



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Universidad de la República

Facultad de Psicología

Tesis para optar al Título de Magister en Psicología Social

Título:

El discurso y las prácticas pediátricas sobre la lactancia como promotora del vínculo temprano. Estudio de caso en un Centro de Segundo Nivel de Atención de la salud de ASSE

Autor: Lic. en Psic. Rafael Saldombide Runco

Directora de Tesis: Prof. Agda. Lic. Gabriela Etchebere Arenas

Directora Académica: Prof. Adj. Lic. Cecilia Marotta Méndez

Montevideo, Uruguay

Marzo, 2018

Página de aprobación

Facultad de Psicología

El tribunal integrado por los abajo firmantes aprueba la Tesis de Investigación:

Título: El discurso y las prácticas pediátricas sobre la lactancia como promotora del Vínculo temprano. Estudio de caso en un Centro de Segundo Nivel de Atención de la salud de ASSE

Autor: Lic. en Psic. Rafael Saldombide Runco

Tutora: Prof. Agda. Lic. Gabriela Etchebehere Arenas

Carrera: Maestría en Psicología Social. Cohorte 2013. Facultad de Psicología. UdelaR

Puntaje:.....

Tribunal

Profesor.....

Firma:.....

Profesor.....

Firma.....

Profesor.....

Firma.....

Fecha:.....

Tabla de contenido

Resumen	6
Palabras claves: Lactancia – Vínculo Temprano - Atención pediátrica.	6
Abstract	7
Dedicatoria	8
Agradecimientos	9
Introducción	10
Capítulo 1: Problemática de Investigación	16
1.1 Relevancia y Justificación de la temática a investigar.....	16
1.2 Objetivos y Preguntas de investigación	20
Interrogantes de Investigación:	20
Objetivos	21
1.3 Antecedentes	21
1.3.1 Antecedentes de investigaciones nacionales	21
1.3.2 Investigaciones a nivel Internacional.....	23
Capítulo 2: Fundamentación Teórica	26
2.1 Esquema conceptual multirreferencial	26
2.3 Contribución desde la Psicología Social	29
2.4 Lenguaje; discursos y prácticas.....	31
2.5 Conceptualizaciones sobre vínculo temprano	33
2.6 Género, Maternidad y Lactancia.....	39
2.7 Aportes desde la Epistemología Feminista	41
2.8 Pediatría y Modelos de Atención en Salud	42
Capítulo 3: Metodología.....	47
3.1 Justificación y enfoque metodológico de la investigación	47
3.2 Delimitación del problema de investigación	48

3.3 Estudio de caso.....	49
3.4 Técnicas de recolección de la información	50
3.4.1 Entrevista.....	51
3.4.2 Observación participante	51
3.5 Técnicas de análisis de la información	52
3.5.1 Análisis de contenido	52
3.5.2 Categorización de los contenidos	53
3.6 Tablas de categorías	53
3.6.1 Tabla de Entrevistas	54
3.6.2 Tabla de Observaciones	57
3.7 Características de los participantes de la investigación	58
3.9 Desarrollo de la recolección de datos.....	60
Capítulo 4: Análisis y discusión.....	63
4.1 Vínculo temprano	63
4.2 Lactancia.....	69
4.3 Relación entre lactancia materna y vínculo temprano.....	73
4.4 El Lugar de la mujer	78
4.5 Funciones del pediatra	84
4.6 Estrategias Pediátricas.....	87
4.7 Madre adolescente.....	90
4.8 Condiciones asistenciales	92
Capítulo 5: Consideraciones finales.....	97
5.1 Conclusiones.....	97
5.2 Recomendaciones.....	102
Referencias Bibliográficas	105
ANEXOS.....	116
1. Tablas de categorización	117

1. A	Tabla de categorización de Entrevistas.....	117
	Tabla 1.A.1	117
	Tabla 1.A.2	121
1.B	Tabla de codificación de observaciones.....	142
	Tabla 1.B.1	142
	Tabla 1.B.2	144
2.	Guía de Entrevista individual a Médicos Pediatras	165
3.	Guía de observación.....	167
4.	Hoja de Información.....	168
5.	Consentimiento informado Participación como entrevistado	170
6.	Consentimiento informado Participación en Observación	172

Resumen

Las temáticas de lactancia y vínculo temprano tienen relevancia actual y son promovidos desde diversos organismos nacionales e internacionales desde la promoción y prevención en salud.

El estudio realizado tuvo como objetivo indagar y analizar los discursos y prácticas pediátricas sobre lactancia como instancia promotora del vínculo temprano. La investigación se planteó un estudio de caso cualitativo de corte transversal en un centro de segundo nivel de atención a la salud. El servicio de salud se ubica en el interior del país cercano a la zona metropolitana.

Desde la singularidad de esta propuesta de investigación cualitativa se buscó comprender los significados y prácticas de los actores en concreto para que los resultados obtenidos puedan tener transferibilidad, pudiendo ser aplicados en otros contextos sin pretender la búsqueda de universalidad.

Las técnicas realizadas fueron entrevistas individuales en profundidad a los pediatras y una auxiliar de enfermería del área de pediatría y observación participante en las consultas pediátricas. La información obtenida fue analizada desde el análisis del contenido discursivo.

Los resultados del estudio dan cuenta de que la relación entre la lactancia como instancia de promoción del VT no se logra percibir claramente

En relación a la lactancia se considera necesaria la indagación sobre la misma pero en la práctica se pregunta poco y se centran en saber si el niño se está alimentando con lactancia natural. La eficacia de esta alimentación se busca corroborar a través de los datos aportados por el peso corporal y la medida de longitud del niño.

Por otro lado la concepción predominante sobre VT está íntimamente relacionada al concepto de *Apego*, pero caracterizado como una actividad innata de la mujer generada en los primeros momentos de vida.

Palabras claves: Lactancia - Vínculo Temprano - Atención pediátrica.

Abstract

The themes breast-feeding and early bonding have current significance and are promoted from different national and international organisations through promotion and prevention in health.

The performed study was aimed at investigating and analysing paediatric discourses and practices about breast-feeding as an instance promoting early bonding. The investigation implied a qualitative cross-sectional case study at a second level healthcare centre. The healthcare service is situated in the interior of the country, near the metropolitan zone.

The objective of this singular proposal of qualitative investigation is to understand the meanings and practices of the actors in particular, so that the results can be transferred and applied to other contexts, without pretending to search for universality.

The techniques applied were: individual interviews in depth with paediatricians and a nursing assistant of the paediatric area, as well as participant observation at paediatric consultations. The data obtained was analysed from discourse content analysis.

The conceptual basis of the study is the performativity of language. From this perspective, paediatrician's discursivities reflect their ways of thinking and, at the same time, of acting in relation to the study's themes.

To analyse the information, the theoretical contribution of social psychology and feminist epistemology are taken into account. As for bonding and breast-feeding, theoretical inputs on early bonding and attachment theory are included.

Keywords: Breast-feeding - early bonding - paediatric care.

*A Melisa, mi compañera de todos los días
que me acompañó, sostuvo y tolero este viaje.*

*A mis hijos Bautista, Benjamín y Malena,
que sin entender formaron parte
de las horas robadas a la maestría*

*A mis padres y a Raquel,
que en sus roles de abuelos
permitieron mi cursada en la Maestría*

Agradecimientos

A la Facultad de Psicología de la Universidad de la República y las direcciones académicas de la maestría en psicología social por brindarme esta posibilidad de formación.

A la dirección del centro de salud de ASSE donde se desarrolló esta investigación. A los funcionarios del servicio que brindaron información y apoyo en el transcurso del estudio.

Mis agradecimientos especiales a los cuatro pediatras y la auxiliar de enfermería que se brindaron con total disposición para que esta investigación pudiera desarrollarse.

A los compañeros de cohorte de la maestría en sus aportes brindados durante todo el proceso formativo.

A la docente y colega Alicia Muniz quien desde el programa de residentes de psicología incentivó e impulsó la realización de la maestría.

A la colega y docente Alejandra Akar por su generosidad durante el transcurso de mi proceso formativo.

Un agradecimiento muy especial a la Gabriela Etchebehere Arenas, tutora de esta tesis, que con mucha paciencia, calidez humana y rigurosidad académica me orientó y apoyó en este largo proceso.

Introducción

Esta investigación se enmarca en la formación de la Maestría en Psicología Social de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

Las ideas que fueron dando comienzo a esta propuesta de estudio tienen su origen en el año 2012 a partir de las actividades profesionales del investigador llevadas a cabo en un centro de salud de ASSE como psicólogo Residente. La inclusión en el programa de residencias para psicólogos en servicios de salud (convenio entre la Facultad de psicología de la UR y ASSE)¹ dio comienzo a la generación de preguntas que llevaron a la investigación realizada. En el desarrollo de la residencia se realizó una propuesta de trabajo que apuntaba a observar e intervenir en sala de internaciones del hospital de segundo nivel. Específicamente se comenzó a realizar intervenciones y observaciones en sala de maternidad con embarazadas y puérperas, simultáneamente observando y dialogando con el personal de salud de dicha área. Al ingresar a la formación de maestría estas tareas fueron promoviendo interrogantes en relación a las comunicaciones que se generaban en los profesionales del área de internación de maternidad, sobre todo relacionados a los discursos sobre la lactancia, el vínculo madre-hijo y el rol materno.

En el transcurso del proceso formativo se fue recortando el objeto de estudio enfocando la indagación específicamente a los discursos y las prácticas de los médicos pediátricos de un centro de salud de segundo nivel de atención respecto a la lactancia como instancia de promoción del vínculo temprano.

Desde principio del siglo XX la lactancia materna (LM) y el Vínculo temprano (VT) han sido objeto de estudio desde diversas disciplinas a nivel mundial dando cuenta de la importancia y necesidad de promover la LM como proveedora de los nutrientes necesarios para el bebé, así como también como instancia de promoción del VT (UNICEF, 2004).

La guía para el cuidado del recién nacido elaborada por UNICEF (2005) destaca a la lactancia natural como lo ideal por contener todos los elementos nutritivos necesarios para la adecuada alimentación del lactante. Entre las ventajas de la misma se menciona el vínculo afectivo del bebé con su mamá, además de no producir ni

¹ Disponible en: http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/convenio_fp-asse-2.pdf

necesitar gastos económicos y médicos. Se trata de una instancia única y esencial que acerca a la madre y su hijo en un marco de contactos, caricias y miradas. Por ello, la promoción de la lactancia se transforma en un beneficio individual-familiar-social y económico. (UNICEF, 2005)

Se describe también la relación entre lactancia y VT en los primeros encuentros madre-bebé durante el desarrollo de la misma. La guía mencionada se refiere al momento del amamantamiento como clave para el desarrollo del VT, siendo que el encuentro inicial madre-hijo es el más significativo y constitutivo como base biológica y emocional. A su vez, se destacan aspectos de la forma de amamantar para favorecer el desarrollo de la lactancia natural así como del VT: - encuentro entre miradas, gestos, llantos y ritmos -. (UNICEF, 2005)

La idea de VT como fundante del sujeto humano, de la estructuración psíquica y de los modos futuros de vincularse con el ambiente, tiene su origen en los aportes realizados desde los inicios del Psicoanálisis por Freud (1905-1914) y luego por psicoanalistas posteriores a este como Melanie Klein (Segal, 1967), Winnicott (1986 - 1979), entre otros. Estos aportes fueron dando relevancia al estudio de lo que se genera en el contacto entre madre y bebé al momento de amamantar más allá de la función nutritiva de dicho acto, ya que se configura una relación de apuntalamiento entre lo afectivo y lo biológico. La relación entre el acto de amamantamiento como acto biológico y el desarrollo vincular-afectivo del niño con su referente es elaborado por Freud (1914) en sus postulados sobre la doctrina de las pulsiones. En la misma realiza una separación originaria entre pulsiones sexuales y pulsiones yoicas, distinción que para el autor responde a la distinción común entre hambre (como instinto) y amor. En relación a lo anterior, Alaugnier (2007) trabaja el concepto de lo originario que posee como material exclusivo la *imagen de la cosa corporal* y da cuenta de esta primera etapa de interrelación entre cuerpo y psique. Para la autora el desarrollo del psiquismo toma como base en su origen al cuerpo biológico, siendo el punto de partida la primera experiencia de placer que es el encuentro entre boca y pecho.

Víctor Guerra (2009) toma los aportes de Stern (1978) poniendo el énfasis en la observación y análisis del vínculo entre madre e hijo, haciendo hincapié en los aspectos no verbales de la interacción, las señales corporales, la mirada, los olores, los tonos de voz, los ritmos de movimientos corporales, entre otros.

Para Salinas-Quiroz y Posada (2015) una de las teorías con mayor influencia en las últimas cuatro décadas ha sido la Teoría del Apego con sus dos principales referentes como son Ainsworth y Bowlby.

Desde la Teoría del Apego, a diferencia de los anteriores aportes teóricos, no queda ligada la figura materna como única participante en el vínculo entre el niño y el entorno. Se puede pensar en otras denominaciones para el adulto que genera el vínculo con el niño, como puede ser el de cuidador primario, lo que permite salir de la denominación vínculo madre-bebé, permitiendo además la inclusión de otros referentes en esa interrelación.

Esta perspectiva ofrece diferentes alternativas al personal de salud que trabaja directamente con la primera infancia para denominar, pensar y actuar con respecto al VT.

Por otro lado cabe señalar que este estudio se enmarca en el ámbito de la atención a la salud y desde una perspectiva de promoción y prevención. Apunta a aportar a lo planteado por la Ley N° 18.211 "Sistema Nacional Integrado de Salud" (Uruguay, 2007) que entre sus principios rectores propone la promoción de la salud con énfasis en el entorno y los estilos de vida, además de incentivar la investigación científica en salud.

El énfasis puesto en la promoción y prevención en salud tiene su base conceptual en las estrategias de atención primaria en salud (APS). A la relación directa entre LM y promoción de salud, se suma la relación del VT con respecto a la prevención y promoción de la salud mental de las personas. Para ello es necesario conocer si esto se traduce en prácticas sanitarias de promoción de la Lactancia y el VT y de prevención de sus dificultades, lo que constituye el problema a abordar en esta tesis.

Las interrogantes que guiaron el estudio fueron:

- ¿Cuáles son las características de los discursos y prácticas de médicos/as pediátricos/as con respecto a la Lactancia materna y Vínculo temprano?
- ¿Qué es lo que piensan y comunican los médicos/as pediátricos/as sobre la LM y VT a las usuarias madres y sus familiares?

- ¿Qué concepciones y visiones tienen estos profesionales sobre LM y VT?
- En los discursos y prácticas de los pediatras ¿existe relación entre VT y LM?
¿Qué nivel de relevancia tiene para los profesionales la promoción de dicho vínculo durante el período de lactancia?

A partir de las interrogantes iniciales se plantearon los siguientes Objetivos

Objetivo general

Conocer los discursos de médicos/as pediátricos/as con respecto a la lactancia materna y vínculo temprano

Objetivos específicos

- Identificar las ideas predominantes de médicos/as pediátricos/as en relación a la lactancia materna y al vínculo temprano
- Caracterizar las prácticas de atención a la lactancia materna y del vínculo temprano que desarrollan dichos profesionales
- Analizar los discursos y prácticas de los pediatras sobre lactancia materna y qué relación se establece con la promoción del vínculo temprano

Metodología

La investigación se plantea un estudio de caso cualitativo de corte transversal que busca indagar y conocer los significados y estrategias pediátricos en un centro de salud particular. En esta investigación no se tiene intención de universalizar los resultados interpretados hacia todos los centros de salud y hacia toda la pediatría.

Se trata de un diseño transversal que buscará describir y analizar los discursos de los profesionales en un único momento en el tiempo.

Desde la singularidad de esta propuesta de investigación cualitativa se pretende comprender los significados y prácticas de los actores en concreto para que los resultados obtenidos puedan tener transferibilidad, pudiendo ser aplicados en otros contextos (con diferentes grados de aplicabilidad) sin pretender la búsqueda de universalidad.

Se proponen entrevistas individuales en profundidad a los pediatras y una auxiliar de enfermería del área de pediatría y observación participante en las consultas pediátricas en el área de policlínicas del hospital.

La información obtenida será analizada desde los aportes del análisis de contenido de los discursos (Íñiguez Rueda, 2003; Kastrupl y Passosll, 2013; Ortí, 1986; Piñuel Raigada, 2002; Pizarro, 1979; Valles, 1999)

La investigación se llevará a cabo en un Centro de Salud de segundo nivel de atención de la salud del interior del país. El mismo está ubicado en una ciudad de un departamento cercano al área metropolitana. Es un hospital de referencia en la ciudad donde está ubicado así como de sus zonas aledañas (ciudades, pueblos y zona rural). Si bien se trata de un centro de segundo nivel de atención, dada la ausencia en la ciudad de centros de primer nivel de atención, es la institución de referencia de inserción al sistema de salud por parte de la población de esta zona del país. En este sentido, las prácticas y discursos estudiados corresponden a la atención en policlínica, lo que refiere a un primer nivel de atención.

Organización del texto

Esta tesis ha sido organizada en una estructura compuesta por cinco capítulos.

En el primer capítulo se presenta la Problemática de Investigación.

En el mismo se incluyen la relevancia y justificación de la temática, los Objetivos y preguntas de investigación, así como los antecedentes tanto a nivel nacional como internacional.

En el segundo capítulo se desarrollarían los fundamentos teóricos que sustentan el estudio.

El tercer capítulo está destinado a la Metodología utilizada y sus fundamentos conceptuales que las sustentan. Además, en este capítulo se incluyen las consideraciones éticas y el desarrollo de la recogida de datos.

En un cuarto capítulo se realiza la presentación, análisis y discusión de los datos recabados.

Para culminar se desarrolla un capítulo donde se realizan las consideraciones finales; conclusiones y sugerencias.

Posterior a los capítulos se incluyen las referencias bibliográficas y los anexos. En estos últimos se incluyen las tablas de categorización, las guías utilizadas para la realización de las entrevistas y observaciones, la hoja de presentación entregada a cada profesional y familia, los consentimientos informados realizados a los profesionales y familias participantes en la investigación.

Capítulo 1: Problemática de Investigación

1.1 Relevancia y Justificación de la temática a investigar

Desde principio del siglo XX la LM y el VT han sido objeto de estudio desde diversas disciplinas a nivel mundial.

A lo largo de la segunda mitad del siglo mencionado, la prevalencia de la LM exclusiva era muy baja escenario que preocupaba por la creciente sustitución de la lactancia natural por fórmulas derivadas de leche de vaca. A esto se sumaba el aumento de diversas enfermedades durante el desarrollo de los niños. Esta situación es reciente en la historia ya que hasta hace menos de 150 años la inmensa mayoría de recién nacidos eran alimentados con leche de la propia especie (Paricio, 2004).

En la 27ª Asamblea Mundial de la Salud (AMS) realizada en 1974 se advirtió sobre el descenso de la LM en muchos países del mundo relacionado con la promoción indiscriminada de sustitutos industriales, recomendando a los estados miembros adoptar medidas correctoras. La sola recomendación de la OMS o la regulación estatal no consiguieron modificar las tasas de LM en muchos países. Se fue detectando la pérdida de la cultura social de la LM así como de los propios sistemas sanitarios. Con respecto a este último elemento, se menciona a los propios profesionales de la salud por su falta de preparación y conocimientos y por la aplicación de rutinas erróneas en cuanto a paritorio, maternidad y salas de pediatría (Paricio, 2004).

Todos los elementos señalados constituían el mayor freno a la LM en países desarrollados, aumentando la morbimortalidad infantil y el gasto sanitario. Por ello, la OMS/UNICEF realizan una declaración conjunta sobre protección, promoción y apoyo de la LM, exhortando a que todos los sectores de la sociedad, especialmente los padres, tengan acceso a educación y apoyo sobre LM OMS/UNICEF, 1989, citado en Paricio, 2004)

A partir de ello, desde diversos organismos nacionales e internacionales se explicita la importancia y necesidad de promover la LM como proveedora de los nutrientes necesarios para el bebé, así como también como instancia de promoción del VT (UNICEF, 2004).

Es bien conocido que la LM es el recurso más valioso que permite asegurar el mejor comienzo en la vida a todos los niños y niñas. Le proporciona todos los elementos nutritivos que este requiere para preservar su salud y crecer. Pero además de todo esto, e igualmente importante, el amamantamiento es una invaluable oportunidad natural de expresar amor en el

comienzo mismo de la vida, sentando las bases de una valiosísima relación de confianza y protección entre la madre y el niño (UNICEF, 2004, p.7).

La guía para el cuidado del recién nacido elaborada por UNICEF (2005) destaca que el pecho materno es lo ideal, conteniendo todos los elementos nutritivos necesarios para la buena alimentación del lactante. Además expresa que si la práctica de amamantamiento es realizada con placer y en un ambiente facilitador y tranquilo, se establece una base para un crecimiento y desarrollo infantil adecuado. Se trata de una instancia única y esencial que acerca a la madre y su hijo en un marco de contactos, caricias y miradas. Entre las ventajas de amamantar se destaca el vínculo afectivo del bebé con su mamá, el componente nutritivo de la leche materna, el incentivo del desarrollo motriz y sensorial, además de no producir ni necesitar gastos económicos y médicos. Por ello, la promoción de la lactancia se transforma en un beneficio individual-familiar-social y económico (UNICEF, 2005).

