se engordaban así como mucho, digo no, ni tatán, (sic) pero yo creo que esa es la única cosa que yo tengo en mente siempre". **Madre 2.***

“Pues uno siente frustración o en mi caso yo sentí frustración. Porque es interesante sentir el apego que tiene el bebé hacia uno, y no sentirlo es frustrante, o en mi caso fue frustrante”. **Madre 3**

“Pues yo creo que esa decisión pudo ser la que influyó en el tema de la alergia, no sé, no sabría decir, pues no tengo prueba médica, pero yo sí podría decir que exponer a un bebé que no ha tomado nada, de una vez a fórmula pudo haberle ayudado, o de pronto, empeorado esa alergia con la que ya venía, esa predisposición o alergia a la proteína de leche de vaca”.

Madre 4

Posibles cursos de acción

Por último, aparecen los posibles cursos de acción, como ha sido mencionado previamente gozan de la falta de alternativas descritos, desde las madres en su imaginario de posibilidades no hallando otra alternativa diferente con funcionalidad fuera de la leche de fórmula.

Autonomía relacional

Toda vez que se ha llevado el análisis de las estructuras discursivas a partir de la implementación del instrumento en las madres con el fin de identificar la autonomía relacional en torno a la toma de decisión de dejar la lactancia materna exclusiva, suscitan la configuración de factores sociales como influencia en el marco de los contextos sociales de las mujeres. El estudio demuestra cómo un grupo de mujeres y sus relaciones consigo mismas y sus hijos se ven modificadas por la producción insuficiente de leche, dado que estas madres no gozan de una alternativa del todo satisfactoria a nivel sociocultural, lo que conduce al hecho de asociar a la frustración con la falta de bienestar del bebé.

Asimismo, en los discursos se denotan presiones externas que generar una alteración de su autopercepción y se relaciona directamente con su decisión y las implicaciones socioafectivas fruto de su accionar. Con respecto a este punto en cuanto a implicaciones

sociafectivas, se encuentran experiencias de mujeres afectadas a nivel afectivo por ello y otras que no.

Con respecto a la pregunta: ¿Su decisión afectó su autopercepción sobre sí misma?

“La decisión de no lactar, no, para nada”. **Madre 1.**

“(…) Sí, en parte por lo que te decía, al principio yo estaba súper empeñada en dar lactancia materna, y nunca me vi en la posición de tener que dar [eh...], de tener que dar complemento con fórmula porque no lo quería hacer, al estar en esa situación, lo que te digo, deja uno muchos prejuicios a un lado y uno dice, o sea, ya uno no juzga y dice "Ay pero es que esa mamá le está dando fórmula, cómo se le ocurre, la lactancia materna es lo mejor de esta vida. Terrible, vergüenza le debe dar". No, tiende uno a pensar "bueno mejor dicho las que lactamos somos las mejores y las otras no". Al estar yo en esa situación, me doy cuenta que, o sea, lo que sea con tal de que tu bebé esté bien y con tal de que tu estés bien, porque tampoco hay que hacerlo si tú te sientes obligada. O sea, como yo tuve que dar fórmula porque me tocó”. **Madre 4.**

Al decidir una alternativa diferente a no continuar con una lactancia materna exclusiva, aparece la alimentación con leche de fórmula, un factor que lleva a un análisis basado en factores socioeconómicos, los efectos nutricionales de las leches o cómo estas madres miden otras alternativas. Y aun, cuando las madres logran suplir la alimentación del bebé, las presiones externas a nivel sociocultural y de salud las llevan a continuar buscando estrategias para estimular la lactancia materna, tales como la implementación de las opciones encontradas a nivel sociocultural como lo son las creencias como las denotadas a continuación.

“En mi casa me dieron, que te estoy hablando de hace veinte años, [risas], en mi casa me dieron todas las cosas que se supone que hacen que la leche abunda (...), por ejemplo que: Leche con hinojo, que bueno todas esas cosas, que a veces me daban, bueno antes de haber tenido a la niña, que tomara una cerveza, que tomara tal, cosas como esas, sí, pero ya cuando yo vi que nació ella y realmente, pues no producía mucho, entonces yo me fui para