En la guía mencionada se puede apreciar la relación entre LM y VT en los primeros encuentros madre-bebé durante el desarrollo de la lactancia. La guía refiere al momento del amamantamiento como clave para el desarrollo del VT, siendo que el encuentro inicial madre-hijo es el más significativo y constitutivo como base biológica y emocional. A su vez, se destacan aspectos de la forma de amamantar para favorecer el desarrollo de la lactancia natural así como del VT (encuentro entre miradas, gestos, llantos y ritmos) (UNICEF, 2005).

Otro indicador de la relevancia de la temática se aprecia en la celebración de la Semana Mundial de la LM, comprendida entre el 1º y 7 de Agosto con el propósito de fomentar la alimentación natural del bebé para mejorar su salud y también contribuir con la salud de las madres que amamantan. A esto se suman los estudios impulsados por UNICEF en cooperación con otros organismos estatales para ir conociendo los estados de situación en relación a la LM en los diferentes países.

La importancia concebida a la lactancia natural en el desarrollo de la salud de los niños y de la sociedad en su conjunto, así como también de los beneficios sanitarios y económicos generados a partir de la misma, implica tener políticas sanitarias de promoción y prevención en salud que la apoyen.

En este sentido, la Ley N° 18.211 "Sistema Nacional Integrado de Salud" (Uruguay, 2007) propone en su artículo 3º entre sus principios rectores la promoción de la salud con énfasis en el entorno y los estilos de vida. Además, en el artículo 5º de dicha ley se expresa el objetivo de promover la investigación científica en salud

En esta línea, en Uruguay por ejemplo en el año 2009 se aprueba por parte del MSP, la OMS y UNICEF, La Norma Nacional de LM de Uruguay donde se reconoce que las “madres tienen el derecho y la necesidad de ser apoyadas y estimuladas por sus familias, sociedad, lugares de trabajo y Estado en la realización de la lactancia” (MSP, 2009, p. 12)

A su vez se menciona:

Se cree prioritario desarrollar acciones que promuevan la LM, generar condiciones adecuadas en las instituciones de salud para el desarrollo de la misma, capacitar al personal sobre las buenas prácticas en LM, asesorar a las madres y sus familiares y promover el desarrollo vincular madre-hijo. Es relevante la función de los equipos de salud para favorecer, promover y controlar el desarrollo de la LM. Se destaca el Derecho a la Información, en tanto que la práctica del amamantamiento debe ser exclusiva en los primeros seis meses de vida. Toda mujer embarazada y sus acompañantes deben ser informados y orientados en este sentido así como sobre los riesgos que implica reemplazar el amamantamiento por otras alternativas de alimentación. (MSP, 2009, p. 12)

En el marco de esta semana, en Agosto de 2016, se desarrolló el Foro "Maternidad y Lactancia - Hacia un vínculo saludable" realizado en el Palacio Legislativo dentro del marco del proyecto “Puertas abiertas a la maternidad” de la Presidencia de la Cámara de Representantes de Uruguay.

El foro estuvo integrado por expositores nacionales representando Ministerio de Salud Pública, al Banco de Leche Humana del Hospital Pereira Rosell, docentes de la Universidad de la República y consultores a nivel internacional sobre Lactancia.

El cometido del foro buscaba analizar cómo el período de lactancia incide en el vínculo madre-hijo. En las exposiciones se destaca la inclusión de estas temáticas como políticas a largo plazo con la necesidad de abordajes integradores haciendo foco en las mujeres con respecto a la lactancia.

En varias de las exposiciones se percibe la lactancia metafóricamente como la vacuna oral de bajo costo necesaria para la salud pública y favorecedora del vínculo madre e hijo.

Por otro lado, la Encuesta sobre LM (Bove y Cerruti, 2011) muestra el aumento de la tasa de la lactancia natural y también una aceleración en el destete de las madres que trabajan.

En la encuesta de LM del año 2003 (UNICEF, 2004) se visualiza a Uruguay en un proceso de recuperación de una cultura nacional de LM. Sin embargo se destaca la mayor dificultad respecto al apoyo a esta práctica natural en los grupos más vulnerables, como los hijos/as de madres adolescentes, niños/as de bajo peso al nacer y niños/as desnutridos/as. Por

estos motivos, se señala la necesidad de tener equipos de salud capacitados y comprometidos insertos en una política clara de promoción de la LM.

El énfasis puesto en la promoción y prevención en la atención en salud requiere de intervenciones con acciones de educación y fortalecimientos de las capacidades de las personas para su autocuidado. Relacionado a estos elementos, la base conceptual está en las estrategias de atención primaria en salud (APS) definida en la Conferencia de Alma Ata OPS (2008, p. 14) como:

La asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación.

“La lactancia, aunque natural, es un procedimiento sensible al aprendizaje que mejora con información y formación específica, y que necesita del apoyo de la familia, el sistema de salud y de la sociedad en general” (López, 2015, p. 8).

Una de las principales causas de abandono de la lactancia son las dificultades para la instauración de esta práctica durante el primer mes de vida del bebé, sobre todo por falta de apoyo del centro hospitalario o servicio médico de referencia (Giménez, Jimeno, Valles y Sanz de Miguel, 2015, citado en López, 2015)

A la relación directa entre LM y promoción de salud, se suma la importancia de la relación del VT con respecto a la prevención y promoción de la salud mental de las personas. En este aspecto para la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) la salud mental es un componente esencial de la salud, siendo algo más que la ausencia de enfermedad. Para dicha organización la promoción de la salud mental requiere de estrategias intersectoriales y formas concretas de fomentar la salud mental entre las cuales se pueden destacar las intervenciones en la infancia precoz.

Según datos señalados por la propia OMS (2004), a nivel mundial los trastornos mentales y de conducta representaban en 1990 el 11% de la carga total de enfermedad. Se predice por parte de la misma que para el año 2020 estos porcentajes aumentarían a un 15 %. A su vez destacan que la depresión fue la cuarta causa más importante de aportación a la carga de enfermedad en el año 1990 y se espera que para el año 2020 la misma sea la segunda después de las enfermedades cardíacas. Pese a ello, para la OMS (2001, citado Fascioli,

2006) los recursos destinados a la salud mental son insuficientes en casi todo el mundo, por lo que “el Grupo de Directores de Salud Mental de los Ministerios de América Latina (1996) recomienda que hay que resaltar las acciones de promoción y prevención en salud mental (Fascioli, 2006, pp. 16-17).

El desarrollo de un vínculo sano del bebé con la madre se considera un factor de protección para el niño ante futuras enfermedades mentales en la edad adulta (Berger, 2007, citado en López, 2015). Los efectos de la lactancia a largo plazo en la salud mental del niño o adulto están poco estudiados, aunque se han encontrado indicios a través de estudios de neuroimagen con patrones cerebrales menos irascibles y más adaptados en los niños con lactancia materna exclusiva frente a la lactancia materna parcial (Jones, McFall y Diego, 2004, citado en López, 2015, p. 7).

De estos datos se desprende la necesidad de contribuir desde investigaciones sanitarias a la promoción y prevención de la salud mental de nuestra población, por lo que el tema del VT y LM de esta tesis pretende ser un aporte en este sentido.

1.2 Objetivos y Preguntas de investigación

Acorde a los aspectos planteados, la práctica profesional en los servicios de salud y el proceso formativo de maestría, fueron plasmando las siguientes interrogantes y objetivos de investigación que dieron inicio a la propuesta oficiando como orientación y guía en todo el desarrollo del estudio.

Interrogantes de Investigación:

- ¿Cuáles son las características de los discursos y prácticas de médicos/as pediátricos/as con respecto a la Lactancia materna y Vínculo temprano?
- ¿Qué es lo que piensan y comunican los médicos/as pediátricos/as sobre la LM y VT a las usuarias madres y sus familiares?
- ¿Qué concepciones y visiones tienen estos profesionales sobre LM y VT?

- En los discursos y prácticas de los pediatras ¿existe relación entre VT y LM? ¿Qué nivel de relevancia tiene para los profesionales la posibilidad de generar dicho vínculo durante el período de lactancia?

Objetivos

- ❖ Objetivo general:

Conocer los discursos de médicos/as pediátricos/as con respecto a la Lactancia materna y Vínculo temprano

- ❖ Objetivos específicos:

- Identificar las ideas predominantes de médicos/as pediátricos/as en relación a la lactancia materna y al vínculo temprano
- Caracterizar las prácticas de atención a la lactancia materna y del vínculo temprano que desarrollan dichos profesionales
- Analizar los discursos y prácticas de los pediatras sobre lactancia materna y qué relación se establece con la promoción del vínculo temprano.

1.3 Antecedentes

A partir de la temática planteada para el estudio, se hizo un relevamiento de antecedentes nacionales e internacionales que abordaran las prácticas de los profesionales de la salud en relación a la lactancia materna y el vínculo temprano.

1.3.1 Antecedentes de investigaciones nacionales

La investigación existente en Uruguay en relación a la propuesta planteada es escasa y reciente, destacándose como principal antecedente el estudio "El cuidado del vínculo madre-hijo que realizan licenciados enfermeros de centros de salud públicos de Montevideo"

desarrollado por Laura Fascioli en el año 2006. En el mismo se indagaron los relatos y las prácticas del cuidado del vínculo madre-hijo de los licenciados de enfermería desde un estudio de tipo exploratorio descriptivo.

Como resultado se visualizó que el 68% de los involucrados consideró de importancia fundamental al primer vínculo en la construcción de la personalidad. Sin embargo, a pesar de lo anterior, el 84% percibe que el cuidado del vínculo no es una actividad de promoción de salud mental y además, el 60% no lo considera como una práctica propia de enfermería. Las conclusiones de dicho estudio es que el cuidado del vínculo no es considerado desde las prácticas sanitarias como un aspecto a tener en cuenta más allá que en el modelo de salud uruguayo se apunta a la integralidad de la salud. A su vez se destaca que no se encontraron normas nacionales ni programas de promoción y protección de la salud mental y general a nivel público que consideren específicamente dicho cuidado. Otro aspecto de relevancia como antecedente para esta investigación refiere a que la atención del par madre-hijo que se realiza en los centros públicos de Montevideo se hace predominantemente desde un modelo que prioriza lo biológico y disocia a ambos miembros del par asistiendo las singularidades de cada uno y no los comportamientos vinculares. La reflexión extraída en dicho estudio es que el cuidado del vínculo no es considerado oficialmente un aspecto a tener en cuenta en el modelo de salud uruguayo (Fascioli, 2006).

Otra investigación a nivel nacional realizada por el equipo de pediatría del Hospital Británico en el año 2008, buscó indagar el perfil de la LM exclusiva en dicho centro de salud.

Los objetivos del estudio fue describir las características de la población asistida en la maternidad del Hospital y su comportamiento frente a la práctica de la lactancia materna e identificar factores modificables que permitieran delinear intervenciones tendientes a mejorar la prevalencia de la lactancia materna.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y transversal. Se incluyeron todos los neonatos de término (mayor o igual a 37 semanas de edad gestacional), que nacieron en la maternidad y que al mes de junio 2006 cumplieron uno, tres y seis meses de vida.

Los resultados recabados permiten comunicar una menor prevalencia de lactancia materna exclusiva, con respecto a la tercera encuesta nacional de lactancia materna realizada en el año 2003. Los investigadores observan que aquellos niños que recibieron lactancia materna exclusiva en el alojamiento madre-hijo (AMH), al mes de vida mantenían lactancia materna en un 100%, siendo en forma exclusiva en 83,3%. En los grupos de tres y seis meses se mantenía lactancia materna exclusiva 92,2% y 50% respectivamente. Estas proporciones son diferentes con respecto al grupo de lactantes expuestos a otro tipo de alimentación en el AMH. Esto permite afirmar la importancia que tiene incidir desde el equipo de salud en las

prácticas durante las primeras horas de vida, aunque las prácticas en el alojamiento madre-hijo no ofician como protectoras de la lactancia materna (Gómez, P., Bonino, A., Stewart, J., Ricceto, C. y Tejera, V., 2008).

1.3.2 Investigaciones a nivel Internacional

En la región, más específicamente en Argentina, un estudio descriptivo y exploratorio (Schwarz, 2009) analiza las percepciones y prácticas acerca de la maternidad en ginecólogas, obstetras y mujeres jóvenes. Se realizaron 50 entrevistas en profundidad a mujeres hetero y homosexuales de clase media de 25 a 35 años de edad, que se socializaron y vivían en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. También se realizaron 15 entrevistas en profundidad a médicos ginecólogos y obstetras que se desempeñaban como tales en la Ciudad de Buenos Aires y cuyas pacientes eran mujeres de clase media.

La investigación da cuenta que el personal médico indagado recomienda la lactancia pero sin embargo no brindan explicaciones de cómo se desarrolla el proceso ni de las técnicas para dicho fin. Las madres y otras mujeres vinculadas a las embarazadas son las encargadas de la enseñanza técnica. Se destaca que las mujeres no cuestionan las indicaciones médicas. Además se haya diferencia entre médicos y médicas, teniendo las mujeres médicas mayor tendencia a comprometerse con la situación y con mayor respeto por las diferentes formas de llevar a cabo la lactancia (Schwarz, 2009).

En tanto, un trabajo de carácter exploratorio realizado por Rizzo (2008) tuvo como objetivo la problematización y resignificación de la lactancia materna como política de salud. Se hace un recorrido de los cambios ocurridos en materia de alimentación del recién nacido en distintos períodos históricos, el impacto de la medicalización del proceso embarazo-parto-puerperio, el papel de los cambios en el mercado de trabajo y la industria de alimentos en la promoción de cambios culturales que impactan sobre la alimentación infantil. Además se explicitan las propiedades de la lactancia materna y las acciones de promoción de realizadas por los Organismos Internacionales como UNICEF y OMS. Por último se desarrollan los postulados y aportes de la medicina social para resignificar la lactancia desde una perspectiva crítica de la estructura social (Rizzo, 2008).

Desde la perspectiva de medicina social se visualiza que el abandono de la LM exclusiva está fuertemente determinada por la desinformación y falta de confianza de las mujeres. Un

alto porcentaje abandonan por propia decisión, desconociendo en donde buscar apoyo para mantener lactancia. En la mayoría de los casos de abandono se produjo un cambio a la alimentación artificial, no debiéndose el mismo a alguna causa médica real (Rizzo, 2008).

Otra investigación realizada en el año 2003 en Colombia indagó las representaciones de lactancia en un grupo de mujeres de Cali. Dentro de los resultados hallados se evidencia que las participantes no tienen un concepto estructurado y adecuado de las recomendaciones internacionales y nacionales sobre la duración de la lactancia exclusiva. Refieren conceptos y prácticas positivas, negativas y ambivalentes sobre la lactancia. Ante esto, los investigadores concluyen que las representaciones sociales exploradas y la influencia de instituciones relacionadas con la promoción, protección y apoyo del amamantamiento natural, no favorecen la práctica esperada de la lactancia exclusiva (Díaz, C., Cabrera, G., Mateus, J., 2003).

La investigación denominada "Lactancia materna, su relación con el vínculo materno-filial y otras variables de interés" (López, 2015) realizada en Madrid tuvo como objetivo principal evaluar la posible relación que existe entre la calidad de la lactancia y la calidad de la relación madre- bebé. En este estudio se concluye que el estilo de apego seguro o inseguro no está relacionado con la calidad de la lactancia. Los resultados sugieren que "durante la alimentación artificial se dan las mismas condiciones de satisfacción de las necesidades y calma de estrés que durante la lactancia materna". (López, 2015, p. 24).

Además se destaca en el presente estudio que "no se hallaron diferencias significativas en la calidad de la lactancia en función de si las madres han recibido información por parte de un profesional sobre los beneficios de la lactancia o no" (López, 2015, p. 18).

En España, otra investigación indagó las opiniones y conocimientos básicos sobre LM en el personal sanitario de la localidad Valenciana de Castellón, donde se concluye en la necesidad de tener un protocolo para corregir conocimientos erróneos ampliamente extendidos en los diferentes técnicos indagados, siendo que dichos conocimientos están presentes durante el contacto sanitario entre técnicos y usuarios. (Palomares, et al., 2001).

Otros estudios (Martínez y Delgado, 2012) destacan que el inicio precoz de la LM se ve favorecido por la realización de educación maternal, entendiendo como tal intervenciones sanitarias en forma grupal a partir del tercer trimestre de embarazo donde se tratan temas

como: la importancia de la LM, sus beneficios, las técnicas de amamantamiento, potenciales problemas, entre otros.

Por otra parte se ha indagado sobre la influencia del personal sanitario de asistencia primaria en la prevalencia de la LM, donde se refiere que el equipo de asistencia primaria es fundamental en el mantenimiento de la LM y en el bienestar de la madre y el lactante (Jovani, et al., 2002).

En algunos de estos estudios (Schwarz, 2009; Rizzo, 2008) se destaca un distanciamiento entre los discursos científicos y las prácticas culturales-cotidianas de las familias. Por ello se menciona que el personal de salud pueda capacitarse en la temática, y específicamente en sus habilidades de comunicación para relacionarse con las madres y familiares.

Capítulo 2: Fundamentación Teórica

En este capítulo se desarrollan los elementos conceptuales que ofician como base para la comprensión y análisis de los datos obtenidos en el trabajo de campo, además de brindar aportes que dan cuenta del posicionamiento con respecto a la investigación científica de la temática desde la psicología social.

2.1 Esquema conceptual multirreferencial

Dentro del marco teórico en el que se basa esta tesis se incluye, además de los conceptos específicos a ser abordados en este estudio, el enfoque desde el cual se analizarán los datos.

Desde nuestra perspectiva, indagar las concepciones de los profesionales de la salud requiere de una apertura hacia la multirreferencialidad, dado que se abre una gran cantidad de aspectos a tener en cuenta en la comprensión de esa realidad. Emergen aspectos individuales de cada persona con respecto al VT, sus propios aprendizajes con respecto a la temática adquiridos en diversas instituciones como son sus propias familias y las instituciones educativas por donde ha transcurrido su desarrollo profesional. Estas incursiones institucionales van determinando su manera de percibir y actuar con respecto a la lactancia y el VT. Además hay elementos inherentes a otras instituciones y organizaciones que atraviesan el pensamiento y la acción de los profesionales como por ejemplo el propio sistema de salud, los centros de salud en los cuales se desarrollan sus tareas, aspectos culturales, sociales, religiosos, económicos e históricos que atraviesan la práctica profesional.

Considerar aspectos tales como la concepción de ciencia, de pensamiento, paradigma, verdad, el lugar del científico, del otro a conocer, constituye la base de nuestra manera de posicionarnos y actuar durante el proceso de investigación.

Por este motivo, como lo expresa Ana M^a Araújo (2011, p.9) “es de relevancia una epistemología multirreferenciable que hable al mismo tiempo de lo individual, lo grupal y lo social”.

Analizar los discursos de los propios actores involucrados y su práctica concreta en los servicios de salud apunta a conocer las verdades de los otros y no la verdad del investigador sobre la realidad a indagar.

Como lo expresan Grasseli y Salomone (2013, p. 86), “en las ciencias sociales esto implica aproximarse a los actores, tomar en cuenta lo que viven y se representan acerca de su propia existencia.”

Por tanto es relevante conocer y reflexionar desde dónde pensamos, desde qué modelo de pensamiento nos posicionamos para conocer. En este sentido Morin (1986) se cuestiona cuáles son las determinaciones que rigen el pensar. Aquí se hace presente la idea de paradigma, donde el propio autor analiza y critica una visión propia de la modernidad occidental, el paradigma de la simplicidad. Con respecto al mismo, uno de los principios presentes en la simplicidad es la reducción y esta tiene que ver con apreciar y jerarquizar solo un aspecto de la realidad llevando lo múltiple a la unidad (Morin, 1986).

Morin (1986), en su visión crítica sobre el paradigma que denomina de la simplicidad, propone pensar el conocimiento desde lo que él denomina paradigma de la complejidad. La noción de complejidad está relacionada con la idea de entramado, de tejido, sin intención de ser sinónimo de completo. Esto requiere de un esfuerzo por aceptar la incertidumbre, la verdades incompletas y el caos característicos de la realidad misma como fuente de conocimientos - desconocimientos nuevos.

Uno de los principios planteados por Morin (1986) para caracterizar al paradigma de la complejidad es el principio Hologramático. “El todo está en la parte que forma el todo. La totalidad está en la parte que integra el todo. Para comprender la parte hay que comprender el todo y viceversa.” (Morin, 1986, p. 112)

Cuando se plantea una investigación se debe realizar un recorte de la realidad para ser estudiada dado que es imposible poder abordar los hechos en su totalidad (si es que existe una totalidad acabada de los aspectos de la realidad). Realizar un recorte de investigación no implica recortar la mirada compleja sobre los objetos investigados, sino que una mirada desde la complejidad permiten visualizar y analizar la temática recortada desde el atravesamiento de diversas líneas que permiten una comprensión lo más integral posible.

Uno de los aportes conceptuales para entender la complejidad de nuestros objetos de estudios, y de esta manera poder salir de pensamientos que analizan desde la simplicidad, es el del modelo bioecológico. En el caso de la Lactancia y VT se genera una especie de pensamiento dualista al enfocarse para la comprensión de los mismos en el binomio madre-hijo. En la complejización de dichas temáticas es donde se introduce esta investigación, tomando una de las muchas variables que intervienen en el desarrollo de la lactancia como

del VT, haciendo foco en la visión y acción de los médicos pediátricos como agentes socio-culturales y sanitarios de relevancia en nuestro país.

El modelo bioecológico permite visualizar la complejidad de lo humano pues estudia sistemas que se caracterizan por ser conjuntos de elementos en interacción. Este modelo es una propuesta interaccionista dado que considera a la persona y el medio afectándose mutuamente (Salinas-Quiroz, Cambón & Silva, 2015).

Esta perspectiva permite una amplitud en la mirada para poder pensar el VT y el desarrollo de la Lactancia, atendiendo, en esta investigación, a las concepciones y el modelo de atención de los médicos pediátricos con respecto a la temática referida. Además aporta la visión interaccionista entre diferentes sistemas que producen y afectan el pensamiento y práctica de los profesionales. El fundamento de esta investigación está en la idea que la pediatría y la enfermería son las disciplinas que rigen la atención y los primeros cuidados del recién nacido en nuestro sistema de salud. Los profesionales de la medicina pediátrica y los de enfermería son los que mantienen los primeros encuentros con las madres, los lactantes y otros familiares, por lo que las concepciones y los modelos de atención llevados a cabo por los profesionales en los centros de salud tendrán incidencia tanto en el desarrollo de la lactancia como en el VT.

El ambiente ecológico se caracteriza por ser “una compleja estructura de sistemas que influyen directa o indirectamente sobre las personas” (Salinas-Quiroz, et al. 2015, p.29). Este enfoque nos permite visualizar y comprender la interacción entre diversos microsistemas para pensar el VT y la lactancia, pudiendo hacer manifiesta la interrelación e incidencias de diversos sistemas sobre los mismos. Lo que se transmite como la dualidad madre-bebé en el vínculo y la lactancia, en esta investigación se intenta complejizar la visión simplificada para incorporar microsistemas como es el centro de salud y los profesionales, pero también mesosistemas en la interacción de estos con las familias. Además se busca comprender la incidencia de exosistemas y macrosistemas para conocer elementos propios de la formación de los médicos, aspectos sociales y culturales relacionados a las temáticas y elementos subyacentes en los modelos de atención y comprensión de la lactancia y VT.

En este sentido, coincidiendo con Enesco (2001), el enfoque ecológico requiere analizar los distintos sistemas que afectan en diferente grado de visibilidad el desarrollo de la LM y el VT. Se trata de poder explorar la incidencia de diversos sistemas en el proceso de atención a la salud sobre el desarrollo de nuestra temática de interés.

2.3 Contribución desde la Psicología Social

¿Cómo pensar y abordar la problemática planteada desde la psicología social?

Para Moscovici (1985) la psicología social tiene como campo de acción los elementos relacionados con la ideología y la comunicación. En cuanto a la ideología la misma consiste en representaciones, actitudes, prejuicios, creencias, etc. Estas expresan una representación social donde los sujetos actúan y comunican de determinada forma.

¿Cuáles serán las ideologías dominantes en los grupos técnicos de salud con respecto al VT?, ¿qué representaciones sociales predominan desde lo científico-académico?

Las representaciones mencionadas son las responsables de dar forma a la realidad social. Desde esta perspectiva la psicología social es concebida como una ciencia de los fenómenos de la ideología y la comunicación (Moscovici, 1985).

Lo social está dentro y fuera de nosotros al mismo tiempo. Desde esta perspectiva, “el objeto que define la psicología social como disciplina deja de ser el impacto que tienen los factores sociales en los procesos psicológicos y pasa a definirse como el estudio de la construcción social de los procesos psicológicos” (Ibañez, 2004, p. 67).

Pichón-Rivière y Pampliega de Quiroga (1985), en su trabajo sobre Psicología de la vida cotidiana, manifiestan la necesidad de tomar como punto de partida la realidad inmediata de los sujetos para comprender sus comportamientos, sus formas de vincularse y pensar. La Psicología social debe analizar dichos vínculos e indagar, desde una mirada crítica, los mitos y, al igual que lo plantea Moscovici (1985), las ideologías dominantes que construyen determinadas necesidades que producen al mismo tiempo modos de relacionarse entre los sujetos.

En esta línea las representaciones sociales permiten interpretar, comprender y describir la realidad concreta de nuestra sociedad. La representación es representante mental de algo; objeto, sujeto, acontecimiento, idea, etc. Se produce una relación directa de la representación con el símbolo, por tanto con el lenguaje, con lo que se dice sobre algún aspecto de la realidad. La representación no trata de lo real en sí sino de una creación imaginaria (Jodelet, 1985).

Los discursos, compuestos de sentidos, podrán darnos elementos que den cuenta de lo que los sujetos perciben, visualizan sobre VT en el período de lactancia

En este estudio, para conocer cómo perciben y actúan los pediatras en relación a la lactancia y VT, serán ellos mismos desde su propia práctica y discurso los que den cuenta del hecho psicosocial a estudiar. Esta tarea no es nada sencilla dado que es crucial la escucha del investigador, pero esta escucha no es neutral, tiene su concepción, valores, herencia familiar, social y cultural en torno a lo que pretende observar, escuchar y analizar. Estos aspectos nos remiten a la importancia de poner como centro de nuestro conocimiento la subjetividad, nuestra propia subjetividad en un análisis implicative que nos permita comprender los hechos sociales a estudiar sin pretender la objetividad y naturalidad promulgadas por las ciencias llamadas exactas. Nuestra tarea como actores de las ciencias sociales es entender desde donde observamos los hechos sociales, cómo está compuesta nuestra mirada, nuestra concepción del mundo que será parte constitutiva de la escucha, la mirada y el análisis del mismo

En esta línea de pensamiento, Manero Brito (1990, citado en Fernández et al., 2014, p. 10) considera que:

el análisis de la implicación es lo que nos permite relativizar históricamente nuestras verdades, abriendo la posibilidad de reflexionar sobre nuestro propio entendimiento. La implicación viene con nosotros en tanto sujetos sociohistóricos y políticos, y es activada por el encuentro con el objeto: el otro, los grupos, la institución, etc.

Esto posibilita comprender la presencia de nuestra subjetividad en el acto de conocer, y por tanto entender que nuestro conocimiento del objeto de estudio será siempre parcial. Conocer algunas de las tantas variables de nuestra implicación con respecto a lo investigado genera un posicionamiento que nos acerca a la objetividad.

En el campo de la investigación “el análisis de la implicación permitirá al propio investigador y a los destinatarios de sus descubrimientos, comprender los condicionamientos que han actuado en él durante, antes y después del proceso investigativo, dando cuenta así de la singularidad de su producción.” (Acevedo, 2008, citado en Fernández et al., 2014, pp. 14-15).

2.4 Lenguaje; discursos y prácticas

Si pensamos en la lactancia como un momento propicio para el contacto vincular, para el encuentro entre progenitores y bebés, no podemos dejar de pensar en los aspectos físicos y simbólicos constitutivos del mismo. El interés de la investigación se enmarca en los aspectos simbólicos, en los discursos sobre dicho encuentro; creencias, concepciones, ideas, valoraciones contenidas en las mismas que generan determinadas condiciones de posibilidad para el acto en sí.

El pensamiento es inseparable del lenguaje, por lo que hacer referencia a los discursos implica hacer referencia a las ideas y al mundo simbólico donde se produce e inserta el conocimiento humano (Morin, 1991).

Morin (1991, p.179) habla de la Noosfera para remarcar que “vivimos en un universo de símbolos, signos, mensajes, imágenes, ideas, que nos designan cosas, fenómenos y son por ello los mediadores en las relaciones entre los hombres y entre estos con el mundo.”

Por su parte Ibañez (2004, p.83) plantea que “el construccionismo social pone atención en el hecho de que la realidad social y todo aquello que la compone se construye literalmente mediante las prácticas sociales concretas que desarrollan las personas y los colectivos en la vida cotidiana.”

Las concepciones constructivistas sobre el lenguaje han concebido al mismo como una práctica social, de ahí la noción de prácticas de lenguaje (Boutet, 2008).

Esta actividad del lenguaje se desarrolla siempre en situaciones sociales concretas, como es el encuentro entre madres-bebés-parejas-familiares y las/os pediatras con sus respectivos dichos y hechos sobre LM y VT.

Estas nociones dan importancia al lenguaje, al componente psicosocial del mismo, donde lenguaje y acción son concebidos como parte de un todo indisociable. Se piensa al lenguaje desde su performatividad, siendo parte constitutiva de nuestra subjetividad, por lo que se visualiza que la construcción de nuestra realidad cotidiana no es pre-formada sino performada por los actos de lenguaje (Boutet, 2008).

Desde la concepción de los actos performativos, se puede pensar que los decires provenientes de los técnicos legitimados social y académicamente para hablar sobre la lactancia y VT, generan al momento mismo del decir, un acto. Los discursos sobre la lactancia y VT, desde lo performativo, incide-produce determinadas formas de hacer y pensar sobre las temáticas mencionadas.

La manera de actuar, de posicionarse ante una determinada problemática, refleja lo que se dice sobre la misma y viceversa. Nuestros discursos son los formadores de nuestro pensamiento, por tanto es necesario poner énfasis en analizar lo que decimos. Si nuestro pensamiento es discurso, por tanto lenguaje, es de vital importancia comprender lo que se enuncia, lo que se piensa socialmente en torno a una determinada problemática (Eira, 2010).

En relación a estas conceptualizaciones, se plantea la relación directa entre discurso y acto, siendo que el acto de expresar la oración es realizar una acción o parte de ella. La expresión de una oración ya es hacer lo que se expresa (Austin, 1971).

En este mismo sentido se plantea que:

toda práctica es una práctica significada. Esta comprende un acto cognitivo que, como todo acto cognitivo, instituye decires que son considerados verdaderos. El conocimiento no sería el producto de una correspondencia entre la representación de la realidad (lo simbólico) y la realidad misma (lo material-concreto). El conocimiento es un constructo materializado en estrategias específicas de semiotización que producen lo real y generan efectos de verdad (Eira, 2010, p.2).

Desde esta perspectiva se destaca la idea de construcción y producción de la realidad (simbólica-social) a partir de la condición de performatividad de los actos de enunciación.

Para Eira (2010, p.9) además de considerar que el acto performativo construye a través de sus efectos, se debe tener en cuenta que "las condiciones de enunciabilidad no dependen solo de los aspectos lingüísticos, sino también de aspectos extralingüísticos; como los procesos de historicidad, acontecimientos, condiciones socio-económicas, culturales, entre otros.

Pensando en la incidencia (o no) de los discursos de los técnicos en las prácticas cotidianas de los usuarios, De Montmollin (1985) sostiene que el enunciado tiene mayor impacto cuando proviene de una fuente percibida como superior en conocimientos, en instrucción, en inteligencia y el efecto de dicho enunciado depende de la incertidumbre del receptor acerca del problema planteado. Además, la confianza y credibilidad en la fuente depende que los receptores de los mensajes piensen y creen que el otro conoce la verdad.

Es interesante pensar esta propuesta conceptual vinculada a la noción del lenguaje como acto performativo, como una acción que en sí ya crea y determina un hacer y pensar sobre la realidad cotidiana.

Desde la concepción de los actos performativos, se puede pensar que, los decires sobre la lactancia, y específicamente sobre el primer vínculo madre-bebé, sobre todo los discursos

provenientes de los técnicos legitimados social y académicamente para hablar sobre la temática, generan al momento mismo del decir el acto, la forma, en que se lleve a cabo la lactancia y el vínculo entre progenitores y bebé. Los discursos sobre la lactancia, sobre el primer vínculo, desde lo performativo, incide-produce determinadas formas de hacer y pensar sobre las temáticas, maneras de hacer y concebir el período de lactancia y dentro del mismo, manera de hacer y concebir el vínculo primario madre-bebé.

El amamantar como práctica en sí puede ser concebida-pensada de diferentes maneras que hacen a la forma de llevarla a la práctica, al acto en sí mismo. Dicho acto social contiene significados aprendidos, valores, concepciones, historicidad, entre otros. Por lo tanto ir al encuentro de dichas discursividades permitiría conocer y comprender su efecto en la práctica sanitaria cotidiana, tanto en los profesionales de la salud como en los usuarios de los servicios de salud.

2.5 Conceptualizaciones sobre vínculo temprano

La idea de VT como fundante del sujeto humano, del ser social, base de la estructuración psíquica y de los modos futuros de vincularse con el ambiente, tiene su origen en los aportes realizados desde los inicios del Psicoanálisis por Freud (1905-1914) y luego por psicoanalistas posteriores como Melanie Klein (Segal, 1967), Winnicott (1986-1979), entre otros, que fueron dando relevancia al estudio de lo que se genera en el contacto entre madre y bebé al momento de amamantar más allá de la función nutritiva de dicho acto.

Freud (1914) en sus postulados sobre la doctrina de las pulsiones realiza una separación originaria entre pulsiones sexuales y pulsiones yoicas, distinción que responde a la diferenciación común entre hambre y amor.

El niño elige sus objetos sexuales tomándolos de sus vivencias de satisfacción, por lo que las primeras satisfacciones sexuales se desprenden de las funciones vitales que sirven a la autoconservación. Esto indica que las pulsiones sexuales se apuntalan al principio en la satisfacción de las pulsiones yoica (Freud, 1914, p.84).

En esta primera distinción de las pulsiones se parte desde la necesidad biológica, la alimentación del lactante, para luego diferenciarse ambas pulsiones, las de autoconservación y las sexuales. Por tanto, en el contacto del bebé y su madre durante la LM se comienza a producir algo más de la satisfacción biológica del lactante comenzando a desarrollarse la estructura psicosexual del sujeto (Freud, 1905).

Melanie Klein introduce un aspecto importante en el desarrollo de la personalidad del sujeto, el vínculo entre el bebé y el primer objeto (el pecho materno), haciendo énfasis en las fantasías inconscientes del niño con respecto al mismo. Los postulados de Klein indican que el yo inmaduro del bebé está expuesto desde el nacimiento a la ansiedad provocada por los propios instintos así como por el impacto de la realidad externa (Segal, 1967).

A su vez Winnicott (1906 - 1971 - 1991) piensa el vínculo del bebé más allá del pecho materno y enfatiza en los primeros contactos del bebé con su madre, en los aspectos de la función materna, así como del entorno próximo al niño – no solo su madre – incluyendo al personal de salud (parteras, enfermeras, pediatras).

Más contemporáneamente con los aportes de Stern (1978) surgen estudios que ponen el énfasis en la observación y análisis del vínculo entre madre e hijo y desde donde se desarrollan concepciones que hacen hincapié en los aspectos de la interacción no verbal, las señales corporales, la mirada, los olores, los tonos de voz, los ritmos de movimientos corporales. Estos aspectos permiten pensar el acto de amamantar sobre todo haciendo hincapié en la forma de realizarlo como promoción de un vínculo saludable. Estas producciones teóricas plantean que la captación de las señales verbales y no verbales sentarán las bases de la adquisición de las palabras, por ende de los procesos de simbolización y de la forma de vincularse el niño con su entorno y consigo mismo (Stern, 1978).

Mercedes Freire de Garbarino (1993) expresa que la interacción madre-bebé constituye una unidad dual, donde la coordinación de los tiempos y los ritmos de cada uno de la díada permite la posibilidad del encuentro. Cuando estos no coinciden se observa el desencuentro caracterizado en general por una madre que aparece intrusiva (ansiosa, sobreestimuladora) o apática (desinteresada, lenta, a destiempo).

Poder indagar sobre el VT, sobre sus encuentros y desencuentros, es fundamental dada su importancia como base para el desarrollo del aparato psíquico. El VT no se origina cuando nace el bebé, sino que se comienza antes de la propia gestación, pero el encuentro entre el bebé y su madre luego del nacimiento ponen de manifiesto los elementos psico-sociales que intervienen en el desarrollo integral del nuevo ser (lugar del niño en la dinámica e historia familiar, en la pareja, la gestación del nuevo ser, el proceso de embarazo, mandatos familiares, sociales, culturales, entre otros).

Pensando en la etapa inicial de la vida de un sujeto, en los primeros encuentros con el mundo exterior, en la relación entre cuerpo (biológico) y desarrollo apuntalado del psiquismo, Piera Alaugnier (2007) introduce el concepto de lo *originario* como una actividad de representación que ignora la *imagen de palabra* y posee como material exclusivo la imagen de la cosa corporal.

Junto al cuerpo biológico de la ciencia y a las definiciones analíticas del cuerpo erógeno, se impone otra imagen: la de un conjunto de funciones sensoriales que son también, a su vez, vehículo de una información continua que no puede faltar, no solo porque ella es una condición para la supervivencia somática, sino también porque constituye la condición necesaria para una actividad psíquica que exige que sean libidinalmente catectizados...El origen de la relación psique-cuerpo se encuentra en que la primera toma del modelo de actividad del segundo (Alaugnier, 2007, p. 17).

La misma sitúa como punto de partida del momento originario, o encuentro originario, a la primera experiencia de placer que es el encuentro entre boca y pecho. Aquí no solo se introduce la relación psique – cuerpo, sino la relación entre el cuerpo del bebé y el de la madre. La primera representación de la psique como actividad representante se realizará a través de la relación de los efectos originados en su doble encuentro con el propio cuerpo y con las producciones de la psique materna (Alaugnier, 2007).

Para Víctor Guerra (2009) la idea de un vínculo implica la noción de dos sujetos potenciales pensando al bebé como un sujeto que podría coparticipar de la experiencia emocional. Es desde esta coparticipación que el bebé va construyendo su relación con el mundo y su propio desarrollo psíquico.

El tramo de 0 a 2 años probablemente sea uno de los momentos más revolucionarios de la vida del ser humano, porque se inicia en el momento del nacimiento (y la etapa fetal), en la cual se establece una absoluta dependencia en relación al medio (Guerra, 2009, pp. 87-88).

De la pluralidad de elementos que colaboran en la construcción de la experiencia de intersubjetividad, Guerra (2009) jerarquiza la *empatía* y el *ritmo*, coincidiendo con los aportes referidos de Stern (1978) y Freire de Garbarino (1993).

Con respecto a la empatía Guerra expresa:

situación particular de participación “en” el otro en la que el sujeto se identifica y se proyecta al punto de compartir los estados de ánimo del otro y sentirlos como suyos. Es también la capacidad de sentir y comprender las emociones ajenas como propias. Sería una disposición activa, no consciente, de incorporar elementos verbales y no verbales para captar la vida

emocional del otro y deslizarse hacia una implicación emocional de la vida psíquica (Guerra, 2009, p.92)

Se considera que la interacción madre-bebé se encuentra plagada de ritmos, ya sea durante las interacciones placenteras como en los recursos que puede utilizar la madre para calmar al bebé (Díaz Rosello y col., 1991, citado en Guerra, 2009, p.93).

Las experiencias del bebé lo confrontan a rupturas, discontinuidades, a momentos de presencia de los objetos y otros de ausencia de los mismos. El ritmo entre la alternancia de presencia –ausencia permite que esto no devenga en traumático posibilitando el desarrollo mental (Guerra, 2009).

La ausencia no es tolerable y madurativa si no alterna con una presencia dentro de una ritmicidad que garantiza el sentimiento de continuidad. La discontinuidad es madurativa solamente sobre un fondo de permanencia. Y la ritmicidad de las experiencias dan la ilusión de permanencia (Ciccone, 2007, citado en Guerra, 2009, p.93).

Los estudios de Guerra lo llevó a identificar varios indicadores de intersubjetividad en los primeros dos años de vida (Guerra, 2009).

El primer indicador de suma relevancia refiere al *intercambio de miradas*. En nuestra cultura se toma el intercambio de miradas (desde diferentes perspectivas) como una de las primeras señales de encuentro afectivo entre las personas (Guerra, 2009).

Otro de los indicadores señalados son los *Juegos cara a cara*. En este sentido Stern (1977, citado en Guerra, 2009, p. 98) ha sido uno de los precursores en analizar este tipo de interacción entre una madre y su bebé. Los juegos cara a cara consisten en momentos de encuentro placentero a partir de los 2 meses en los que la madre, colocando al bebé frente a su rostro, comienza a hablarle y jugar con él a través de los movimientos de su rostro y las variaciones de su voz.

De los indicadores de relevancia en relación VT se encuentran los *vocativos atencionales* que se producen entre los 5 y 7 meses.

En general, en el contacto intersubjetivo se trata de captar la atención del bebé y dirigirla hacia una persona o hacia un objeto, por lo que estará en juego una situación de desplazamiento. En general, a través de la atención, el bebé se interesa por lo que empieza a ser ajeno a él, un objeto a distancia, la madre que le habla y lo llama, a la cual reconoce y le responde con sus primeras emisiones bucales. De esta forma podemos pensar que la atención sería algo así como “las piernas del psiquismo”, o sea el bebé se “desplaza en el espacio” a través de su mirada y de la atención (Guerra, 2009, pp.102-103).

El siguiente indicador significativo para pensar el VT es la *sintonía afectiva* (entre los 9 y 12 meses.)