*donde este pediatra y él me dijo, no, es que tiene que ser, es que eso es así, es que usted le tiene que dar de comer, es que ponga la niña así, masajéese el pecho así, haga esto, haga lo otro y nada de eso me funcionó, yo le dije a mi familia, yo tengo que alimentar a la niña de alguna manera, entonces pues que hicimos como seleccionar, sin médico que me diera en esas circunstancias seleccionar como una fórmula de las leches que venían en tarro, que fuera buena y exequible a mi bolsillo y que pudiera dársela a ella”. **Madre 2.***

*“(…) Yo le pregunté a mi abuelita que podía ser entonces ella ya me dijo que tome agua de panela con hojas de lechuga, agua de panela con leche, pues que tome harta cantidad de líquido que eso me iba a ayudar, que tenga lleno el seno todo el tiempo”. **Madre 3.***

Estas presiones externas, se denotan en algunos discursos desde las familias, el juicio de otras madres y el personal de salud, en cuanto a continuar con la lactancia materna más la de la frustración y dolor de las madres.

*“Entonces yo fui al médico, y ya el médico entonces me dijo, no, lo que usted tiene que es pegarla más, que darle más dijo, no importa que llore por hambre, dijo, pero pues téngala ahí. Entonces yo le dije pues que iba a hacer eso, pues yo hice eso como unos tres días, pero yo me di cuenta que ella estaba bajando de peso, entonces los bebés van aumentando, ellos aumentan de peso como muy rápido, entonces yo me di cuenta que ella en vez de aumentar de peso, estaba como los bracitos como que estaban más delgaditos, entonces yo dije pues, si igual seguí apegándola al seno pero dándole una fórmula, eso fue lo que yo hice”. **Madre 3.***

*“(…) Pues digamos mi suegra y mi mamá me decían, tiene que insistir, tiene que poner al bebé, porque si usted no le pone el bebé no succiona y por eso es que se le seca la leche, por favor inténtelo, por favor”. **Madre 1.***

“Sí claro, o sea la presión de todo, o sea el, el sentirme en ese momento tan frustrada conmigo misma, y pues ver a mi bebé que de pronto lloraba, si uno veía que estaba

desesperado, que se pegaba cada 10, 5 minutos; pues es el tema de lo que dije al principio, pues, a fin de cuentas, quiero que mi bebé esté tranquilo y que esté lleno”. **Madre 4.**

Sin embargo, a pesar de estas presiones externas, este grupo de mujeres, concibió basándose en la prioridad del bienestar del bebé, en elegir la leche de fórmula como medida indispensable para la alimentación del menor, por lo cual, desde un agenciamiento basado en una autorreflexión, tal como lo indica Natalie Stojar (2000). Ello, permite un análisis desde su situación a nivel sociocultural y su autopercepción para llegar a una decisión autónoma que permite el empoderamiento del agente al decidir en un contexto particular y sin llegar a ser ajeno al mismo. Estas madres asumen las implicaciones de su accionar desde las nociones de salud para el bebé hasta los efectos a nivel sociafectivo para ellas. De forma tal, que prefieren una alternancia en la alimentación más allá de la exclusividad, en ausencia de otras alternativas viables como bancos de leche, con lo cual existe una reducción al imaginario como lo expone Catriona Mackenzie (2000) con respecto a cómo valorar y analizar las opciones.

“(…) Pues yo creo que es como lo más lógico que hay que hacer, sí. Porque si es el caso, por lo menos yo hablo de mi caso, yo veía que mi niña quedaba con hambre, yo no tenía ninguna otra forma diferente que no fuera comprarle una fórmula digamos de tarro, para poder darle a ella un alimento que la nutriera y que le permitiera sobrevivir, porque es que ella ya había perdido mucho peso y creo que es la única forma posible al no ser de pronto digo yo, pero no fue mi caso y no tuve la posibilidad de que personas, mamás que pudieran suficiente producción de leche pudiera haber un banco de este tipo de leche para poder hacer uso de él ¿no?, pero pues no fue mi caso y de pronto uno a lo primero que llega es a la opción rápida que le permita solucionar la situación de hambre que está sufriendo el bebé para que no se descompense, para igual crezca, para que igual se nutra, sí, esa es lo lógico en poder sustentar el alimento al bebé”. **Madre 2.**

La aparición de conceptos descritos por las mismas madres como alternancia en la alimentación, supone que las presiones externas a nivel sociocultural y sanitario conducen a las madres más allá de su situación particular de producir insuficiente leche y deriva en

sentimientos de frustración y dolor. Con fundamento en la creencia de que la leche materna es lo mejor, buscan la forma de alternar lo ideal con lo posible, es decir, con la fórmula de leche, pues comprenden su situación y tienen como prioridad la alimentación de su hijo.