Es una experiencia de compartir un estado afectivo, una experiencia de mutualidad que abra la vía de la intersubjetividad. El bebé ya metido de lleno en la intersubjetividad, tiene una enorme avidez de contacto social, imita algunos gestos de los adultos que les produce enorme placer a ambos. La madre que está “sintonizada” con el bebé le responde, sin imitarlo, mas acoplándose generalmente con la misma intensidad afectiva con que él vivió la situación (Guerra, 2009, p.108).

Golse (2007, citado en Guerra, 2009, p.88) sostiene que hubo un cambio muy importante de la imagen del bebé en la cultura a partir de la segunda guerra mundial. Es que a partir de la experiencia de abandono y la necesidad de ocuparse de los bebés y niños pequeños, se empezaron a observar las reacciones ante la pérdida. Esto llevó a que se comenzara a estudiar con mayor profundidad el desarrollo infantil y los vínculos tempranos.

En relación a esto último, una de las teorías con mayor influencia en las últimas cuatro décadas es la Teoría del Apego

En palabras de Ainsworth:

el apego es un vínculo afectivo sujeto menor-sujeto cuidador relativamente perdurable, en el que el otro es importante como individuo único y no intercambiable, con quien se quiere mantener cierta cercanía. Dicho vínculo se manifiesta a través de un sistema organizado de conducta cuyo fin es el mantenimiento de la proximidad entre el individuo y una o varias personas afectivamente cercanas a él, normalmente concebidas como más sabias y fuertes. Se trata de un lazo irremplazable – específico y discriminativo – que se construye a través de las interacciones entre ambos miembros de la díada (Ainsworth 1989, citado en Salinas-Quiroz & Posada, 2015, p. 1054).

Bowlby consideró el fenómeno de la *base segura* como uno de los aspectos centrales de la relación cuidador – niño (Bowlby, 1958, citado en Salinas-Quiroz & Posada, 2015). En concordancia con los planteos de Guerra (2009) sobre la ritmicidad de la alternancia entre presencia y ausencia, la característica esencial del apego es el equilibrio entre la búsqueda de proximidad del niño hacia el cuidador y la búsqueda de exploración del entorno con distintos elementos y ritmos. En este sentido no se asocia el apego con la idea de dependencia ni tampoco con la de protesta ante la separación del sujeto cuidador.

Desde esta perspectiva teórica, una figura de apego será la persona que brinda al niño una base de seguridad en situaciones de incomodidad, tensión o peligro. El apego, como

vínculo emocional, no es observable sino a través de las inferencias que se realizan a partir de las conductas de los intervinientes.

Por lo tanto no hay una conducta puntual que determine la presencia de un apego seguro, sino que se trata de una organización del sistema conductual de apego en torno al cuidador (Sroufe, Sztaren, Causadias, 2014).

La construcción y el establecimiento de un vínculo afectivo perdurable sujeto cuidador-persona menor, se logra mediante interacciones diarias, frecuentes y recíprocas, activando a su vez el sistema de cuidados y protección por parte del sujeto adulto-cuidador. Una niña o un niño que ha tenido la oportunidad de crecer en un hogar con una crianza sensible, con suficiente apoyo, aliento y protección, sabrá dónde buscar todo ello en momentos posteriores así como ofrecerlo a otros. Esta vivencia le permitirá saber y sentir que puede confiar en el otro y que vive en un mundo seguro y predecible. Su experiencia vincular le generará unas expectativas y formas de ver e interpretar la información sobre las relaciones sociales y afectivas, que lo guiarán en su forma de comportarse y relacionarse con los otros (Salinas-Quiroz, F. & Posada, G., 2015, p.1053)

Estos aportes desde la Teoría del Apego, a diferencia de los anteriores aportes teóricos, no quedan ligada la figura materna como única participante en el vínculo entre el niño y el entorno. Se plantean otras denominaciones para el adulto que genera el vínculo con el niño, como puede ser el de cuidador primario principal, lo que permite salir de la denominación vínculo madre-bebé como único vínculo entre el niño en sus primeras etapas de vida y también con la posibilidad de inclusión de otros en esa interrelación.

La forma en que se va desarrollando la relación temprana entre la madre y su niño es fundamental para la construcción de la personalidad, pues configura un tejido de sustentación, "una base segura" al decir de J. Bowlby, donde el niño puede apoyarse con más o menos firmeza para crecer y desarrollarse, lo cual no significa que dicha relación sea la única determinante en la complejísima y multideterminada construcción de la personalidad, pero es la base sobre la que se construyen otras relaciones y la forma de instalarse en el mundo (Fascioli, 2006, p.16)

El valorar estos aspectos en la consulta pediátrica, permitirá aproximarse a cómo se está desarrollando el vínculo temprano, quienes son figuras de apego para el bebé y qué tipo de apego se observa.

Conceptualizar la calidad del vínculo de apego en un continuo de seguridad inseguridad;
definir la calidad del vínculo en términos de sensibilidad, accesibilidad, aceptación y

cooperación ante las señales y comunicaciones del infante; Identificar diferencias individuales respecto a la seguridad del apego, la necesidad de evaluar no solo a los niños y niñas, sino también a sus cuidadores o cuidadoras. (Salinas-Quiroz, F. & Posada, G., 2015, p. 1055)

Estos elementos constituirían aportes para los pediatras en la observación clínica de las propias características del vínculo.

Un pediatra que tenga conocimientos generales sobre estos aportes teóricos le permitirían tal vez mirar, analizar y comprender los discursos, las acciones que muestren las familias dentro de sus consultas atentos a las características del vínculo entre referente y niño.

Si se perciben características de un niño con apego seguro donde el cuidador se aprecie como base segura para el pequeño, con un niño que se organiza flexiblemente y donde se aprecia un equilibrio entre la exploración y la cercanía a su referente; o tener algún indicio de características de un apego resistente con claras dificultades en lo que respecta a la separación con su adulto referente. También se puede pensar en lo que respecta a la observación de características de un Apego evitativo, no expresando necesidad de proximidad hacia la figura protectora, o más preocupante características de apego desorganizado donde el cuidador resulta amenazante para el bebé.

También estos aportes pueden aportar al médico la capacidad de atender y comprender la sensibilidad del adulto referente, esa capacidad de estar atento e interpretar las señales del niño para dar respuesta en tiempo y forma.

2.6 Género, Maternidad y Lactancia

Los diversos desarrollos conceptuales sobre los primeros vínculos entre el niño y su entorno se denominan como vínculo madre-bebé. Estas denominaciones contienen y responden a determinadas condiciones de producción social y cultural sobre Género, y determinan miradas y conductas sobre la maternidad, la lactancia, el VT y el lugar de la mujer en los primeros cuidados de los niños.

La maternidad ha sido considerada históricamente como una condición natural del género femenino, relacionado a su condición y capacidad biológica. Además, las transformaciones económicas, sociales y culturales en occidente hacia finales de siglo XIX, fueron construyendo nuevos lugares y funciones para la mujer, teniendo principalmente el lugar de esposa y madre responsable de los cuidados de los hijos (Alkolombre, 2012, citado en Akar, 2015).

El lugar designado a la mujer y por tanto a la mujer madre en el VT, tiene su apuntalamiento en la biología, como lo tiene también el desarrollo de la psiquis según autores mencionados anteriormente (Freud, 1905-1914; Alaugnier, 2007).

Poseer un cuerpo que biológicamente este dotado de posibilidad de alojar durante el embarazo al niño, tener el pecho que segrega la leche para el nuevo ser, da inicio a conceptualizaciones donde el pecho (materno) y la madre pasan a ser parte constitutivos-significativos del VT. El cuerpo biológico emerge como uno de los determinantes iniciales para las concepciones que se producen en torno al lugar de la mujer y de la madre en relación a la lactancia y el VT. “La entrada en acción de la psique requiere como condición que al trabajo de la psique del infans se le añada la función de prótesis de la psique de la madre” (Alaugnier, 2007, p. 37)

En cuanto a la relación originaria entre lo biológico y lo social:

El hecho de que seamos las mujeres las que parimos es invariable; esta posibilidad biológica de las mujeres se convierte en un mandato social a través de la afirmación del instinto materno universal en las mujeres. Dicha afirmación garantizará que se asuma -y que ella misma asuma- que tiene la obligación de ser madre, y en segundo lugar, que gracias a ese instinto la maternidad biológica se transforme en maternidad sociológica (Saletti, 2008, p174).

En relación a estas ideas Caporale (s. f) señala que la capacidad de dar a luz es algo biológico, pero la necesidad de convertirlo en algo característico y primordial para la mujer es algo cultural.

Es indispensable “la resignificación de la condición biológica de la maternidad para comprender que la misma es una construcción cultural, que tiene fronteras con aspectos biológicos, psicológicos, sociales e históricos en la vida de una mujer desde su infancia hasta la vida adulta” (Cigarroa, 2011, citado en Akar, 2015, pp. 43-44)

Winnicott (1991) da relevancia al concepto de sostén como lo esencial y significativo a todo lo que la madre representa y hace durante el nacimiento. “La madre no puede aprender lo que debe hacer con su bebé ni de los libros, ni de los médicos, lo puede haber aprendido de su propia experiencia” (Winnicott, 1991, p. 19).

Si bien Winnicott tiene una postura que refleja su defensa y valoración hacia las madres con respecto a la función materna;... “me gustaría hablarles a las madres sobre lo que hacen correctamente...” (Winnicott, 1991, p.19), tampoco escapa a una visión social y cultural

donde la madre queda ubicada en un rol de suma responsabilidad en el desarrollo saludable de su hijo, y por tanto de la población en general. "...la salud mental de un individuo es determinada por la madre, quien proporciona...un ambiente facilitador...en el cual los procesos naturales puedan desarrollarse" (Winnicott, 1991, pp. 42-43).

En esta línea el amamantamiento es concebido como un atributo exclusivo de las mujeres, al igual que ocurre con el embarazo, el parto y también el aborto;

El fenómeno de la maternidades es una producción - construcción sociocultural, un sistema de representaciones que crean una naturalidad, donde parece que en las sociedades patriarcales la mujer entra en el orden simbólico solo en tanto madre. La definición de maternidad como un hecho natural es una representación ideológica que proporciona una imagen totalizadora y unificada de la mujer – madre (Zelaya, Mendoza y Soto de Dupuy, 2006, p.57).

En la medida que la mujer fue instituida culturalmente en funciones naturalizadas con respecto a la lactancia y el VT, surgen desde el feminismo posturas críticas a estos lugares asignados que permiten pensar desde otras perspectivas el rol de la mujer en referencia a las temáticas mencionadas.

2.7 Aportes desde la Epistemología Feminista

Desde una visión crítica, las epistemologías feministas nos proporcionan otras formas de concebir a la mujer y la relación de estas con la maternidad y por tanto con las prácticas de amamantamiento.

Para Saletti (2008) la teoría feminista da cuenta del carácter construido de la maternidad, donde el imaginario social identifica la maternidad con la femineidad predominando representaciones culturales del amor materno como hecho instintivo de toda mujer.

Uno de los aportes teóricos más importantes que destaca Saletti (2008) sobre el estudio del instinto materno fue realizado por Elizabeth Badinter en 1980. Esta indica que los discursos científicos, entre otros discursos sociales, han participado en la construcción del instinto maternal como característico de toda mujer, creando en las mismas la obligación social y cultural de ser ante todo madres.

En palabras de Saletti (2008, p. 171):

El amor materno, entendido como «aptitud natural», es subrayado como el factor central para el desarrollo del niño. La estabilidad psíquica de la madre es considerada vital para prevenir una amplia variedad de miedos y ansiedades infantiles, a la vez que hay una exigencia para las mujeres, a las que se les acusa de «malas madres» si no demuestran las formas de amor esperadas por la sociedad.

Los aportes de Judith Butler introducen la performatividad para pensar la identidad de género, lo que implica pensar la existencia de la misma a través de un conjunto de actos de género. Los diferentes actos de género crean la idea y pensamiento de género (Butler 1988, citada en Gros, 2016).

Estos aportes pueden ser significativos para pensar la práctica pediátrica respecto a lactancia y VT, dado que una de las participantes de la investigación es pediatra mujer y el siendo el resto de los médicos hombres.

2.8 Pediatría y Modelos de Atención en Salud

Dado que esta investigación es realizada en el ámbito sanitario, la misma pretende contribuir con elementos de promoción y prevención a la salud de nuestra población.

En este sentido la investigación se enmarca dentro de la estrategia de atención primaria en salud (APS) definida en la conferencia de Alma Ata en el año 1978. Esta estrategia de APS estableció un avance conceptual para lograr superar modelos explicativos biomédicos centrados en la enfermedad con acciones curativas en servicios de segundo y tercer nivel de atención a la salud. La estrategia de APS se enfoca en acciones de promoción y prevención dando prioridad al primer nivel de atención (Vignolo, Vacarezza, Sosa, 2011),

Los niveles de atención a la salud son las formas de organizar los recursos en tres niveles. El primer nivel es el más cercano a la población, siendo el que proporciona el primer contacto de la población con el sistema sanitario. En el mismo se resuelven aproximadamente 85% de las situaciones de salud de atención básica mediante actividades educativas de promoción, prevención y de recuperación de bajo nivel de complejidad. Además cuenta con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc.

En tanto, en el segundo nivel de atención encontramos establecimientos donde se brindan servicios vinculados a la atención en medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía general y psiquiatría.

Se estima que entre el primer y el segundo nivel de atención se podrían resolver aproximadamente un 95% de los problemas de salud de la población (Vignolo, et al. (2011).

La *prevención* es definida por Vignolo, et al. (2011, p.11), basada en los aportes establecidos en Ottawa en 1986, como “aquellas medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.”

Desde esta perspectiva la prevención brinda a los sujetos y las comunidades la posibilidad de ejercer mayores controles sobre el propio proceso de salud-enfermedad.

Uruguay se suma a este proceso a partir de la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud (Uruguay, 2007). El mismo tiene entre sus principios rectores a la promoción y prevención en salud, además de brindar una atención humanista con respeto por los principios bioéticos y de DDHH. Esto implica un cambio de paradigma y de modelo de atención a la salud. Las características del sistema de atención de la salud en Uruguay históricamente ha sido caracterizado por un modelo asistencialista y curativo centrado en la figura del médico, construido sobre la base de un paradigma individual-reduccionista. Dicho paradigma se caracteriza por una visión biologicista, desnaturalizado y deshumanizado centrado en la enfermedad y en el uso de tecnología y medicamentos.

En contrapartida se propone un paradigma salubrista o sanitarista, un modelo social expansivo, que concibe la complejidad y multicausalidad de la salud y la integralidad del sujeto (ser bio-psico-socio-cultural-económico-político-espiritual) que se centra en la salud y no en la enfermedad. Desde esta perspectiva, se pone el énfasis en la promoción y en lo colectivo, y en la necesaria acción interdisciplinaria para la consecución de los objetivos de salud. En el paradigma individual, el modelo médico adquiere predominancia en el saber y el hacer en salud. La figura del técnico adquiere un saber-poder y un dominio social, cultural, político y económico que genera determinadas formas de pensar y actuar con respecto a la salud de la población (Saforcada, 1998-1999; Morales Calatayud, 1999).

La reforma del sistema de salud generó un contexto favorable para el proceso de cambio paradigmático. Sin embargo se continúan replicando formaciones que poseen un escaso desarrollo interdisciplinar en el área salud, sosteniendo propuestas de formación individuales

de las disciplinas, generando obstáculos para el desarrollo de un modelo de atención integral. (Arias, Suárez, 2016).

Dado que el cambio de paradigma es reciente, es esperable aún la coexistencia de ambos modelos de atención a la salud y por lo tanto estudios en este contexto permiten aproximarnos a sus avances y dificultades.

Como parte de este contexto y en la medida en que esta propuesta de investigación hace énfasis en la figura del médico (pediatra), es necesario pensar la misma desde los *procesos de medicalización* de la sociedad.

Para Ortega (2003) los procesos de medicalización de la vida social constituyen un aspecto central de la modernidad. Dichos procesos refieren al dominio del imaginario colectivo por el saber y poder médico impactando en todos los aspectos de la vida cotidiana de las personas.

“la medicina como institución reivindica el monopolio de lo que tiene que ver con la salud y así todas las intervenciones médicas se tornan posibles, colonizando ampliamente la vida cotidiana de los individuos bajo la promesa de la salud y la prolongación de la vida” (Ortega, 2003, p. 23).

Esta medicalización no es solo un proceso generado desde el interior de la medicina ni representa solo a los médicos, sino que refiere a transformaciones económicas, culturales y sociopolíticas (Ortega, 2003).

La atención en Hospitales y Centros de salud de la lactancia y el VT (atención del embarazo, parto, nacimiento, y primeros controles del bebé y su madre) es realizada por las disciplinas médicas. En lo que respecta a la atención de la lactancia y los primeros cuidados del recién nacido, la pediatría y enfermería son las disciplinas que rigen la misma en nuestro sistema de salud. Los profesionales de la medicina pediátrica y los de enfermería son los que mantienen los primeros encuentros con las madres, los lactantes y otros familiares. Estas primeras instancias entre los profesionales y las familias, son momentos relevantes para la prevención, promoción y cuidado de la lactancia y el VT.

En relación a estos elementos, Defey (1995) señala que en el trabajo asistencial aparecen muchas veces dificultades en la relación entre nuevos padres, sus familias y el personal técnico. Se producen momentos de pugna por la posesión del saber, por las tomas de decisiones y resolución de determinadas acciones con respecto a la lactancia y al cuidado

del bebé en una institución médica. Las familias depositan un saber en los técnicos y con esto la confianza tanto en el conocimiento como en la persona del técnico.

Vinculado a estas consideraciones, Winnicott (1991) plantea que el técnico es la persona en la cual la madre depositado su confianza, por lo que debería explicarle detalladamente los aspectos inherentes al proceso de salud para evitar informaciones erróneas y/o atemorizantes.

Lo más difícil por parte del técnico es brindar información útil y precisa encontrando la forma de interferir lo menos posible en los comportamientos naturales de las personas. (Winnicott, 1991)

El propio Winnicott expresa:

por desgracia las madres creen ciegamente en los médicos y en las enfermeras, y piensan porque el médico sabe qué hacer cuando las cosas no marchan bien o se presenta una emergencia quirúrgica, también sabe cómo hacer que una madre se relacione con su bebé. Generalmente, el médico no sabe nada de esto que es una cuestión de intimidad entre la madre y el bebé (Winnicott, 1991, pp. 44-45).

Desde los postulados de Winnicott los médicos y las enfermeras deberían entender que aunque son necesarios en los temas de salud sobre todo cuando las cosas no marchan bien, no son especialistas en aquellas cuestiones de intimidad. Si estos técnicos comienzan a dar consejos en relación a cuestiones de la intimidad, entran en un terreno peligroso dado que ni la madre ni el bebé necesitan consejos. En vez de brindar consejos, se debería brindar un ambiente que fomente la confianza de la madre sobre sí misma (Winnicott, 1991).

Esta investigación se centra en la figura del pediatra respecto a sus concepciones y prácticas sobre VT y lactancia. Las características de las mismas responden a construcciones socioculturales adquiridas durante la propia historia del los profesionales como sujetos pero también están determinadas por sus procesos de formación académica.

El sistema de formación de la especialización de pediatría en nuestro país tiene por objeto capacitar a los doctores en medicina para prestar con eficacia la asistencia médica, realizar funciones de prevención, promoción, educación sanitaria, asumiendo su auto formación continua que le permita desarrollarse en un contexto académico, sociológico, ético, legal y técnico de alto nivel (Ferrari, Montano y Rubio, 2003).

El ingreso a la especialidad es a través de pruebas de suficiencia escritas de acuerdo a un temario preestablecido. El curso se realiza bajo régimen de residencia o de posgrado

convencional. Las exigencias son las mismas para ambos con excepción del horario a cumplir, 48 horas semanales para los residentes y 30 para los no residentes. El tiempo efectivo de formación comprende 48 semanas por año calendario durante 3 años (total de 144 semanas). Cada semana incluye 36 horas de actividad presencial, de las cuales 24 se cumplen en el servicio durante 6 días. (Ferrari, et. al., 2003)

Las actividades clínicas, internación y algunas policlínicas se desarrollan en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, que es un Centro Docente - Asistencial dependiente de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).

Se realiza evaluación continua y trabajo escrito final. Durante el primer año cada posgrado selecciona un tema de investigación que planificará y desarrollará durante el resto del curso. La adquisición de conocimientos teóricos se basa en el auto estudio tutorizado y comprende todos los aspectos de la Pediatría: crecimiento y desarrollo normal y patológicos, bases fisiológicas, fisiopatológicas y etiopatogénicas de las enfermedades agudas y crónicas que afectan al recién nacido, lactante, niño y adolescente, genética clínica, epidemiología (Ferrari, et. al., 2003).

Dentro de los 32 temas indicados en el plan de formación que el estudiante debe demostrar su conocimiento a lo largo de la formación, en relación al interés de esta investigación se destacan los siguientes:

- Aspectos generales de la pediatría: el niño sano, Medidas preventivas y ética en la atención pediátrica.
- Crecimiento y desarrollo.
- Aspectos sociales: maltrato infantil, impacto de la violencia, abandono.
- Nutrición: necesidades nutricionales, alimentación del primer año.
- Recién nacido: lactancia, alimentación, controles.
- Salud mental en el niño y el adolescente referida en especial a las diferentes etapas del desarrollo; trastornos más comunes; psiquiatría de enlace.

A su vez se indica que a lo largo de su curso el estudiante será capaz de realizar correctamente maniobras Diagnósticas y Terapéuticas donde no se incluyen observaciones o acciones referidas a VT (Ferrari, et. al., 2003).

Capítulo 3: Metodología

3.1 Justificación y enfoque metodológico de la investigación

Cuando se habla de investigación, la misma apunta a un proceso organizado y sistemático donde se logre interpretar o demostrar ciertos hechos resultando del mismo un conocimiento mayor de esos aspectos indagados. (Marradi, Archenti, Piovani, 2010)

La investigación científica responde a problemas, busca la construcción de nuevos conocimientos, se encuentra guiada por interrogantes y por la aplicación del método científico. En ciencias sociales es la manera de generar conocimientos caracterizados por la evidencia empírica, elaborada a punto de partida de la teoría y de la aplicación de metodologías y técnicas de investigación (Sautu, 2011).

En la idea misma de conocimiento se encuentra la ignorancia y lo desconocido, lo cual implica diversidad y multiplicidad (Morin, 1986). Estos puntos reflejan la importancia del lenguaje, del mundo simbólico, de las ideas para conocer la realidad, para interpretarla y también para producirla simbólicamente, en la dialéctica producto-productor. A su vez se marca la relación entre las ideas, los pensamientos y las acciones (pensar, sentir, decir y actuar) y entre el mundo simbólico y lo Real.

Según la perspectiva de Morin (1991) necesitamos aún recurrir a lo real pero, al mismo tiempo, ¿qué es precisamente lo real, sino aquello que la idea nos designa como tal?... Su materia, su origen, su fundamento, su devenir son inciertos.

En expresión de Morin, (1991, p.249):

Las realidades que conocemos son traducciones en ideas de la realidad...son las ideas, las teorías las que nos permiten reconocer las debilidades y las incertidumbres de lo real. Son las ideas las que nos permiten concebir las carencias y peligros de la idea...Todo diálogo con el mundo, con lo real, con los demás, con nosotros mismos pasa por la mediación de nuestras palabras, enunciados, ideas, teorías, e incluso mitos, y no podemos soñar con desembarazarnos de ellos.

En función de los fundamentos teóricos, los interrogantes y los objetivos de investigación planteados, se desarrolló un diseño metodológico cualitativo con el fin de promover un proceso de indagación interpretativo de la temática desde la naturalidad y complejidad de la

misma.

En este sentido, Vasilachis (2006) plantea que en una investigación cualitativa el investigador estudia y construye la investigación desde la naturalidad y la complejidad caracterizándose la misma por ser multimetodológica, naturalista e interpretativa. Se interpretan los fenómenos según los significados que los propios sujetos otorgan.

En concordancia a lo anterior, Ortí (1986, p. 177) plantea que las “técnicas cualitativas se orientan a captar (de forma concreta y comprensiva), analizar e interpretar los aspectos significativos diferenciales de la conducta y de las representaciones de los sujetos y/o grupos investigados”. Este enfoque busca la libre manifestación de los sujetos sobre sus intereses, creencias y deseos.

En el enfoque cualitativo se tratan los distintos modos de interacción personal o grupal que se establecen en el espacio social concreto, tanto de las relaciones derivadas de su estructura organizacional e institucional de referencia, como de las relaciones propias de la vida social como son las informales, afectivas y comunitarias. No se trata de cuantificar, sino de profundizar en las expectativas, conocimientos, opiniones e ideologías expresadas por aquéllos que tienen que ver o que están directamente involucrados en la realidad social que se quiere investigar. Se trata pues de aprehender los universos simbólicos a través de los cuales se construye la realidad social dotada de significado para los individuos (Roldán, 1998).

3.2 Delimitación del problema de investigación

En la conformación de un diseño de investigación se torna central la delimitación de un problema de investigación, por tanto conocer qué es exactamente lo que se desea conocer.

La complejidad de la propia realidad y por tanto de aquellos aspectos de la misma que se quiere conocer requiere de recortes metodológicos que hagan viable las investigaciones. En esta investigación dentro de la realidad de la lactancia y el VT, del gran espectro de variables que intervienen se realiza un recorte que apunta a conocer el mundo simbólico y de acción de los profesionales en servicios de salud. Dentro de los profesionales que intervienen en los centros asistenciales con respecto a las temáticas de interés, se selecciona a los médicos pediátricos. Realizado el recorte de investigación a ser indagado surge la pregunta ¿cómo investigar lo que se quiere conocer?

Partiendo de la base de las posibilidades reales para llevar a cabo la investigación enmarcada institucionalmente en la Maestría de Psicología Social en la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, se selecciona un centro de salud de ASSE del interior del País cercano a la zona metropolitana. La elección del mismo se debió al conocimiento de la organización por parte del investigador que permitía la posibilidad de realizar la misma en los tiempos propios de la formación.

El centro de salud es un hospital de segundo nivel de atención a la salud, de referencia en la ciudad donde está ubicado y también de sus zonas aledañas (ciudades, pueblos y zona rural). Si bien se trata de un centro de segundo nivel de atención, dada la ausencia en la ciudad de centros de primer nivel de atención, el mismo pasa a ser de referencia de inserción al sistema de salud por parte de la población de esta zona del país. Según los datos recabados en el centro sanitario, el mismo tiene un registro aproximado de 23.000 usuarios. En el área de policlínicas cuenta con dos consultorios destinados a los cuatro médicos pediátricos en funciones. Mensualmente son atendidos un promedio aproximado de 800 niños

La inserción del investigador en el centro de salud se llevó a cabo en las consultas de policlínica del centro de salud. Dada las características del funcionamiento del centro en las consultas pediátricas, se consideró pertinente sumar en las indagaciones a un técnico referente y calificativo que es la auxiliar de enfermería de pediatría.

3.3 Estudio de caso

Realizados todos los recortes mencionados, se piensa en la realización de un estudio de caso cualitativo de corte transversal que busca indagar y conocer los significados y estrategias pediátricos en ese centro de salud particular. No se tiene intención de universalizar los resultados interpretacionales hacia todos los centros de salud y hacia toda la pediatría como profesión.

Se trata de un diseño transversal que buscará describir y analizar los discursos de los técnicos en un único momento en el tiempo.

Desde la singularidad de esta propuesta de investigación cualitativa se pretende comprender los significados y prácticas de los actores en concreto para que los resultados obtenidos puedan tener transferibilidad, pudiendo ser aplicados en otros contextos (con diferentes grados de aplicabilidad) sin pretender la búsqueda de universalidad y totalidad de los mismos

Para Ruiz Olabuénaga (2003) el análisis cualitativo emerge a partir de la aplicación de metodologías específicas con el fin de captar el origen de los significados surgidos de la interacción particular entre los individuos y reconstruir los mismos.

Estas acciones cualitativas no permiten la generalización hacia modelos universales y los resultados serán tentativos y singulares. Este grado de transferibilidad, permite pensar los resultados de la investigación en otros contextos, generalizando los mismos sin pretender la universalización.

Dentro de los diseños cualitativos, esta investigación se inscribe en un estudio de caso. En palabras de Peña (2016, p.188):

Por lo general, el Estudio de Caso permite la generación teórica que envuelve el surgimiento de nuevas interpretaciones y conceptos o se reexaminan otros nuevos conceptos e interpretaciones de forma innovadora. Es así como el Estudio de Caso se convierte en un recurso metodológico que une la teoría con la práctica científica.

Los estudios de casos “no representan a una muestra de una población por lo que no pueden ser generalizables estadísticamente, sino que representan a proposiciones teóricas dado que el objetivo es ampliar y producir generalización analítica de teoría pero no realizar una generalización estadística.” (Yin, 1994 citado en Jiménez y Comet, 2016, p.3)

A su vez, Cebreiro y Fernández (2004, citado en Jiménez y Comet, 2016, p.6) enfatizan en este aspecto cuando afirman que “mediante este método se recogen de forma descriptiva distintos tipos de informaciones cualitativas que no aparecen reflejadas en números si no en palabras.”

Por su parte Stake (1999) plantea que hay tres tipos de estudios de caso según su finalidad. El tipo de estudio que se considera coincide con la finalidad buscada en esta investigación, es el estudio de caso denominado instrumental. En este tipo de estudio el caso se examina para profundizar en un tema o concepciones, de tal modo que el caso juega un papel secundario, de apoyo, para llegar a formulaciones sobre el objeto de estudio.

3.4 Técnicas de recolección de la información

Las *técnicas* utilizadas en la investigación fueron *entrevistas* individuales en profundidad a los médicos y la enfermera del área de pediatría y *observación* participante en las consultas clínicas de pediatría en el centro de salud.

3.4.1 Entrevista

Las *entrevistas cualitativas en profundidad*, como lo expresan Taylor y Bogdan (1992) refieren a encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones tal como las expresan con sus propias palabras, buscando revelar sus propios modos ver, pensar y sentir.

Las mismas se caracterizan por ser estandarizadas y al mismo tiempo abiertas. Se utiliza un conjunto de preguntas ordenadas y redactadas igual para todos los entrevistados pero de respuesta libre (Valles, 1999)

Por su parte Roldán, (1998) postula que a través de esta técnica no se trata de cuantificar sino de profundizar en las expectativas, conocimientos, opiniones e ideologías expresadas por aquéllos que tienen que ver o que están directamente involucrados en la realidad social que se quiere investigar. Se propone captar sentidos y reconstruirlos desde orientación holística y concretizadora (Ruiz Olabuénaga, 2003).

A partir de estas puntualizaciones teóricas se realizó un guía de entrevista orientadora que apuntaba a conocer las características sociodemográficas de los entrevistados, su formación con respecto a las temáticas indagadas, sus visiones sobre LM y VT y las estrategias realizadas en sus consultas sobre dichos temas (ver anexo, guía de entrevista individual a médicos pediatras). Esta guía de preguntas orientaba la entrevista pero generaba apertura al surgimiento de lo nuevo según el contexto particular de cada encuentro.

3.4.2 Observación participante

La *Observación participante* implica la compenetración del investigador en una variedad de actividades durante el periodo de tiempo que le permita observar a los sujetos en sus actividades con el fin de facilitar una mejor comprensión de sus comportamientos. Se busca observar desde la naturalidad cotidiana de los involucrados, siendo el investigador parte del material a observar. Desde esta perspectiva abordar el lenguaje que se construye in situ implica concebir que los datos no los recoge el investigador sino que se construyen en el contacto con los otros y el contexto (Kawulich, 2006).

Para Valle (1997, p. 161) “la observación participante es adecuada en estudios exploratorios, descriptivos y en aquellos orientados a la generación de interpretación teórica.”

Dada las características de la observación en contraposición con los aportes de la entrevista - siendo esta última realizada en un contexto armado para tal motivo con respuestas elaboradas desde el deber ser-hacer y con tiempos diferentes de acción - se consideró pertinente realizar las observaciones en primera instancia y cuando se generaba una saturación de información se coordinaba la entrevista al profesional en el centro de salud luego de finalizadas sus consultas en policlínicas.

3.5 Técnicas de análisis de la información

3.5.1 Análisis de contenido

Los datos obtenidos fueron analizados desde los aportes del *análisis de contenido* de los discursos. Mediante el mismo se busca lograr la emergencia de los sentidos latentes provenientes de las comunicaciones en las prácticas sociales (Piñuel Raigada, 2002).

Ortí (1986) plantea que el análisis de los discursos apunta a explicitar los discursos más representativos y significativos de los grupos sociales de referencia y en tanto para Pizarro (1979, p.83) “la producción o la reproducción de una frase por un individuo es siempre un hecho social concreto que tiene lugar en el seno de relaciones sociales determinadas”. De esta manera se plantea al análisis del discurso como un medio para llevar a la práctica el lenguaje como eje de análisis y comprensión de los procesos sociales.

Luisa Rojo y Rachel Whittaker (1998, citado en Íñiguez Rueda, 2003, p.93) proponen que:

un Análisis Crítico del Discurso mediante el cual la teoría no preconfigura ni determina la manera de enfocar los análisis ni tampoco delimita el campo de indagación y exploración. Para las autoras, en el análisis crítico del discurso, la teoría, se utiliza como una caja de herramientas que permite abrir nuevas miradas y enfoques donde el investigador es creador a través de la implicación con aquello que estudia.

Para el análisis crítico del discurso, el discurso es sobre todo una práctica social de carácter constitutivo. Para esta postura crítica el discurso no sólo está determinado por las instituciones y la estructura sociales, sino que es parte constitutiva de ellas. Es decir que el discurso es a la vez construido y constitutivo de lo social.

De las concepciones más habituales en ciencias sociales sobre discurso Rojo y Whittaker (1998, citado en Íñiguez Rueda, 2003) se inclinan por aquella que caracteriza a la escuela francesa y los postulados de Foucault, definiéndolo como un conjunto de enunciados de los

que se pueden determinar sus condiciones de producción. Esta definición permite “diferenciar el enunciado como sucesión de frases emitidas y el discurso como el enunciado considerado desde el punto de vista del mecanismo discursivo que lo condiciona” (Rojo y Whittaker, 1998, citado en Íñiguez Rueda, 2003, p.98).

Según estos postulados el enunciado es concebido como resultado, como algo que posee memoria y marcas propias de sus condiciones de producción.

3.5.2 Categorización de los contenidos

Tomando los aportes de Valles (1999), el tratamiento y análisis de la información recabada requiere de la realización de delimitaciones textuales, por tanto codificar la misma. En este sentido, los términos categorías y propiedades (subcategorías) sirven para agrupar información diferente pero con cierta afinidad.

Acceder al plano de lo común es construir un mundo común pero al mismo tiempo heterogéneo (Kastrupl y PassosII, 2013).

O acesso à dimensão processual dos fenômenos que investigamos indica, ao mesmo tempo, o acesso a um plano comum entre sujeito e objeto, entre nós e eles, assim como entre nós mesmos e eles mesmos. O acessar esse plano comum é o movimento que sustenta a construção de um mundo comum e heterogêneo (Kastrupl y PassosII, 2013, p. 264)

Por tanto se trata de dar una denominación común más o menos abstracta a un conjunto variado de fragmentos de entrevista que comparten una misma idea (Valles, 1999).

Este tipo de codificación es denominada codificación abierta dado que el objetivo es abrir la indagación, estimulando el descubrimiento no solo de categorías sino también de sus propiedades y dimensiones con la comparación constante de la información.

3.6 Tablas de categorías

A partir del análisis y organización de los discursos y prácticas pediátricas se crearon las siguientes categorías para su posterior lectura teórica-reflexiva.

3.6.1 Tabla de Entrevistas

Tabla 1. Entrevistas		
Categoría	Subcategoría 1	Subcategoría 1.2
1. VÍNCULO TEMPRANO (VT)	1.a. Consideraciones sobre VT	1.a.1 Primeros momentos de vida
		1.a.2 Elementos constitutivos del VT
		1.a.3 Aspectos que caracterizan al VT
	1.b Apego	
	1.c Elementos observables en la consulta	1.c.1 En los adultos referentes (Madre)
		1.c.2 En los niños
	1.d Promoción del VT	1.d.1 Estrategias en el nacimiento
1.d.2 Estrategias en las consultas		
2. LACTANCIA MATERNA (LM)	2.a Beneficios LM	2.a.1 Beneficios socio-económicos
		2.a.2 Beneficios biológicos
		2.a.3 Beneficios afectivos
	2.b Facilitadores	
	2.c Obstáculos	
3. RELACIÓN LM - VT	3.a LM y VT	3.a.1 LM promotora de VT
		3.a.2 VT promotor de la LM
		3.a.3 VT sin ingesta de leche materna
	3.b Dimensión temporal	3.b.1 Controles en el primer mes. Primeras horas
		3.b.2 Controles mensuales en el primer año
	3.c Padres	3.c.1 Presencia en las consultas
		3.c.2 Participación en el nacimiento

		3.c.3 Padres y LM	
4 EL LUGAR DE LA MUJER	4.a Femenización de la LM y el VT	4.a.1 Uso de adjetivo Materno	
		4.a.2 Presión social	
		4.a.3 LM, VT y Responsabilidad materna	
		4.a.4 Cuestión de mujer	
	4.b Experiencia de Maternidad	4.b.1 Con Experiencia de maternidad	
		4.b.2 Sin experiencia de maternidad	
	4.c Abuela Materna	4.c.1 Obstáculos	
		4.c.2 Promoción	
		4.c.3 Transmisión generacional	
		4.c.4 elementos observados en las consultas por los pediatras	
	5 FUNCIONES DEL PEDIATRA	5.a Rol Pediátrico	5.a.1 Características generales del rol
			5.a.2 LM y VT
5.b Pediatría y Género		5.b.1 Visión desde la pediatra mujer	
		5.b.2 Visión desde un pediatra hombre	
6. ESTRATEGIAS PEDIÁTRICAS	6.a. Estrategias en la consulta	6.a.1 Observaciones / Análisis	
		6.a.2 Indagaciones	
		6.a.3 Acciones / Indicaciones	
	6.b. Primer control	6.b.1 Primeras indagaciones	
		6.b.2 Primeras acciones para incentivar	
	6.c. Complemento Nutritivo	6.c.1 Peso y Complemento	
		6.c.2 Riesgos	
		6.c.3 LM y Complemento	
	6.d. Leche de vaca		
	6.e. Riesgo de abandono de la LM	6.e.1 Preconceptos	
		6.e.2 Presiones / Contexto	

CATEGORÍAS EMERGENTES		
Categorías	Subcategorías	
7. MADRE ADOLESCENTE	7.a Adolescencia y Maternidad	7.a.1 Adolescencia y rol materno
		7.a.2 Adolescencia, LM y VT
	7.b Referentes	7.b.1 Abuelas
		7.b.2 Padres
		7.b.3 Pediatras
8. CONDICIONES ASISTENCIALES	8.a. Dependiente del Servicio / Cultura organizacional	8.a.1 Facilitadores
		8.a.2 Obstáculos
	8.b Dependiente de los técnicos	8.b.1 Paciencia
		8.b.2 Tiempo

Fuente: elaboración propia

3.6.2 Tabla de Observaciones

Tabla 2. Observaciones				
Categoría	Subcategoría 1	Subcategoría 1.2		
1. LACTANCIA MATERNA (LM)	1.a LM, Peso y Talla			
	1.b LM y Complementos Nutritivos (Comp. Nut.)	1.b.1 LM y Complemento		
		1.b.2 Otros Alimentos		
	1.c LM, Peso y Complementos			
	1.d LM y VT (VT)			
	1.e LM y Género Femenino			
2. LUGAR DE LOS ACTORES	2.a Responsabilidad Materna			
	2.b Abuelas Maternas			
	2.c Padres			
CATEGORÍA EMERGENTE (Condiciones Asistenciales)				
Categoría	Subcategoría 1.1	Subcategoría 1.2		
3. CONDICIONES ASISTENCIALES	3.a Dependiente de los técnicos			
	3.b Dependiente del servicio y la cultura organizacional			
	3.c Temporalidades	Atención acelerada		
		Dedicación para informar y explicar		
	3.d Formas de dirigirse a las familias	3.d.1 Hacia la familia		
		3.d.2 Hacia los adultos	3.d.2.1 Uso del singular (Madre)	
			3.d.2.2 Uso del plural (ambos padres)	
	3.d.3 Hacia los niños			
3.e Primeras indagaciones en las consultas				

	5.f Sistema de Salud Abordaje obligatorio		
--	--	--	--

Fuente: elaboración propia

3.7 Características de los participantes de la investigación

Se entrevistaron a los cuatro pediatras del centro de salud. Si bien en principio se apuntó sólo a los médicos pediatra, luego se consideró relevante incluir a la auxiliar de enfermería de pediatría que acompaña a cada uno de los pediatras en las consultas dada su trayectoria, experiencia y presencia.

Pediatra 1: P1

Pediatra 2: P2

Pediatra 3 (Mujer): P3F

Pediatra 4: P4

Auxiliar de Enfermería: Enf

Los datos solicitados fueron sistematizados en la tabla siguiente:

Tabla 3: Datos sociodemográficos de los participantes

Tabla 3. Datos sociodemográficos									
	Género	Edad	Hijos	Formación de grado		Posgrado(Pediatría)		Formación específica en LM y VT	Ingreso al centro de salud
				Ingreso	Egreso	Ingreso	Egreso		
P1	Masculino	63	Si	1974	1984	1987	1992	No	1996
P2	Masculino	45	Si	1989	1998	1999	2001 (2007) ²	No	2012
P3	Femenino	36	Si	1998	2007	2008	2012 (2015) ³	No (Monografía final sobre LM)	2015
P4	Masculino	49	Si	1985	1994	1995	2002	No	2006
Enf	Femenino	67	No	1977	1978			No	1980

Fuente: elaboración propia

Los pediatras tienen más de un hijo. La única participante de la investigación que no tiene hijos es la auxiliar de enfermería. Esta última es la única que vive en la misma localidad del centro de salud y es la más antigua en el mismo.

Tres pediatras viven en localidades cercanas al centro de salud y uno de ellos vive en Montevideo.