Las percepciones sobre la autonomía con respecto a los planes de salud pública.

Para desarrollar este punto, es necesario denotar que las creencias de las madres y conceptos en torno a salud pública y medicina occidental difieren. El código de creencias corresponde a un conjunto amplio de fundamentos que van más allá de lo estipulado en términos de salud, pues se trata del entendimiento de la realidad a nivel sociocultural y personal de cada mujer. En este código, se agrupan las creencias que tienen las madres sobre la lactancia materna y el período correspondiente a la exclusividad, puesto que difieren respecto a lo establecido por la O.M.S., en lo que se refiere al uso de la leche de fórmula.

“Bueno, con ese tema si yo, si yo intenté ser como muy estricta, yendo de pronto, a veces, en contra con lo que mi familia me decía y con lo que ellos han vivido, tanto mi mamá como mi abuela, porque antes se le daba a los bebés agua con azúcar, inclusive se les daba a probar alimentos antes de los seis meses, agua de manzana, varias cositas; inclusive, que pa' los cólicos, que agua de manzanilla, bueno, todo eso. Pero si me parece, bueno hablando médicamente, de pronto la información y todo ha cambiado, todo ha progresado, todo ha avanzado; la información que yo tuve, o la guianza (sic) que yo tuve, que era lo ideal. Entonces, estoy también de acuerdo, lo hice con mi bebé, los primeros seis meses solamente le di leche” Madre 4.

Por otro lado, se recalca la importancia de las creencias como curso de acción no óptimo descrito por las propias madres al no tener una resolución a sus prioridades en los inconvenientes atribuidos a la producción insuficiente de leche, tales como el uso de sustancias a nivel casero.

“Leche con hinojo, que bueno todas esas cosas, que a veces me daban, bueno antes de haber tenido a la niña, que tomara una cerveza, que tomara tal, cosas como esas, sí, pero ya cuando yo vi que nació ella y realmente, pues no producía mucho” **Madre 2.**

Igualmente, con respecto a las creencias está lo que las madres denominan o perciben como producción insuficiente de leche, pues se torna difícil para las madres y el personal de salud objetivar la producción insuficiente de leche e interpretar lo que significa un bebé bien alimentado, es decir, son hechos susceptibles de múltiples interpretaciones que no necesariamente se soportan en la evidencia. De tal forma, que la percepción de producción insuficiente de leche, se trata de un concepto lleno de subjetividades, que las madres entienden y comprenden como lo contrario a bienestar del bebé y que a su vez se interpreta como una presión sociocultural basado en su autopercepción de lo que significa el bienestar de su bebé. También, se puede contemplar que la educación a las madres en temas de puericultura se asocia a necesidad intrínseca de unificar un concepto de insuficiencia de leche, logrando a su vez una promoción de la salud incluyente.

“Pues de hecho tengo una amiga que acaba de tener bebé, pues su bebé ya tiene seis meses, pero paso por lo mismo que yo y era porque me decía , mira las primeras semanas, se supone que uno debe recolectar la leche para su bebé en tetero, yo no logro sacarme ni una onza con el extractor, ¿qué hago?, entonces yo le pasaba todos los consejos que me dieron, mira toma tal cosa, acude a la liga de la leche, por favor asesórate, inténtalo, no pierdas el impulso, pero ella me decía mira, he hecho todo lo posible, compre los tés, hice que aquello, fui a la liga de la leche, de todo, me asesore y de todo pero no, o sea como que físicamente es algo que no me da y no me da y yo no me voy a estresar tampoco, también paso por lo mismo, y creo que es eso, como no producir la cantidad suficiente porque obviamente tú tienes que tener como unas dosis, generar unas dosis mínimas para que el bebé pueda estar bien alimentado, y si tú, pues tratas de sacar lo que tengas para cuando él no este, y sacarle la leche y te das cuenta que no llegaste ni a una onza, pues obviamente ahí empieza la frustración”. **Madre 1.**

“Yo creo que es cuando la madre, en este caso que estamos hablando de lactancia

materna no produce o sus glándulas mamarias no producen la cantidad necesaria para poder alimentar al bebé durante el tiempo que debe hacerse, digamos el tiempo que normalmente los médicos o la publicidad por lo que aún no le han dicho durante cuánto tiempo debe ser, entonces si no se produce esa cantidad de debe suponer, yo, que esa es una producción muy baja de leche.