El P1 es el mayor en edad cronológica iniciando pediatría antes de 1990. Los dos pediatras masculinos restantes tienen proximidad generacional mientras que la pediatra mujer es la más novel en la formación.

Ninguno tiene especialización o cursos de posgrado con respecto a LM y VT salvo aquellos contenidos que estuvieron en la cursada de la formación.

La mujer pediatra es la que ha incursionado más sobre la temática de lactancia por la elección de su trabajo final en la formación de pediatría.

² Finalización de cursos en el año 2001; Finalización del posgrado año 2007.

³ Finalización de cursos en el año 2012; Finalización del posgrado año 2015.

3.9 Desarrollo de la recolección de datos

Este apartado tiene como cometido explicitar el proceso realizado en el trabajo de campo. Antes de comenzar a realizar el mismo se realizaron acercamientos al centro de salud para contactarse con la dirección del mismo y los pediatras con el propósito de explicar la propuesta de investigación y constatar la viabilidad de la misma (Ver anexo: hoja de información).

Luego de recibir la aprobación por parte de los pediatras y autorización de la dirección del centro de salud se comenzó a planificar con cada profesional la realización de las entrevistas y de las observaciones en sus consultas.

De acuerdo con los principios establecidos en el Decreto N° 379/008 (Uruguay, 2008) la investigación fue pensada, planificada y ejecutada acorde a los *principios éticos* que rigen a toda investigación con seres humanos, como son la realización de un consentimiento libre e informado de los individuos; la ponderación de riesgos y beneficios, tanto actuales como potenciales, individuales como colectivos (principio de beneficencia) comprometiéndose con el máximo de beneficios y con el mínimo de daños y riesgos; y la relevancia social y académica de la investigación.

A su vez, se consideró en todo momento llevar a cabo la investigación mediante el uso responsable de los recursos con los cuales se contaba para la realización de la misma (recursos humanos, materiales, recursos económicos, instalaciones, entre otros).

Se confeccionó un consentimiento informado para la participación en las observaciones, entregando un consentimiento a los profesionales y otro a cada familia que intervenía en la consulta (Anexo 6).

Además se realiza un consentimiento informado de participación en las entrevistas para los pediatras y la auxiliar de enfermería (Anexo 5).

El proyecto de investigación se comenzó cuando se obtuvo la autorización del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología como se especifica en el Artículo 3° del Decreto N° 379/008 de 2008, además de la autorización de la institución donde se llevó a cabo el trabajo de campo (Dirección del centro de salud de ASSE) y de los consentimientos informados de los participantes.

Se realizaron las guías de entrevista y observación (Anexo 2 y 3) y luego se coordinó con cada pediatra para comenzar la recogida de datos.

La planificación inicial para la realización de las observaciones consideró llegar unos minutos antes del inicio de las consultas, agrupar a las familias que ingresaran a pediatría, entregarles la hoja de información y el consentimiento informado de participación en las observaciones para recibir a cada familia dentro del consultorio.

Dadas las dinámicas instaladas en la atención, donde algunos pediatras no comenzaban en la hora prevista y las familias van llegando a las consultas a medida que transcurre la misma, fue necesario ir acomodando la forma de observar. Al finalizar cada consulta el observador se retiraba de la misma para entregar y explicar la hoja de información a la siguiente familia que fuera a ingresar a la consulta. Luego, al ingresar a la consulta se le preguntaba a la familia si estaban de acuerdo con la participación del observador en la misma y en caso de respuesta positiva se solicitaba la firma del consentimiento.

Estas características fueron generando particularidades en las observaciones, sobre todo en el desarrollo de varias consultas con diferentes pediatras donde, mientras se realizaba la atención con una familia y antes de finalizar la misma se hacía ingresar a otra familia superponiéndose ambas atenciones.

A pesar de estas circunstancias que caracterizaron a las observaciones, las mismas se desarrollaron con total receptividad tanto de de las familias como de los profesionales.

Se consideró más oportuno observar en primera instancia para obtener información de mayor naturalidad y posteriormente realizar de las entrevistas. Se valoró importante que las mismas se realizaran fuera del ámbito hospitalario pero por la dificultad de coordinar tiempos laborales de los médicos se realizaron al finalizar las consultas en el centro de salud.

Las entrevistas estaban pensadas solo a los cuatro pediatras que realizan consultas en el hospital pero se consideró relevante sumar a la auxiliar de enfermería de pediatría dada su rol particular en el área pediátrica, en el propio centro de salud y la antigüedad en años de trabajo en el mismo. Se observó que la misma tenía un lugar destacado en cuanto a los discursos y prácticas con las familias en las consultas, siendo un actor institucional calificado que interviene en todas las consultas de cada pediatra como única enfermera.

Las entrevistas se realizaron con cada pediatra y la auxiliar de enfermería luego de efectuadas las observaciones y considerar saturada la información obtenida de las mismas. Se implementaron luego de finalizada la última consulta de observación. El desarrollo de las entrevistas, por efectuarse dentro del centro de salud, estuvo caracterizado por diferentes interrupciones que generaban cortes y desatenciones con respecto al proceso de pensamiento desarrollado por el entrevistado.

Las entrevistas tuvieron un clima óptimo para lograr desarrollarse adecuadamente a pesar que en algunas se generaron algunas interrupciones. En dos pediatras, la vivencia del entrevistador al comenzar las entrevistas refería a la necesidad del entrevistado de finalizar dicho encuentro rápidamente.

Capítulo 4: Análisis y discusión

En este capítulo se presentan las líneas de análisis y discusión de los resultados desde los aportes conceptuales desarrollados en el marco teórico en referencia a los discursos y prácticas en la atención pediátrica.

Para el desarrollo del capítulo se tendrán como eje orientador la organización de los datos surgido a partir del análisis de contenido de las entrevistas y las observaciones.

Además se utilizarán las siguientes denominaciones que referencien las voces de los participantes en las entrevistas y en las observaciones:

Ped: Peditra

P1: Peditra 1

P2: Peditra 2

P3F: Peditra 3, género femenino

P4: Peditra 4

Enf: Auxiliar de enfermería

Mad: Madre

Pad: Padre

Ab: Abuela

4.1 Vínculo temprano

Con respecto a esta primera dimensión conceptual, tanto en las entrevistas como en las observaciones, se buscó conocer cuáles eran las definiciones sobre VT que manejan los profesionales en su accionar cotidiano para pensar y actuar en la clínica.

En esta categoría de análisis fueron agrupadas las siguientes unidades temáticas que surgieron de los discursos presentes en las entrevistas como se visualiza en el cuadro siguiente extraído de la tabla 1:

Cuadro 1. Tabla 1		
Categoría	Subcategoría 1	Subcategoría 1.2
1 VÍNCULO TEMPRANO (VT)	1.a.Consideraciones sobre VT	1.a.1 Primeros momentos de vida
		1.a.2 Elementos constitutivos del VT
		1.a.3 Aspectos que caracterizan al VT
	1.b Apego	
	1.c Elementos observables en la consulta	1.c.1 En los adultos referentes (Madre)
		1.c.2 En los niños
	1.d Promoción del VT	1.d.1 Estrategias en el nacimiento
		1.d.2 Estrategias en las consultas

La primera categoría que refiere a VT surge de lo planteado en las entrevistas ante la pregunta *¿Qué entiende usted sobre VT? (1.a).*

Las ideas que priman refieren al los primeros contactos entre madre e hijo, sobre todo en los momentos iniciales de la vida del niño (1.a.1). En tres pediatras se visualiza una correlación entre VT y contacto primario entre el niño y su madre en el momento del parto y en las primeras horas de vida. Para la pediatra mujer se trata de una “relación especial que se da entre la madre y el hijo en los primeros minutos de vida...en el nacimiento; apoyo la cara del bebé con la cara de la mamá, para que le de besos, para que le hable (P3F), o como para otros pediatras “el VT se genera en las primeras horas” (P2) y es el “contacto prematuro de la madre con el niño” (P1).

Cabe destacar la referencia a lo temporal ubicado en los primeros momentos de encuentro entre el bebé y su madre. Varios autores señalan la importancia de este primer encuentro como determinante del vínculo. (Freud, 1905-1914; Freire de Garbarino 1993; Alaugnier, 2007; Winnicott, 1986 - 1979). Sin embargo, más allá del primer vínculo los desarrollos teóricos indican este encuentro originario como inicio de un desarrollo vincular que se irá construyendo. Desde la propia teoría de Apego (Salinas-Quiroz & Posada, 2015) el desarrollo vincular desde el primer encuentro irá generando la base segura para el desarrollo psicosocial de la persona. La concepción vincular como proceso que acompaña la propia maduración biológica del niño nos permite considerar los diferentes indicadores

intersubjetivos a observar según la etapa del desarrollo del niño como lo propone Guerra (2009).

A raíz de otra de las preguntas en las entrevistas; *¿Qué indicadores visualiza en las consultas que permite conocer cómo se está desarrollando el VT?*, surge un elemento común en cuatro de los cinco entrevistados; la *mirada* como principal aspecto a tener en cuenta cuando se piensa el VT en la consulta (1.a.2). Este intercambio de miradas es para Guerra (2009) uno de los indicadores de intersubjetividad en los primeros dos años de vida, siendo en nuestra cultura una de las primeras señales de encuentro afectivo entre las personas.

Otros elementos que en las entrevistas emergen como indicadores a observar sobre el VT tienen que ver con el *contacto* entre la madre y el niño, el *trato* de la madre hacia el niño y, desde la visión de la auxiliar de enfermería, que “el niño siempre busque a la madre, que en ningún momento quiera estar con alguien que no sea la madre” (Enf.) (1.a.3).

Esta última visión es reflejo de representaciones sociales incorporadas sobre vínculo madre-bebé o apego. En este imaginario el llanto del bebé al constatar la ausencia de la madre se transforma en un indicador de buen vínculo, pero también genera una presión hacia la madre dado que si el niño logra estar con alguien que no sea ella, la mirada social evaluará que algo negativo está pasando en ese vínculo. El lugar de la mujer-madre en el vínculo, su capacidad de amor innato, la ubican como única capaz de generar el vínculo temprano y del cual la sociedad marca indicadores para evaluarlo.

En contraste con este imaginario, la teoría del apego a través de los aportes de Ainsworth (1989) y Bowlby (1958) (citados en Salinas-Quiroz & Posada, 2015), introducen una visión sobre el vínculo donde no aparece la mujer-madre como única interviniente, sino que al pensar el apego lo hacen mencionando al niño y su cuidador. El adulto que genera un vínculo de base segura no necesariamente tiene o debe ser la mujer o la madre, visión que no aparece en los datos recogidos en este estudio.

Otros elementos que construyen el saber-hacer de los participantes respecto a VT refiere al proceso de formación profesional. En el programa formativo de pediatría (Pirez, Montano, Rubio, 2009), en su punto 4 denominado crecimiento y desarrollo, se incluye la temática de apego y evaluación de conductas de apego. En el punto 15 de dicho programa se encuentra el estudio de la salud mental del niño, los trastornos más comunes en enlace con la

psiquiatría. El curso de psiquiatría pediátrica brindado en dicha formación menciona en el punto 4 de su programa los trastornos del vínculo y apego.

Si bien en el programa de pediatría cuando se aborda el tema del crecimiento y desarrollo se incluye la temática del apego y la evaluación de sus conductas, en los discursos y prácticas analizadas no se alude específicamente a los postulados de la teoría del Apego.

Algunos de los aspectos referidos al VT que los indagados refieren prestar atención en el desarrollo de las consultas recaen en la *forma de actuar de la madre* y en las *reacciones conductuales de los niños*. Esta separación entre adultos y niños se relaciona con las apreciaciones realizadas por Fascioli (2006) en su estudio donde la atención del par madre-hijo se hace predominantemente desde un modelo que prioriza lo biológico y disocia a ambos miembros del par asistiendo las singularidades de cada uno y no los comportamientos vinculares.

Con respecto a las conductas de la madre (1.c.1), los indagados destacan como relevante observar: “cuando le está sacando la ropa” (Enf); “cómo lo cambia, cómo lo contiene, cómo lo sostiene, cómo le habla” (P2); “en la forma que lo agarra, cómo la aúpa, cómo lo viste, cómo lo desviste” (P3F); “si lo mimaba o no lo mimaba...que este alegre cuando cambia a su niño” (P4). Estos aspectos aluden a observar en el vínculo la sensibilidad en el cuidado siendo uno de los indicadores principales en la teoría del apego.

Con respecto a la visualización de los niños (1.c.2), emerge una atención en aquellos elementos negativos que puedan preocupar a los técnicos. En cuanto a la percepción de aspectos a observar en el propio niño surgen solamente en las dos mujeres entrevistadas. Tanto la pediatra y la auxiliar de enfermería ponen su acento en las respuestas que los niños puedan manifestar sobre el desarrollo del VT.

La enfermera destaca los siguientes aspectos a tener en cuenta en los niños durante las consultas; “un niño que llora continuamente, un niño triste, un niño sucio” (Enf.)

En tanto para la pediatra, la misma se detiene en observar; “cuando lo agarran a upa y el niño no logra consuelo de ninguna manera, eso es medio preocupante pero no me ha pasado” (P3F).

Como aspecto positivo del VT a observar en el niño la pediatra destaca; “la búsqueda ocular, dependiendo de la edad del niño, que el niño busque la voz de la madre. Cuando el niño está muy enojado y se calma cuando lo agarran” (P3F).

Con respecto a las *estrategias* que usan los indagados para promover el VT se vuelve a reflejar las visiones referidas a VT como instancia de importancia durante los primeros

momentos de vida posterior al nacimiento; “En el parto intentamos ni bien nace de tener enseguida el contacto con la madre” (P1) (1.d.1).

En tanto, en las consultas de policlínicas, si se observan elementos que preocupan se indaga sobre apoyos recibidos del entorno hacia la madre y en otros casos se realiza la derivación a otros técnicos, sobre todo los del área social o psicológica (1.d.2)

Estos datos que derivan de las entrevistas no se logran visualizar en el curso de las observaciones participantes realizadas en este estudio.

Por otra parte se destaca que en todos los entrevistados no se percibe una diferenciación conceptual entre VT y Apego, siendo conceptos indistintos en los indagados (1.b)

Si lo acaricia, todo eso lo del apego. El contacto piel con piel empiezan con el reconocimiento el apego. Ese apego genera esa necesidad de cuidado y de crianza. La parte de la alimentación, de los afectos, del desarrollo, de estimulación, todo eso se genera a partir del apego (P2)

La consideración de los participantes sobre VT relacionada a los primeros contactos al nacer puede explicar que la categoría de VT no esté presente en los registros de las observaciones realizadas por el investigador (ver tabla 2. Observaciones).

En este aspecto hay que considerar la dimensión temporal con respecto a la concepción del vínculo temprano y tener en cuenta que las observaciones de la investigación se realizan temporalmente distantes al momento concreto del parto, de ese piel a piel del recién nacido con la madre, a veces con niños ya con varios días o meses de nacidos.

Si bien el momento del parto es una marca, un inicio concreto en lo que respecta al VT, el mismo tiene su origen ya antes del propio embarazo (deseos de los progenitores, lugar del hijo-hija en el entramado familiar) y se continúa acompañando el desarrollo del niño, tomando en cuenta lo que expresa Guerra (2009) que los dos primeros años son los más revolucionarios de nuestra vida con la mayor dependencia con respecto a los cuidadores.

En las observaciones se destaca la ausencia de indagaciones concretas o acciones que apuntaran a conocer sobre el VT de parte de los pediatras. Este elemento puede tener relación también con esta visión del VT ubicado temporalmente en los primeros momentos de vida.

Las consideraciones realizadas también se pueden relacionan con los resultados obtenidos en la investigación realizada por Fascioli (2006) en el cual se indagaron los relatos y las prácticas del cuidado del vínculo madre-hijo de los licenciados de enfermería del sector de salud público de Montevideo. En la misma se evidencia que los involucrados adjudicaban

importancia fundamental al primer vínculo en la construcción de la personalidad, pero sin embargo, un alto porcentaje no percibía que el cuidado del vínculo fuera una actividad de promoción de salud mental. A su vez, también un alto porcentaje no consideraba al vínculo como una práctica propia de enfermería. La reflexión extraída por la autora en dicho estudio es que el cuidado del vínculo no es considerado oficialmente un aspecto a tener en cuenta en el modelo de salud uruguayo.

Estas apreciaciones pueden ser otro elemento que explique que si bien se constata en las entrevistas que para los participantes de nuestra investigación el apego es considerado importante para el desarrollo del ser pero no incluye como una práctica propia de la pediatría. La diferencia quizás con la conclusión de Fascioli, es que ahora hay un SNIS con una perspectiva de salud integral, donde estos aspectos son contemplados. Sin embargo la integración en la práctica de esta perspectiva en los entrevistados no es clara.

Estas apreciaciones pueden ser otro elemento que explique que si bien se constata en las entrevistas que para los participantes de nuestra investigación el apego es considerado importante para el desarrollo del ser pero no incluye como una práctica propia de la pediatría.

Los elementos que se aprecian en las observaciones con respecto al VT refieren a aquellos aspectos vinculados con la LM. “Es normal que llore porque conoce a mamá hace tiempo y nosotros somos desconocidos” (P3F).

Sin embargo en aquellas ocasiones donde se apreciaba la posibilidad de poder indagar o estimular sobre VT durante la consulta no se realizaba o se generaba lo contrario como se puede apreciar en los siguientes registros de las observaciones:

“No queremos esa teta de chupete” (niño de 1 año y tres meses) (P2);

“Ped.: ¿Duerme en la cama solo? Mad.: con nosotros. Ped.; ojo! Mirá que podés acostártele arriba, es un lío, ojo! (P1);

“Ped: ¿Está comiendo bien?, Mad: sí, Ped: creció precioso. Tiene un peso saludable. El pecho sacarlo porque ya no le aporta, es importante que lo deje también por el apego. Pad: ella se lo ofrece. Ped: no me hagas trampa (a la madre), no le ofrezcas más...” (P3F).

Las ideas expuestas por los participantes sobre apego son contrarias a las que destaca la literatura actual y refieren más a los aportes provenientes desde el psicoanálisis y la pediatría en el estudio de la díada madre-bebé (Freud, 1905-1914; Freire de Garbarino 1993; Alaugnier, 2007; Winnicott, 1986 - 1979).

Este aspecto se puede relacionar a la poca formación específica y actualizada referida por parte de los pediatras y al predominio de preconceptos y prejuicios socioculturales alejados de la evidencia empírica y la teoría del apego.

Para la perspectiva teórica del apego la persona que brinde al niño una base de seguridad en situaciones de incomodidad, tensión o peligro, será caracterizada como figura de apego (Bowlby, 1958, citado en Salinas-Quiroz & Posada, 2015).

Por su parte, Mary Ainsworth, referente de la teoría del apego define al mismo como “un vínculo afectivo sujeto menor-sujeto cuidador relativamente perdurable, en el que el otro es importante como individuo único y no intercambiable”. (Ainsworth 1989, citado en Salinas-Quiroz & Posada, 2015, p. 1054).

En este sentido se destacan aspectos que refieren a las características necesarias en el vínculo entre un cuidador y un niño, sin necesidad de que la figura de apego deba ser la madre, así como tampoco considerar el vínculo de apego únicamente en los primeros momentos de vida sino que “se construye a través de las interacciones entre ambos miembros de la diada” (Ainsworth 1989, citado en Salinas-Quiroz & Posada, 2015, p. 1054).

4.2 Lactancia

Esta categoría contiene varias unidades de análisis dado que es donde los participantes se expresan más en las entrevistas y en las observaciones se manifiestan varios elementos relacionados a la misma. El cuadro siguiente se extrae de la Tabla 1 con el fin de visualizar las unidades codificadas

Cuadro 2. Tabla 1		
Categoría	Subcategoría 1	Subcategoría 1.2
2 LACTANCIA MATERNA (LM)	2.a Beneficios LM	2.a.1 Beneficios socio-económicos
		2.a.2 Beneficios biológicos
		2.a.3 Beneficios afectivos
	2.b Facilitadores	
	2.c Obstáculos	

En los datos recabados en las entrevistas, el mayor contenido categorizado refiere a los *beneficios* de la lactancia (2.a). En este punto es clara la incidencia formativa de los

participantes dado que los beneficios más destacados tienen que ver con los aspectos biológicos (2.a.2). UNICEF (2004) plantea que la lactancia proporciona todos los elementos nutritivos que el niño requiere para crecer y preservar su salud.

Los mismos son referidos a la naturaleza misma, o sea, que se trata del alimento natural para los primeros meses de los niños. Como plantea Paricio (2004, p.11) “desde el principio de los tiempos y hasta hace menos de 150 años la inmensa mayoría de recién nacidos eran alimentados con leche de la propia especie.”

Además de la naturalidad de la leche misma, destacan las propiedades de la misma en cuanto su contenido proteico e inmunológico. Se relacionan estos elementos con la prevención de enfermedades y por tanto con el desarrollo saludable del niño.

El objetivo fundamental es el crecimiento y el desarrollo del niño. Del punto de vista neurológica, del punto de vista cerebral, se sabe que tiene efectos por todos lados, del punto de vista inmunitario también tiene. Y la leche, vamos a suponer la leche de alternativa, tanto la leche modificada en lata como la leche de vaca son proteínas y glucosas para un ternero que pesa 300 kilos a los seis meses. En proteínas no tienen nada que ver. Las proteínas de leche de madre son muy refinadas digamos, son exclusivamente para un ser humano, en cambio la otra leche de vaca es para un ternero, el tamaño el valor nutricional no tiene nada que ver (P1).

Para los participantes estos beneficios tienen su repercusión en aspectos de mayor amplitud, beneficios económicos para la familia y la comunidad, sociales y sanitarios para toda la población dada la relación con la baja en la mortalidad infantil y menor presencia de enfermedades (2.a.1)

Esto es un aspecto que destaca a guía para el cuidado del recién nacido de UNICEF (2005) que plantea que entre las ventajas de amamantar el que incentiva el desarrollo motriz y sensorial, no produce ni necesita de gastos económicos y médicos y disminuye la asistencia e internaciones en centros de salud. Por ello, la promoción de la lactancia se transforma en un beneficio individual-familiar-social y económico a atender desde las prácticas sanitarias, favoreciendo al bebé, sus familiares y a toda la sociedad.

En cuanto a los beneficios afectivos (2.a.3) vinculados a la lactancia no es un elemento que caracterice el discurso de los participantes. Algunas de las pocas referencias aluden a que “la lactancia favorece el desarrollo psicoafectivo del niño” (P2).

En relación a los *facilitadores* (2.b) para el desarrollo de la lactancia, los pediatras destacan si la mujer (madre) ya tiene experiencia en haber amamantado anteriormente y si esa experiencia fue positiva. En menor medida se menciona como aspecto facilitador para la lactancia la motivación por la recuperación del peso corporal de la mujer (P4).

En relación con los *obstáculos* (2.c) respecto al desarrollo de la lactancia se plantean las ideas que “cuesta trabajo y a veces es doloroso... cuando ya te vienen con una idea formada...”(P3F).

Tanto en los facilitadores como los obstáculos están centrados en la figura materna, aunque emergen aspectos referidos al contexto y a las ideas previas construidas.

En las observaciones se categorizaron otras unidades de análisis vinculadas a la categoría de LM.

Categoría	Subcategoría 1	Subcategoría 1.2
1 LACTANCIA MATERNA (LM)	1.a LM, Peso y Talla	
	1.b LM y Complementos Nutritivos (Comp. Nut.)	1.b.1 LM y Complemento
		1.b.2 Otros Alimentos
	1.c LM, Peso y Complementos	
	1.d LM y VT (VT)	
	1.e LM y Género Femenino	

Una de las subcategorías de mayor destaque es la relación entre el *desarrollo de la lactancia, el peso del niño y la talla* (Tabla 2.1; 1.a). En las consultas de control pediátrico el peso y la talla dan cuenta del desarrollo esperado del niño siendo los primeros elementos indagados por los profesionales. El peso y la talla emergen en las consultas como aspectos determinantes en cuanto al desarrollo o no de la lactancia como se puede apreciar en los siguientes registros de las observaciones;

“Es buena leche, ¡Pa, Más de un kilo en menos de un mes!” (P3F).

“Engordó 1kg 600g. Ya te digo que producción de leche ¡espectacular! No cabe duda que se está alimentando, creció de todos lados” (P3F).

“Está bien de peso, así que a seguir solo a teta” (P4).

“Ped: pecho, ¿cuántos minutos?, Mad: 10 minutos con cada pecho, Ped: ¡10! No ¡más! 20 - 30 minutos con cada pecho. Todavía no recuperó el peso del nacimiento. En una semana te vemos de vuelta a ver si el pecho anda” (P1).

A su vez, estos elementos (peso y talla) tienen influencia en el ingreso del complemento nutritivo en la rutina alimenticia del niño (Tabla 2; 1.c). El no aumento esperado de peso y medidas genera el ingreso de complemento.

“Ped: ¿Pecho solo?, Mad: Complemento, Ped: vas a tener que ir al pecho solo porque sino va a seguir seco madre (Niño de 13 días). Lo pesan... Ped: Me parece que no podemos dejar el complemento...le pones una cucharadita de aceite de maíz para movilizar. Está en el límite, no le sobra nada” (P1).

Sin embargo, en ocasiones algunos de los pediatras, a pesar de introducir el complemento en la dieta, señalan continuar preñando al bebé a pecho entendiendo al complemento nutritivo como eso mismo, como un complemento de la leche natural. En la mujer pediatra se observa con mayor frecuencia la insistencia de continuar el amamantamiento a pecho a pesar del ingreso de complemento (tabla 2; 1.e). Esto puede relacionarse a una determinante de género, que implica una mayor atención a la importancia de la LM para el vínculo temprano. Por otro lado la preocupación por el peso y la talla que lleva a la indicación de complemento puede asociarse al énfasis puesto en lo biológico y a lo planteado por Paricio (2004), que en la segunda mitad del siglo XX la prevalencia de la LM exclusiva era muy baja por la creciente sustitución indiscriminada de la lactancia natural por sucedáneos industriales.

4.3 Relación entre lactancia materna y vínculo temprano

En esta categoría se agruparon aquellas nociones y acciones expresadas por los participantes de la investigación que dan cuenta de una *relación entre la lactancia y VT*.

Categoría	Subcategoría 1	Subcategoría 1.2
3 RELACIÓN LM - VT	3.a LM y VT	3.a.1 LM promotora de VT
		3.a.2 VT promotor de la LM
		3.a.3 VT sin ingesta de leche materna
	3.b Dimensión temporal	3.b.1 Controles en el primer mes. Primeras horas
		3.b.2 Controles mensuales en el primer año
	3.c Padres	3.c.1 Presencia en las consultas
		3.c.2 Participación en el nacimiento
		3.c.3 Padres y LM

Desde UNICEF (2004, p.7) se considera “la instancia de amamantamiento como una invaluable oportunidad natural de expresar amor en el comienzo mismo de la vida, sentando las bases de una valiosísima relación de confianza y protección entre la madre y el niño”.

UNICEF (2005) destaca además que si la práctica de amamantamiento es realizada con placer y en un ambiente facilitador y tranquilo, se establece una base para un crecimiento y desarrollo infantil adecuado. Se trata de una instancia única y esencial que acerca a la madre y su hijo en un marco de contactos, caricias y miradas. En este sentido se fue a la búsqueda en los participantes de este estudio de sus ideas de la relación entre lactancia y VT.

En cuanto al análisis de esta relación a partir de los registros recabados en las entrevistas se destaca a la lactancia como instancia de promoción del VT (3.a.1). Surgen varias ideas

en relación a ello: la "lactancia es fundamental para el VT" (P1); "se está insistiendo con el pecho por todo, por el vínculo afectivo" (P2). A su vez se puede apreciar la reciprocidad de afectación entre el acto inherente a la lactancia y el desarrollo del VT, siendo este último el que "promueve mucho la lactancia porque eso es muy primitivo, el instinto" (P2) (3.a.2).

La relación entre el acto de amamantamiento como acto biológico y el desarrollo vincular-afectivo del niño con su referente ya es trabajado por el propio Freud (1914) en sus postulados sobre la doctrina de las pulsiones, donde realiza una separación originaria entre pulsiones sexuales y pulsiones yoicas, distinción que para el autor responde a la distinción común entre hambre (como instinto natural y biológico) y amor. Alaugnier (2007) trabaja el concepto de lo originario que posee como material exclusivo la *imagen de la cosa corporal* y da cuenta de esta primera etapa de interrelación entre cuerpo y psique. Para la autora el desarrollo del psiquismo toma como base en su origen al cuerpo biológico, siendo el punto de partida la primera experiencia de placer que es el encuentro entre boca y pecho.

En este sentido se vuelve a introducir el aspecto originario y biológico con respecto al vínculo reafirmando en la idea que "el problema de la lactancia viene después cuando el niño empieza a demandar, a veces la madre empieza a segregar menos, ahí se genera el problema, pero ahí el apego ya está dado, el vínculo ya está" (P2).

Esta percepción del vínculo está relacionada a los orígenes, a lo biológico, a lo instintivo y natural entre el niño y su madre.

Con respecto a la relación lactancia y VT son significativas las reflexiones extraídas por el equipo del Hospital Británico (Gómez, et. al., 2008) donde las prácticas en el alojamiento madre-hijo no ofician como protectoras de la lactancia materna. Esto permite pensar que el contacto entre el niño y su madre por sí mismo no determina y garantiza el desarrollo de la lactancia. A su vez, estas reflexiones logran separar lo natural y biológico de los aspectos socioculturales que inciden en la lactancia y el VT. Por tanto, más allá de los aspectos naturales referidos a la lactancia esta no siempre se desarrolla y la biología del ser tampoco garantiza la intersubjetividad entre madre e hijo.

Otra perspectiva con respecto al VT va más allá de la lactancia, separando el desarrollo vincular con el acto de amamantar, introduciendo el concepto de cuidados como elemento significativo (3.a.3)

A veces puede ser que la madre no tenga leche para darle y sin embargo no quiere decir que tenga mal vínculo con el niño.

A veces cuando vos les preguntas de la alimentación, cómo lo prepara. Vos ahí te das cuenta ese tipo de cuidados (P3F)

Estas ideas pueden relacionarse con lo que se entiende por cuidado sensible desde la teoría del apego. Los cuidados dan cuenta de las características desarrolladas por el adulto con respecto a las acciones de protección hacia el niño. Dichas acciones pueden desarrollarse no solo a partir del amamantamiento y únicamente por parte de la figura materna. En este sentido lo que se destaca tiene que ver con la protección del niño para su sobrevivencia propiciando una base segura como lo señala Bowlby (1958, citado Salinas-Quiroz, F. & Posada, G., 2015) considerando la base segura como uno de los aspectos centrales de la relación cuidador-niño. Desde esta perspectiva teórica la figura de apego es aquella persona que le da al niño una base de seguridad en situaciones de hambre, incomodidad o peligro.

Otra subcategoría identificada con respecto a lactancia y VT refiere a la *función y presencia paterna* (3.c). Si bien los participantes de la investigación durante las entrevistas expresan la importancia de los padres, la presencia de los mismos está en la función de apoyo a la lactancia, pero no se explicita la importancia de los mismos en relación al VT. Para los pediatras “el rol del padre es importante” (P1); “el apoyo paterno es fundamental para la lactancia” (Enf).

Esta imagen transmite una visión de la paternidad por fuera del vínculo que se genera entre la madre y el bebé. A su vez surgen algunas ideas vinculadas a la presencia o no del padre indicando que “cada vez se ve menos presencia paterna...porcentaje muy alto de los padres directamente no aparecen” (P1); “el que viene no te desmoraliza, se queda callado o te presta atención” (P4). (3.c.1)

Por otro lado la presencia paterna es visualizada en el momento del nacimiento y parto (3.c.2). A su vez es significativo y simbólico el rol paterno designado por la función de “cortar el cordón” (P3F). Esta expresión característica de nuestra cultura ubica al padre por fuera del vínculo instintivo que se produce entre madre-bebé interviniendo para generar la separación vincular. En el momento del parto se le otorga el lugar de cortar la parte del cuerpo que une biológicamente a la madre y el hijo; “En el nacimiento; ahí generalmente está el papá. En la recepción del recién nacido ellos también forman parte, yo siempre les pregunto si quieren cortar el cordón por ejemplo” (P3F).

Estas ideas aluden a una representación social de la paternidad, de una realidad social que está dentro y fuera del sujeto que lo enuncia (Moscovici, 1985; Ibañez, 2004).

Desde esta perspectiva de la psicología social las representaciones y la ideología son factores que inciden en la forma de pensar y actuar de las personas.

Por lo tanto la construcción social de la paternidad en relación a la lactancia y VT debe analizarse desde una mirada crítica de los mitos y las ideologías dominantes y gobernadoras que construyen determinadas formas de pensar y relacionarse entre los sujetos (Pichón-Rivière y Pampliega de Quiroga, 1985). Por un lado parecen ubicar al padre en el lugar de poder de ingreso a la díada madre-bebé como tercero que permite la separación y la discriminación como lo plantea la teoría psicoanalítica, desde el acto de corte del cordón de alto contenido simbólico en esta línea de interpretación. Pero por otro lado ubica al padre en un lugar por fuera del vínculo temprano y del apego, reflejo también de que la principal figura es la madre. Esto refuerza el predominio de ideas más arraigadas en los tradicionales conceptos y no en lo que aportan otras teorías más recientes.

Este lugar otorgado al padre, reflejo de nuestra cultura, de nuestras representaciones sociales, se visualiza también en las propias acciones observadas y registradas dentro de las consultas (2.c, tabla 2):

Se inicia la consulta, entra la madre y el padre queda afuera (queda la puerta abierta). Mad.: ¿El papá puede pasar?, Ped: si. El padre siempre estuvo parado sin hablar (P1).

Entran ambos padres a la consulta. La madre parada al lado de la pediatra y el padre mira un poco más de lejos (P3F).

Si bien la figura del padre no es alguien que obstaculice la lactancia, tampoco se plantea que es un recurso de apoyo. No se lo integra ni estimula en una participación más activa, no se le consulta ni se lo valora en este acompañamiento que podría ser una vía de apoyo a la lactancia materna y a un vínculo temprano de seguridad afectiva que lo incluye.

Cabe señalar que se repara más en la no presencia de padres en el servicio de salud. El lugar del padre en el imaginario social y la no presencia en las consultas genera una visión del mismo como parte de la dinámica familiar-laboral, pero no surge espontáneamente en los discursos de los indagados pensar la importancia de su presencia para la lactancia o el VT. Esto a su vez se relaciona con que la no presencia en el vínculo madre-hijo, la no presencia en el amamantamiento, la no presencia en las consultas producen un efecto que

explicaría en parte la dificultad de incluirlos en las dinámicas de las consultas cuando un padre se hace presente. En varias consultas donde está el padre, se observa esta dificultad, tanto dentro del consultorio como en los diálogos que se mantienen donde los pediatras se dirigen en modo singular hacia la figura femenina;

“Bueno contame (ambos padres en la consulta), ¿está tomando pecho?” (P3F);

“Acuérdense (ambos padres) ir viendo y pedir la eco de cadera...Seguí (a la madre) con pecho materno. De día máximo cada tres horas” (P3F);

“Lograste sacarle el pecho?” (Madre y padre en la consulta de niño de 2 años y un mes) (P3F).

Es interesante señalar que el uso del plural se da ante situaciones que están por fuera de la lactancia: “acuérdense que tienen las vacunas, les dejo paracetamol por las dudas para el dolor” (P3F).

Si bien los datos observados en las consultas refieren a la pediatra (P3F) como representante del género femenino, ella misma es la que hace el esfuerzo de incluir en las consultas a los padres que se quedan afuera. A pesar de esto se aprecia que cuando se está en el terreno de la lactancia se incursiona en un terreno femenino. Tal vez esta representación social genere en el resto de los pediatras la idea que el padre no entorpece la lactancia, no está, y si está no opina, no entra, permanece callado. Por tanto no se debe pensar, preguntar o hacer el esfuerzo de integrar a alguien que no está incluido en el propio pensamiento de los profesionales en relación a estas temáticas.

4.4 El Lugar de la mujer

En esta unidad de análisis se recogen las ideas planteadas en relación al lugar de la mujer en relación al VT y la LM. En el cuadro siguiente se trae lo codificado en relación a ello en la Tabla 1.

Cuadro 5. Tabla 1		
Categoría	Subcategoría 1	Subcategoría 1.2
4 EL LUGAR DE LA MUJER	4.a Femenización de la LM y el VT	4.a.1 Uso de adjetivo Materno
		4.a.2 Presión social
		4.a.3 LM, VT y Responsabilidad materna
		4.a.4 Cuestión de mujer
	4.b Experiencia de Maternidad	4.b.1 Con Experiencia de maternidad
		4.b.2 Sin experiencia de maternidad
	4.c Abuela Materna	4.c.1 Obstáculos
		4.c.2 Promoción
		4.c.3 Transmisión generacional
		4.c.4 Elementos observados en las consultas por los pediatras

Al indagar en las entrevistas sobre la figura paterna inmediatamente surge en todos los pediatras la figura de la *Abuela Materna* como figura de referencia importante en la maternidad de su hija (4.c). “Acá es la abuela, acá mucho padre no. Vienen más abuelas, tías o amigas; es como más de mujer acá en el hospital” (P3F).

Esta figura recurrente en los discursos de los entrevistados es visualizada desde la ambigüedad. Su presencia inmediata en las expresiones de los pediatras está marcada desde la negatividad; “la abuela tranca la lactancia” (P4). La abuela, madre de la madre y no del padre, es introducida espontáneamente como uno de los principales elementos

obstaculizadores de la lactancia (4.c.1). Sin embargo no se aprecian menciones concretas sobre la abuela como obstáculo en el vínculo madre-hijo.

“Voy a perder porque hay una abuela que me dice y a parte ya sé que le dieron otras cosas. Dale leche, dale cualquier cosa. Mi madre me dijo...certificado de defunción de la lactancia (P4).

En las observaciones se aprecia la misma representación sobre la abuela que genera en los pediatras ideas reproducidas en los encuentros y en sus comunicaciones.

“¡Qué abuela le puso eso en la cola!” (P2), señala de inmediato al desvestir al bebé el pediatra. Este elemento espontáneo en el médico refleja la idea que aquellos aspectos de transmisión de costumbres y creencias fuera de los conocimientos científicos es responsabilidad de la abuela como parte de la herencia y transmisión generacional (4.c.3).

Si uno investiga un poquito a esa madre que no quiere darle pecho o que dice no tengo leche o mi leche no sirve, la madre hizo exactamente lo mismo, la madre no dio pecho, no fomento el vínculo con el niño. La abuela es como una cosa que se repite. Son hábitos, es difícil romper el esquema (P1)

Pero se constata cierta ambigüedad sobre la figura de la abuela materna se vislumbra en los aspectos que los participantes destacan como positivos y promotores de la lactancia (4.c.2). En este sentido se menciona la transmisión generacional positiva; “la abuela que le dio pecho te va a fomentar” (P2).

Las estrategias de los pediatras ante la presencia de la abuela “es ir como ganando a esa abuela para que apoye a esa madre” (P3F).

La consideración de la abuela con respecto al VT no es expresado en forma directa y espontánea por los participantes, pero al indagar en las entrevistas sobre los elementos a observar en la consulta o cómo lo perciben en la misma, se incluye a la abuela como un indicador del VT (4.c.4):

“La madre se sienta y la abuela lo cambia. La abuela pregunta, la madre no pregunta” (P4);

“La madre se queda en un rincón y es la abuela la que lo cambia, la que le habla” (P2).

Estos datos recabados en las entrevistas dan cuenta de la inclusión de la abuela en el vínculo madre-hijo. Algunos de los participantes perciben esta situación como elementos obstaculizador y negativo. Otros lo explican como una respuesta de necesidad de la abuela

ante la ausencia de apego materno o ante la presencia de madres adolescentes donde la función materna, el cuidado en general, pasa a ser realizado por la abuela; “a veces es por un problema de apego y la abuela no tiene más remedio...” (P2).

Frente a estas ideas en el discurso de los participantes sobre los efectos negativos de la figura de la abuela materna, durante las observaciones realizadas se esperaría algún nivel de intervención de los pediatras. Sin embargo lo que se percibe es la dificultad para modificar o indagar sobre las situaciones donde la abuela se presenta invadiendo el rol materno frente a la propia madre.

La pediatra dialoga con la abuela. La enfermera habla con la madre casi en silencio (P3F);

La abuela a la madre; ¡te dije que pasaba los cuatro kilos! El pediatra le habla a la abuela (P4).

Estos elementos dan cuenta del lugar de peso de las abuelas en determinadas circunstancias que pueden obstaculizar el vínculo de la madre con su hijo o el pleno desarrollo del rol materno. El apoyo se convierte en obstáculo, pero los profesionales no logran resolver, indagar o realizar intervenciones que busquen generar cambios.

Estos aspectos también pueden ser relacionados con la investigación efectuada por Schwarz (2009) donde se concluye que son las madres y otras mujeres vinculadas a las embarazadas las encargadas de la enseñanza sobre la lactancia. En concordancia con estos elementos, en el estudio realizado Akar (2015) las mujeres madres expresaban recibir sugerencias relativas a las prácticas de cuidado hacia sus hijos de parte de referentes provenientes del género femenino.

Por tanto, pensar en el rol materno, el lugar percibido de la abuela materna y el no lugar del padre, se puede vincular con la permanencia sociocultural de la *feminización* de los primeros cuidados del recién nacido, de la crianza del mismo y por tanto de la lactancia y VT (4.a).

Los adjetivos naturalizados socialmente con respecto a la lactancia y VT (4.a.1) dan cuenta de las representaciones sociales sobre el rol de la mujer – y de la mujer madre - con respecto a estas prácticas. Esto también se ve reflejado cuando se denomina a la leche natural del cuerpo como “leche materna” (P1, P4).