Pues yo, yo por la experiencia primera que tuve, yo creo que es por la cantidad ¿no? la cantidad muy poquita, o sea eso no le llena a un bebé. Entonces yo le preguntaría qué si ya hizo extracción de la leche y si la lo colocó en algún vaso o algo así o que tanta cantidad tenía, según eso yo le diría el inconveniente, pues yo no sé qué ha cambiado que ha modificado en ese aspecto de la lactancia materna si habrá algún medicamento que refuerce o alguna cosa porque como les digo pues mi hija la última ya tiene 17 años, ya va para 18”.

Madre 2.

“Yo cómo podría...bueno, ¿cuál podría ser un indicador para mí de que hay producción insuficiente de leche? De pronto que el bebé llora bastante, constantemente, [ehhh], que...que, no sé, o sea tome mucho, tome mucho no, pero se pegue mucho al seno durante mucho tiempo y constantemente siga haciéndolo, de manera no sé, desesperada. O sea, no sé, mirando la experiencia que yo tengo con mi bebé, [mmm] [eh...] que no se le, de pronto no se le sientan llenas, pesadas, los senos”. **Madre 4.**

“Bueno, lo que entiendo por insuficiencia de leche es cuando la leche materna no abastece totalmente al bebé, y el bebé sigue, o sea llora porque no se ha podido llenar completamente. ¿Cómo lo identifico? [mmm] pues hay dos factores que, no sé, me pasaron a mí, uno es que mis senos no tenían como el botoncito, ni un salidito, y la producción antes de que yo tuviera el parto, no era buena, no salía absolutamente nada”. **Madre 5.**

Por otro lado, surgen las nociones de entender la maternidad ligada a la lactancia y que este hecho se trata de un enfoque natural, generando una situación de presión para la mujer, pues hay una asociación a nivel social de lo natural con lo ideal, sin que medie un ambiente de comprensión hacia la mujer que entienda que la producción insuficiente de leche también hace

parte de dicha naturalidad y que los avances tecnocientíficos como la leche de fórmula, se contemplan como una de las alternativas a tener en cuenta sin que eso signifique un daño para sus hijos, asimismo, la relación madre- hijo tiene diferentes matices que van más allá de la lactancia materna.

“(…) entonces el asociar la lactancia con andar con la teta al aire, con exponer, como por que te vean, como que miran que eres buena mamá, si dispones de tus pechos hasta los 5 años, para que el pelaito (sic) esté ahí pegado, como te miden eso, en base a eso, viendo desempeño de mamá, como en base a qué tan buena seas para lactar, me hizo perderle el interés por completo a la lactancia”. **Madre 1**

“Pues yo me sentía, ya te digo, yo me sentía muy frustrada, por varias razones, la primera porque yo decía esto tiene que ser algo natural, poder alimentar tiene que ser algo natural en el ser de la mujer, y yo no lo podía hacer. Lo segundo porque me decía que, o sea yo tenía harto busto, en ese entonces, yo decía cómo es posible que yo teniendo unos senos grandes no pueda de ahí salirle alimento a mi bebé, es que eso es como ilógico y lo tercero que te digo yo de este pediatra que me decía, eso fue para mí muy traumático, yo me sentía realmente muy mal, muy mal de no poder hacerlo, yo decía es que en la selva, en el monte, en donde sea los animales, las mamás pueden hacerlo y ¿por qué yo no? ¿Por qué a mí? Era una frustración bastante grande”. **Madre 2.**

“Yo siempre he considerado que esas campañas son buenas porque orientan a la mujer como puede, pues tener un proceso natural, la lactancia materna es un proceso natural, y la orienta, son campañas de orientación”. **Madre 3**

Como se mencionó previamente, los términos de tiempo de lactancia y las percepciones de las madres, difieren en su aplicabilidad entre ellos, puesto que, desde la literatura científica los términos de tiempo de lactancia hacen referencia a un tiempo de exclusividad definido como los primeros seis meses de vida del recién nacido, tiempo el cual el alimento correspondiente es exclusivamente leche materna, excluyendo de esta forma cualquier alimento o bebida, dentro de las cuales cabe mencionar a la leche de fórmula.

Por literatura científica se hace referencia a un concepto entendido de forma generalizada. Puesto que, grandes referencias a nivel de la medicina comparten este concepto, tales como la OMS, la Academia Americana de Pediatría y para nuestro contexto en particular, se define en el Plan decenal de Salud Pública de lactancia materna para Colombia.

El concepto por la OMS es establecido de la siguiente forma: lactancia exclusivamente materna consiste en dar al lactante únicamente leche materna: no se le dan otros líquidos ni sólidos —ni siquiera agua— exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes.

Las madres por su parte, a pesar de conocer de una forma u otra el concepto previo, consideran que para su contexto particular la alimentación no se corresponde como exclusiva sino como alternante, en donde la alternancia está dada por la leche de fórmula y la misma lactancia materna, dado que perciben que ambas medidas son beneficiosas para el bienestar del bebé. Estas también, señalan que las campañas de promoción de la lactancia materna no son incluyentes en cuánto a la producción insuficiente de leche se refiere.

Por otro lado, se observa cómo dentro del Plan Decenal de Salud Pública, se establece la situación de producción insuficiente de leche, pero no incluye estrategias u objetivos que sean acordes a este grupo poblacional, pese a que las estadísticas para Colombia determinan que es una de las causas en un porcentaje del 45% hasta un 83% del abandono de la lactancia materna (López, Martínez y Zapata, 2013).

- Contar con servicios institucionales a favor de la lactancia materna que sustenten el compromiso y cumplimiento de condiciones que aportan al logro de índices de iniciación, duración y adecuada alimentación de los menores de dos años de edad.
- Control de la iniciación de la lactancia, de su exclusividad y sus índices de duración utilizando indicadores, definiciones y métodos estándares.
- Estructuración de alternativas de acceso a leche materna para poblaciones vulnerables e hijos-hijas de madres con criterios biopsicosociales que les

imposibilitan el amamantamiento (VIH, drogadicción, madres con quimioterapia, embarazos múltiples, cirugías de mama, muerte materna)

Es factible concluir que la mención de exclusividad parte como punto de referencia para hablar de estrategias no incluyentes cuando de elaboración de planes de salud pública se trata, generando de esta forma un contexto marcado por un conjunto de presiones a nivel sociocultural y sanitario sobre las madres con producción insuficiente de leche, que desencadenan implicaciones socio afectivas negativas.

Implicaciones socioafectivas sobre la autopercepción

Los conceptos de promoción de lactancia materna que representan una exclusión de las madres con producción insuficiente de leche dentro de los planes de salud pública y tratamientos descritos en la literatura científica. Los conceptos en torno a autonomía relacional y el relacionamiento de las madres a nivel social lleva a que ellas dentro del ejercicio de su autonomía se encuentran envueltas en presiones externas al decidir y concebir su autopercepción, de tal forma que más allá de su decisión hay factores externos que influyen en las implicaciones de su actuar.

“Pues uno siente frustración o en mi caso yo sentí frustración. Porque... porque es interesante sentir el apego que tiene el bebé hacia uno, y no sentirlo es frustrante, o en mi caso fue frustrante”. **Madre 3.**

“(...) angustia porque no quería, o sea no quería, yo estaba súper negada a no quererlo, y pues frustración conmigo misma, entran pensamientos también de culpa, de sentir... además en su momento además también yo creo que juegan un papel importante las hormonas y todo el tema por el que uno está pasando, el dolor que yo estaba sintiendo por haber sido cesárea, todo, el cansancio, el sueño; y entran esos pensamientos de sentir como la incapacidad de ser madre al 100%, de pronto, ligando erróneamente en ese momento que la capacidad de producción de leche tenía que ver con tu capacidad de ser mami, de ser mamá”. **Madre 4.**

Las implicaciones sociafectivas que se derivan de las relaciones causa-efecto percibidas por las madres, en cuanto a las implicaciones para sus bebés en términos de salud pueden estar sujetas a múltiples interpretaciones que no necesariamente se soportan en la evidencia, pues estos efectos pueden corresponder a diferentes causales causales como la genética, el ambiente de crecimiento, entre otros.

“Hoy en día asocio el tema de las alergias de mis hijas con eso. Mi primera hija tiene unas alergias en la piel bastante críticas y en mi segunda hija fue intolerante a la lactosa, ella estuvo hospitalizada por que no tolero la lactosa, entonces yo creo que con el tema de la leche materna no hubiera pasado por eso tan feo que paso en su primer año de vida”. **Madre 1**

“Bueno hay algo que si siempre me preocupó. Y para qué. O sea soy honesta, me preocupo el hecho de que ella, pues digamos que ella engordó, entonces en algún momento alguien hace mucho tiempo me dijo que podría ser; esa, una consecuencia de haberla alimentado con una formula, que por que los bebés que se alimentaban con leche materna, pues son igualmente sanos, pero que no se engordaban así como mucho, digo no, pero yo creo que esa es la única cosa que yo tengo en mente siempre, si eso que yo hice, o sea el hecho de que se hubiera alimentado con una formula, hoy en día de pronto la hace ver así toda corpulenta como es”. **Madre 2.**

“Pues no sé si es un mito o que será pero dicen que cuando uno da de lactar a un hijo hay mayor apego, en la parte emocional entonces puedes de pronto por eso”. **Madre 3.**

“Lo que creo es, es eso, lo de la alergia. Pues yo creo que esa decisión pudo ser la que influyó en el tema de la alergia, no sé, no sabría decir, pues no tengo prueba médica, pero yo sí podría decir que exponer a un bebé que no ha tomado nada, de una vez a fórmula pudo haberle ayudado, o de pronto, empeorado esa alergia con la que ya venía, esa predisposición o alergia a la proteína de leche de vaca. De resto, yo creo que nada, o sea, la fórmula le aportó mucho a mi bebé, inclusive ahorita, [eh...], como él no está consumiendo, o yo no

*estoy consumiendo nada de lácteos, tampoco estoy consumiendo ni huevo, ni soya, por el tema de las alergias que tiene; él igual tiene como un complemento, si...cuando se lo quiera dar, de vez en cuando no es 100% que está ahí, tampoco es en un 50%, es un porcentaje poquito, pero pues, no voy a negar que, que igual si al principio pudo haberlo afectado, aunque igual pues lo ayudó, lo alimentó y...hizo el trabajo de alimentarlo que eso es lo más importante, o sea sin eso, de pronto me hubiera sentido más frustrada, si yo no hubiera tenido la opción de la fórmula en ese momento". **Madre 4.***

*"Pues, o sea como consecuencias, pues es que la leche, la de fórmula, no es como tan ligera como la materna, ¿sí?, eso genera como gases en el bebé. Yo veo que eso sí es como una consecuencia, como que no, o sea no me gusta, en cuanto a la salud de mi bebé". **Madre 5.***

Las madres en la búsqueda del bienestar de su bebé, desarrollan sentimientos de frustración en el inicio de su proceso de producción de leche, por lo que la decisión que suelen tomar se genera en medio de la presión de las fuerzas externas y de sentimientos forzados por optar por alternativas diferentes. Se hace necesario, adelantar procesos de comprensión y empatía entre ellas para generar una autorreflexión compleja que modifique su autopercepción como madres y los conceptos de beneficios de cada alternativa, tanto para la madre como para su hijo.

Las madres como vemos se sienten tristes, frustradas y culpables por ideas y presiones sociales y sanitarias que determinan socialmente que lactar es la mejor forma de unir lazos entre madre e hijo y se presenta como una imposición para la madre, y no poder hacerlo les genera dudas sobre su capacidad en torno a la maternidad en una primera instancia.

Sin embargo, son madres con una gran capacidad de autorreflexión compleja para llevar a cabo un análisis sobre la situación relacionando de forma sana la maternidad con la lactancia materna. Estas madres nos permiten comprender procesos de empoderamiento y de autorreflexión en cuanto al entendimiento de la maternidad, más allá del proceso de lactancia y del análisis individualizado sobre su decisión de no hacerlo, como lo propone Stojar.

10. CONCLUSIONES.

A través de sus experiencias, las madres exponen que las estrategias a nivel de salud pública y de medicina tradicional guardan un gran desconocimiento de la situación de insuficiente producción de leche por un alto porcentaje de mujeres. En ese sentido, ignoran que la prioridad del bienestar del bebé que las madres tienen a su cargo, las arroja a decidir sobre el uso de la leche de fórmula como estrategia óptima para la alimentación de sus hijos, convirtiéndola en eje fundamental de su relación madre-hijo. Así como las percepciones en torno a lo que se entiende como insuficiencia en la producción de leche y lactancia materna exclusiva genera desacuerdos entre las madres y los objetivos a nivel de salud pública y la medicina tradicional, puesto que, mientras las madres justifican la baja producción de leche materna a partir de subjetividades. El sector de la salud considera que es una situación objetivable y decide arbitrariamente ignorar las percepciones de las madres en torno a esto, sin brindar cursos de acción diferentes a continuar con la estimulación de la lactancia materna. En relación con el de exclusividad, también las madres difieren y consideran dentro del mismo el uso alternativo de la leche de fórmula, estableciendo que la exclusividad de la lactancia no debe seguir siendo un imperativo.

Por otra parte, la búsqueda de la alternancia constante por parte de las madres y las implicaciones socioafectivas de ello, nos permiten comprender que estas perciben presiones externas en torno a una consideración de la lactancia materna como lo mejor y el contexto sociocultural y sanitario desconoce su situación y sus percepciones en torno a la misma, aun

cuando ellas deciden bajo una reflexión exhaustiva la búsqueda del bienestar de sus hijos como prioridad.

Sin embargo, este mismo grupo de madres a través de un ejercicio de autorreflexión posterior a su situación y las consecuencias inmediatas de la misma, exponen una serie de conclusiones que es importante analizar, tales como:

- La maternidad y la lactancia materna no son iguales y, por tanto, el hecho de no llevarla a cabo no las hace mejores o peores como madres.

- Lo que se concibe como lo mejor o ideal varía, de acuerdo a cada situación y debe así mismo individualizarse, pues lo mejor para sus hijos en determinados momentos es proveerles de un alimento que les permita su bienestar.

- Las campañas de lactancia materna no incluyen situaciones como la producción insuficiente de leche.

- Las madres aun cuando deciden con base en el bienestar del bebé, tienen en cuenta las opiniones del contexto sociocultural, en mayor medida las de sus familias a la hora de decidir y no tienen en cuenta la postura del sector de salud, dado que éste no les brinda alternativas por fuera de la lactancia materna exclusiva.

- Las madres consideran dentro de su contexto las opiniones, experiencias y decisiones de otras madres, desarrollando un contexto de empatía entre ellas.

- Las madres consideran dentro de su imaginario el uso de medicamentos para estimular la lactancia materna y el uso de bancos de leche materna en situaciones como las de ellas.

- Las madres y su autopercepción como tal, tiene un antes y un después con respecto a su situación. Lo primero es que la lactancia materna es vista por ellas como

fundamental y parte imprescindible de su rol como madres, pero la baja producción de leche les cambia después su percepción respecto a ello. En este punto, consideran que como madres deben velar por la protección y bienestar de sus hijos más allá de conceptos predispuestos socialmente.

Por otro lado, es posible analizar cómo las presiones externas antes mencionadas se configuran desde dos puntos, tal como propone la autonomía relacional. Una desde cómo se desarrolla el agente en medio del relacionamiento, el cual se da en cómo se auto perciben las madres, antes y después, puesto que la autopercepción está mediada por el contexto y por las impresiones que tenga sobre sí mismas. De tal forma que las madres, previo a esta situación denotan como la preconcepción de lo que significa la maternidad y su vínculo con la lactancia se configura como una presión, así como lo que se configura como los significados a nivel social y sanitario en relación con la lactancia materna.

Tras lo cual, surge el concepto de autorreflexión, propuesto por Stoljar, quien propone que la ponderación propia de cada aspecto que se involucra en la decisión, se llega al empoderamiento de su rol de decisión. Cabe mencionar que, las madres dentro de su relacionamiento y como sociedad reflejan la necesidad de tener en cuenta el imaginario con fines de lograr un contexto de mayor inclusión y con menor grado de riesgo a implicaciones socioafectivas negativas.

De tal forma, propone Mackenzie, estas madres configuran un imaginario que les permite comprender que se hallan en una sociedad que no les brinda alternativas de curso de acción a las madres con producción insuficiente de leche y de allí, surge la importancia y el poder detrás de la leche de fórmula, pues se torna en el eje sobre el cual gira la decisión de las madres en búsqueda del bienestar de sus hijos.

Un imaginario contemplado en bancos de leche y medicamentos, el cual desde los avances a nivel tecno-científico son una base para abrir las puertas a una inclusión de estas situaciones que institucional y sanitariamente han sido dejadas por fuera, por lo que se convierten en un punto de análisis dentro de la disposición de recursos para los planes de

salud pública. Igualmente, con respecto a la inclusión de estas situaciones, su abordaje es también necesario desde el punto en cómo se promueve la leche materna a través de mensajes promovidos por las campañas públicas, deben emplear un enfoque que cubra la situación de este gran porcentaje de mujeres, con el propósito de disminuir las implicaciones negativas socioafectivas para ellas.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. (2019). Breastfeeding. En Kleinman, R.E. y Greer, F.R. (2019). *Pediatric Nutrition*, 45.
- Anderson, P.O. (2017). Drugs that Suppress Lactation, Part 1. *Breastfeed Med*, (p. 12-128).
- Barbera, A., Inciarte, A. (2012). Fenomenología y hermenéutica: dos perspectivas para estudiar las ciencias sociales y humanas. *Multiciencias*, 12(2), 199-205.
- Carterette, E., Friedman, M. (1982). Manual de Percepción. *Raíces*.
- Díaz-Torres, A. L. (2020). Análisis. Universo de las realidades femeninas en relación con la lactancia materna. *Pontificia Universidad Javeriana*.
- Gilligan, C. (1977). In a Different Voice: Women's Conceptions of Self and of Morality. *Harvard Educational Review*, 47(4), 481-517.
- Heider, F. (1958). La psicología de las relaciones interpersonales. *McGraw Hill*.
- Hurst, N.M. (1996). Lactation after augmentation mammoplasty. *Obstet Gynecol.*, 87-30.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF, Ministerio de Salud y Protección Social, el Departamento Administrativo para la Prosperidad Social – PS, Instituto Nacional de Salud – INS - y Organización Panamericana de la Salud-OPS/OMS. (2015). Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN).
- Jalal, M., Dolatian, M., Mahmoodi, Z., & Aliyari, R. (2017). The relationship between psychological factors and maternal social support to breastfeeding process. *Electronic physician*, 9(1), 3561–3569.
- Kukla, R. (2006). Ethics and Ideology in Breastfeeding Advocacy Campaigns. *Hypatia*, 21(1), 157-180.

- López, B., Martínez, L., Zapata, N. (2013). Motivos de abandono temprano de la lactancia materna exclusiva : un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín. *Rev. Fac Nac Salud Publica*, 31(1), 117-126.
- Mackenzie, C. & Stoljar, N. (2000). Relational autonomy. Feminist perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self. *Oxford University Press*.
- Martucci, J., & Barnhill, A. (2018). Examining the use of ‘ natural ’ in breastfeeding promotion: ethical and practical concerns. *Public Health Ethics*, 44, 615-620.
- Ministerio de Protección Social, Acción Social, UNICEF y Programa Mundial de Alimentos (PMA) de las Naciones Unidas. (2009). Plan decenal lactancia materna 2010-2020: Un imperativo publico para la protección y la alimentación adecuada a los niños y niñas menores de dos años. S&P Salud y Protección Social Consultores.
- Moya, M. (1999) Percepción de las personas. En: Morales, J. F., Moya, M., Gaviria, E. & Cuadrado, I. (2007). Psicología social. Mc Graw-Hill. (pp. 267-294).
- Muers, E. (2010). The Ethics of Breastfeeding: A feminist Theological Exploration. *Journal Of Feminist Studies In Religion*, 26(1), 7.
- Murphy, E. (1999). “Breast is best’: Infantfeeding decisions and maternal deviance. *Sociology of Health g Illness*, 21(2), 187-208.
- Resolución 8430 de 1993. (1993, 4 de Octubre). Ministerio de Salud de Colombia.
- Ley Estatutaria 1581 de 2012. (2012, 17 de Octubre). Congreso de la República de Colombia. Diario Oficial No. 48.587
- O’Neill, O. (2002). Autonomy and trust in bioethics. *Cambridge University Press*.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). *Lactancia materna*.

Sarmiento, M. I. Evolución del concepto de autonomía: Del pensamiento moderno al pensamiento contemporáneo. Universidad El Bosque, Departamento de Bioética. BIOS Y OIKOS 6.

Saylor Academy. (2017). Principles of Social Psychology https://saylordotorg.github.io/text_principles-of-social-psychology/index.html

Sen, A. (2000). Desarrollo y libertad. New York, Estados Unidos. *Editorial Planeta Argentina*.

Stoljar, N. Autonomy and the Feminist Intuition. (2000). En Mackenzie, C. & Stoljar, N. (2000). *Relational autonomy. Feminist perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self*. Oxford University Press, (pp. 94-111).

Woollard, F. (2018). Should we talk about the ‘benefits’ of breastfeeding? The significance of the default in representations of infant feeding. *Journal Of Medical Ethics*, 44(11), 756-760.