Esta denominación a la leche con el adjetivo de materno tiene su relación con el proceso histórico y cultural que, apoyado en la biología, genera que la leche humana que se produce en el cuerpo de la mujer determine a la misma para constituirse como madre. Tener la

posibilidad biológica de producir la leche para alimentar al nuevo ser determina a la mujer en su rol de madre. En este aspecto inherente a la mujer con respecto a la leche natural se suma el VT. Un pediatra, entre sus discursos, usa el adjetivo materno para caracterizar el apego como “Apego materno: seguimos la tradición; la madre, la abuela” (P1). El apego materno tiene relación con las consideraciones anteriores, donde el adjetivo nos habla que la madre es la partícipe en el apego, o más bien pareciera que es la responsable de que el mismo se lleve a cabo (4.a.3).

En estas ideas predomina considerar a la lactancia y el VT como cuestión inherente a las mujeres (4.a.4) y se relaciona a la construcción socio-cultural de lo materno.

En este sentido, “la construcción de la maternidad da cuenta que el imaginario social sobre la misma está configurado por representaciones que identifican la maternidad con la feminidad, predominando representaciones culturales del amor materno como hecho instintivo de toda mujer” (Saletti, 2008, p.170).

En esta misma línea se indica que “los discursos científicos han colaborado en construir el instinto maternal, el amor espontáneo que surge en toda mujer hacia sus hijos, en una obligación de las mujeres de ser ante todo madres” (Badinter, 1980, citado en Saletti, 2008, pp.170-171).

Las representaciones dominantes sobre la maternidad son “construcciones políticas y sociales en base a ideologías de género. Las mismas imponen imágenes, creencias e ideas sobre lo que significa ser mujer, siendo uno de los principales enunciados la equivalencia de que toda mujer es una madre” (Saletti, 2008, p.177).

Dentro de esta feminización de la lactancia y el VT, una de las subcategoría identificada refiere a la *responsabilidad* adjudicada a la mujer desde su rol materno en cuanto a la lactancia y al VT (4.a.3). En este aspecto todos los pediatras en mayor o menor medida están atravesados por estas representaciones sociales y esto queda evidenciado en sus formas de concebir la responsabilidad materna

“...rol materno; el niño depende exclusivamente de ella, no es algo que pueda delegar Contacto más importante que la madre tiene en forma permanente y en horario permanente. Que se dé cuenta que el niño depende exclusivamente de la madre. La madre es imprescindible empezando por la alimentación hasta el apego Nosotros siempre intentamos abrirle la cabeza a la madre. Que la madre introduzca la LM como única opción. La falta de apego; ver si es un problema exclusivo de la madre” (P1)

En relación a estos aspectos, se considera que hay que explicarle a la madre “que es un aprendizaje del recién nacido y de ella... y que cuando un niño llora de hambre difícilmente una madre soporta eso” (P2); “ver qué actitud tiene la madre, estimularle que ella va a poder” (P4); “es fisiológico y natural; la alimentación del bebé depende de la leche y de la teta de ella. La disponibilidad, o sea que vos siempre la tenés, la leche la va a tener siempre puesta” (P3F).

Es de destacar que el énfasis en este aspecto lo plantea el pediatra que es generacionalmente, tanto en edad como en formación en medicina, mayor al resto, apreciándose más contenidos en sus discursos con respecto a la responsabilidad materna. Este aspecto también se observa en la auxiliar de enfermería, que en una de sus intervenciones durante una consulta le expresa a una madre: “nena lavallo bien” (Enf).

Relacionado con la responsabilidad materna se encuentra la subcategoría referida a los registros en las entrevistas que dan cuenta de la *presión social* que recae sobre la madre-mujer (4.a.2).

En este sentido hay dos lecturas a realizar. Una referida a la percepción de los pediatras sobre las presiones provenientes desde las instituciones sociales;

“La imagen de la mamá sonriente prendido a una teta y vos te miras al espejo y no sos nada parecida” (P3F);

“La presión de la lactancia también influye a ella. Se siente presionada que tiene que prenderlo” (P2).

En tanto otra lectura de la presión remite a la transmisión desde la propia pediatría, en cuanto a que “normalmente todas las madres están preparadas para dar leche” (P2).

Estos elementos se pueden apreciar también en las observaciones, cuando en presencia de ambos padres en la consulta, los pediatras se dirigen en singular hacia la madre.

Queda clara la visión feminizada de la lactancia y el VT por parte de los profesionales, sean estos médicos hombres o mujeres. Sin embargo, la pediatra mujer entrevistada es la que presenta una visión un tanto más crítica sobre la temática y en relación a los condicionamientos sociales y culturales hacia la mujer.

Sin dramatizar tratar de hacerlo lo más natural posible porque no es fácil ser una madre, es precioso, es un acto de amor todo lo que vos quieras pero no deja de ser una cosa complicada digo sobre todo si es la primera vez que lo haces, saber si lo estás haciendo bien...o te quedas con la imagen de la mamá sonriente prendido a una teta y vos te miras al espejo y no sos nada parecida a la mamá que vos ves y explicarle que eso es normal, que

eso está bien y que eso es lo que tiene que pasar, por eso te digo como desdramatizarle la situación (P3F).

Estas ideas aún están lejos de lo que son los recientes desarrollos teóricos que buscan formas diferentes de pensar y actuar con respecto a la feminización de los vínculos primarios, los cuidados y el proceso de lactancia. Por un lado se plantea encontrar nuevas maneras de denominar funciones correspondientes a los adultos que se encargan de los cuidados de los niños para el desarrollo seguro de estos. En este sentido el concepto de arreglos parentales utilizado por Oscar Laguna (citado en Salinas-Quiroz & Costa, 2017) permite desligarse de las representaciones simbólicas asociadas a la maternidad y, por relación directa, a la lactancia y el VT.

pensar en arreglos parentales nos permite reconocer nuevos elementos, prácticas y relaciones que se establecen entre padres e hijos más allá de las prácticas históricas y de las imposiciones vinculadas a la construcción social de género. Asimismo, el término de parentalidad, a diferencia que los de paternidad y maternidad, trata de un concepto que desgeneriza las prácticas de crianza y cuidado de las niñas y los niños. Los conceptos de maternidad y paternidad cargan consigo actividades socialmente divididas de acuerdo con el sexo femenino y masculino, lo que regula el comportamiento de madres y padres (Salinas-Quiroz y Costa, 2017, pp. 1-2)

La parentalidad genera una apertura para pensar los vínculos de cuidado necesarios para el desarrollo de los niños saliendo de la dualidad y organicidad de lo femenino o lo masculino. Coincidiendo con lo que expresan Salinas-Quiroz y Posada (2015), una figura en el vínculo de cuidado es aquella persona que brinde una base de seguridad al niño o la niña independiente si es mujer, hombre, si tiene o no teta, si puede o no llevar a cabo la lactancia.

A partir de los registros en las entrevistas surgen datos que permiten dentro de la dimensión conceptual del lugar de la mujer, una categoría vinculada a la experiencia en relación a la maternidad (4.b). En la misma se infieren dos subcategorías. Por una parte estarían aquellas madres que ya tienen experiencia de ser madres (4.b.1), “que ya son madres y amamantaron, vienen con el tema armado, resuelto, y tienen dudas puntuales” (P3M).

Por otra parte se encuentran aquellas madres primerizas en su experiencia de maternidad (4.b.2), caracterizándose por la presencia de inseguridad general en cuanto al cumplimiento de la maternidad. Esta división se realiza básicamente a partir de los contenidos aportados por la pediatra mujer (P3F) lo que indicaría una diferencia de posicionamiento para comprender y actuar con respecto a la maternidad. En este caso se puede interpretar que el género femenino representante de la pediatría empatiza, visualiza y atiende a las diversas

condicionantes que intervienen en el desarrollo de la maternidad. La misma tiene en consideración si es una experiencia nueva y desconocida o si la mujer ya ha transitado por la misma. Esto tiene relación con la investigación realizada en Argentina por Schwarz (2009) donde se hallan diferencias entre médicos y médicas, teniendo las mujeres médicas mayor tendencia a comprometerse con la situación y percibiendo en las mismas mayor respeto por las diferentes formas de llevar a cabo la lactancia.

En cambio se puede interpretar que los representantes del género masculino perciben al rol materno como algo característico de la mujer, por lo que la diferenciación según la experiencia no emerge espontáneamente en el pensamiento de los mismos.

4.5 Funciones del pediatra

Otra dimensión conceptual definida a partir de los datos reúne a todas las ideas que surgen vinculadas a las propias funciones y rol de los pediatras.

Cuadro 6. Tabla 1		
Categoría	Subcategoría 1	Subcategoría 1.2
5 FUNCIONES DEL PEDIATRA	5.a Rol Pediátrico	5.a.1 Características generales del rol
		5.a.2 LM y VT
	5.b Pediatría y Género	5.b.1 Visión desde la pediatra mujer
		5.b.2 Visión desde un pediatra hombre

A partir de los datos recogidos se desarrollan las siguientes dos subcategorías; *El rol pediátrico* (5.a) y la *relación entre pediatría y género* (5.b).

Con respecto a la primera subcategoría la misma se expresa sobre el propio rol del pediatra desde el *deber ser* para pensar la práctica clínica. Para la pediatra “la imagen del pediatra ha caído” (P3F) y por ende desde esta interpretación, ello supone caída de saber y poder, por tanto de confianza en el saber del profesional. Pero por otro lado implica el reconocer que el poder debe estar en los padres y, el médico debería oficiar como guía que acompaña y orienta pero estando en los sujetos la toma de decisiones que crean más adecuadas. Esto requiere cambiar la cultura paternalista adquirida en la profesión (P3F);

“El pediatra tiene que ser una guía. Estoy ahí para sacar dudas, para apoyar. Ver si todo marcha bien. No mando. El poder lo tienen los padres. El padre tiene que recibir la información de lo que él necesite” (P3F).

En relación a estos aspectos, la investigación desarrollada por Akar (2015, p. 122) destaca que “las recomendaciones del pediatra quedan en la órbita del deber ser sin que sea tomado por las madres como parte de los cuidados en el desarrollo del niño” generando dificultades para incorporar las orientaciones del médico.

Estos elementos mencionados requiere contemplar que en el trabajo asistencial aparecen muchas veces dificultades en la relación entre nuevos padres, sus familias y el personal técnico, produciéndose momentos de pugna por el saber (Defey, 1995).

El técnico, que es la persona en la cual se ha depositado confianza, debería explicar detalladamente los aspectos inherentes al proceso de salud brindándole información útil y precisa, pero tratando de encontrar la forma de no interferir con el comportamiento natural de la familia (Winnicott, 1991).

Se mencionan elementos disparadores que permiten reflexionar sobre la función de los pediatras. En este sentido en la clínica hay familias muy dependientes del pediatra y eso puede llevar a que el pediatra quede en un lugar de omnipotencia. Por otro lado surge la idea de que “no todos los pediatras son para todos los padres. (...) Que vos tengas respeto por tu pediatra, no quiere decir que vos tengas miedo” (P3M).

Estos datos recogidos reflejan que aún las características del sistema de atención de la salud en Uruguay, como se menciona en la Ley N° 18.211 que crea el sistema nacional integrado de salud (SNIS) (Uruguay, 2007), se basan en el modelo asistencialista y curativo centrado en la figura del médico, construido sobre la base de un paradigma individual-reduccionista. La figura del técnico adquiere un saber-poder y un dominio social, cultural, político y económico que genera determinadas formas de pensar y actuar con respecto a la salud de la población.

No obstante ello, específicamente en relación al rol pediátrico con respecto a lactancia y VT (5.a.2), todos los participantes del estudio coinciden en que la función tiene que ver con *apoyar, explicar, informar y enseñar*. Esto define el rol desde el nuevo paradigma que se intenta impulsar con el SNIS. Pero sin embargo cuando se habla de enseñar; “enseñarle la técnica de ordeño” (P2), se marca una relación de saber- poder. Informar sobre los

resultados de investigaciones que promueven determinadas técnicas de ordeño a la familia produce un vínculo de saber-poder diferente a asumir todo el saber y por ende todo el poder para enseñarle al otro lo que no sabe y debe hacer.

En este sentido, el enunciado tiene mayor impacto cuando proviene de una fuente percibida por el sujeto como superior en conocimientos, en instrucción e inteligencia. El efecto de dicho enunciado depende de la incertidumbre del receptor acerca del problema planteado. Además, la confianza y credibilidad en la fuente depende que los receptores de los mensajes piensen y crean que el otro conoce la verdad (De Montmollin, 1985).

En cuanto a los pediatras y la incidencia de su género en el quehacer profesional (5.b), se registraron dos fuentes de información en las entrevistas realizadas. Por un lado la visión de la pediatra mujer (5.b.1) y por el otro la perspectiva de uno de los pediatras hombre (5.b.2). Para la mujer (P3F) la perspectiva y accionar de los pediatras están influenciados tanto por la maternidad como por la paternidad. Marca diferencias para pensar y actuar antes situaciones que al haberlas pasado o estar en el mismo proceso se piensan y resuelven de diferentes formas en comparación con aquellos médicos que no tienen experiencia de paternidad.

La diferencia entre géneros en los pediatras se ubica en algunas características de cada género; "las mujeres siempre son más detallistas y tienen como una posición más maternalista. (...) los hombres generalmente son más simples (P3M).

Queda clara la diferencia entre géneros y su incidencia en la práctica pediátrica:

"Que una pediatra mujer y, que a su vez sea madre implica que tiene una sensibilidad mayor. A igual calidad profesional una pediatra mujer va a ser más completa. Hay pediatras que no han sido madre y bueno, ahí podemos hablar en igual de condiciones. Hay muchas sensaciones que siendo pediatra varón no las voy a poder comprender jamás (P4).

En este sentido son relevantes las consideraciones de Judith Butler sobre la performatividad para pensar la construcción de género en los discursos señalados. La perspectiva de Butler implica pensar la existencia de la identidad atribuida al género a través de un conjunto de actos de género. Los diferentes actos crean la idea y pensamiento de género (Butler 1988, citada en Gros, 2016).

Las ideas de los pediatras sobre el género de los profesionales y su efecto en la clínica se visualizan en sus formas diferenciales de llevar a cabo la práctica profesional.

4.6 Estrategias Pediátricas

En esta dimensión conceptual se incluyeron aquellos registros que nos permiten conocer cómo actúan los participantes en las consultas con respecto a la lactancia, a los riesgos de abandono de la misma y a la inclusión de complemento nutritivo y la leche de vaca en la dieta nutritiva de los niños.

Además se incluyen aquellas estrategias clínicas que dan cuenta de la forma de pensar y actuar en las consulta, pero sobre todo también en los primeros controles del recién nacido.

Categoría	Subcategoría 1	Subcategoría 1.2
6. ESTRATEGIAS PEDIÁTRICAS	6.a. Estrategias en la consulta	6.a.1 Observaciones / Análisis
		6.a.2 Indagaciones
		6.a.3 Acciones / Indicaciones
	6.b. Primer control	6.b.1 Primeras indagaciones
		6.b.2 Primeras acciones para incentivar
	6.c. Complemento Nutritivo	6.c.1 Peso y Complemento
		6.c.2 Riesgos
		6.c.3 LM y Complemento
	6.d. Leche de vaca	
	6.e. Riesgo de abandono de la LM	6.e.1 Preconceptos
		6.e.2 Presiones / Contexto

La subcategoría *estrategias en la consulta* (6.a) está compuesta por la observación / análisis referidas por los propios participantes; Indagaciones; Acciones/ Indicaciones.

En cuanto a la primera (6.a.1) se destacan en los registros de las entrevistas la observación directa de la técnica de amamantamiento para conocer y corregir en caso que sea necesario. Además se menciona la posibilidad de saber escuchar y también apreciar “si la madre está puesta en la lactancia” (P2).

En las observaciones participantes no se pudo apreciar una situación donde la madre necesitara amamantar en la consulta por lo que no se puede constatar lo expresado en las entrevistas.

Relacionado a las indagaciones (6.a.2) sobre lactancia, se busca conocer la situación de la familia y su entorno, el apoyo que recibe la madre. A partir de estas indagaciones se llevan a cabo las acciones y/o indicaciones. Como acciones (6.a.3) se realizan explicaciones, aclaraciones y “se presenta la temática de la lactancia siempre” (P1). A su vez en caso que “si se observa que no hay apego, que no tiene buen manejo derivarlo para apoyo a la lactancia” (P2). Como estrategia también “se lo cita en vez a la semana a los tres días o mandas a la enfermera del plan aduana” (P2). Otras acciones particulares refieren a incentivos (6.b.2): “si aumento bien; bueno vamo arriba que viene bárbaro, que está precioso el niño este” (P4).

Su hijo está creciendo sano eso es por la dedicación...Felicitar a la madre; pa te felicito está todo muy bien, la verdad que se ve que le dedicas mucho tiempo. No es nada fácil ser madre, no es nada fácil amamantar y a veces debes sentir que postergas cosas (P4)

El mismo pediatra presenta como estrategia informar sobre los beneficios de la lactancia y “cuando el niño viene todo bien, decirle que está haciendo las cosas bien” (P4).

En el primer control (6.b.1) “una de las primeras preguntas es si lo está prendiendo a pecho” (P2). Esta indagación se corresponde con los registrados obtenidos en las observaciones en aquellos controles de bebés recién nacidos y hasta antes de los 5-6 meses. En el primer control también se destaca la indagación inmediata sobre el control de vacunas.

Otro aspecto que se visualiza en los datos de las entrevistas como de las observaciones es la indagación primaria sobre el embarazo, el parto y las primeras horas de vida del niño.

Uno de los elementos que se destaca por parte de la pediatra (P3F) es indagar sobre la bajada de leche y desdramatizar en caso que aún no sea lo esperado por la madre.

Con respecto a los *riesgos de abandono de la lactancia* (6.e) los pediatras explican los mismos tomando frases de las propias madres que reflejan que sus ideas incorporadas cultural y generacionalmente inciden en el desarrollo de la lactancia (6.e.1):

“La madre empieza con que no tengo mucha leche, la leche no me cae bien, mi leche no es muy buena” (P1); “Porque mi madre tal cosa, la abuela” (P3F); “Está todo el día con hambre, porque todo el día llora, porque me parece que no tengo leche” (P4).

Los preconceptos adquiridos y afianzados en los pensamientos de las propias mujeres-madres que se visualizan a partir de sus discursos reflejan sus propias acciones con respecto a la lactancia y VT tomando como referencia teórica la performatividad del

lenguaje, al discurso como acto en sí mismo (Austín, 1971; Boutet, 2008; Eira, 2010; Gros, 2016).

Los riesgos percibidos por los pediatras se ubican en los discursos de las propias madres. Los mismos contienen ideas-verdades construidas social y culturalmente que tienen sus efectos concretos en la práctica de la lactancia. Cuando los profesionales de la salud cuando se enfrentan a concepciones y prácticas de las personas que pueden obstaculizar el desarrollo que se cree saludable para las mismas, podrían pensar estrategias que apunten a la deconstrucción de lo adquirido como verdad para generar modificaciones en el proceso salud-enfermedad. Deconstruir necesita tiempo, paciencia y sobre todo habilidades interpersonales que no se basen principalmente en la orden y el deber hacer hacia el usuario de salud. Para cambiar se necesita generar vínculos de confianza en el propio saber profesional que permitan la incorporación de los aportes sugeridos desde las ciencias de la salud al saber popular.

Otro elemento es el contexto en el cual viven (6.e.2), “según el medio no puedes esperar a que la madre decida darle pecho o no. A veces ya salen de acá con las fórmulas para evitar la desnutrición temprana” (Enf). En estas ideas subyace la existencia de dificultades en la alimentación en entornos con bajos recursos socioeconómicos. La pobreza aparece como indicador de posible ausencia de la lactancia.

En cuanto a la incorporación de la leche de vaca (6.d) se expresa que las madres comienzan dándole leche sin consultar (Enf). A su vez se mencionan los elementos negativos de dicho consumo tanto en lo biológico como en lo conductual; “Mucha leche produce anemia, sangrado intestinales, materias con sangre. Además, después de los seis meses, se entretienen con una mamadera y no les da ningún alimento” (Enf). En estas apreciaciones se vuelve a percibir la visión biologicista marcada en los aspectos referidos al cuerpo y la alimentación. El juego, el entretenimiento, la posibilidad de generar intercambio placentero entre el cuidador y el niño es considerado como obstáculo para el normal desarrollo de la alimentación y por tanto del desarrollo esperado evaluado a partir de los indicadores de peso y talla.

En relación a la alimentación, se constata una relación directa entre el no aumento del peso esperable en el niño con la incorporación del complemento nutritivo (6.c.1). Tanto en las entrevistas como en las observaciones esta estrategia pediátrica es inmediata ante la ausencia de aumento de peso. Sin embargo, se introduce una visión diferente de la inclusión inmediata del complemento y de su efecto en el desarrollo de la lactancia; “el primer control no aumentó, pum complemento y ahí ya marchaste, ahí perdiste” (P4). Esta ambigüedad presente respecto a la incorporación inmediata del complemento reflejada entre lo que se

expresa en las entrevistas y lo que se observa en las consultas, puede tener relación nuevamente con el deber ser y hacer y las propias acciones concretas y reales llevadas a cabo. A su vez es posible relacionar en este punto con las dimensiones de paciencia y tiempo en la atención pediátrica como características de las condiciones asistenciales (8.b.1; 8.b.2., Tabla 1). Para indagar sobre los diversos elementos que pueden incidir en el no aumento de peso y la búsqueda de estrategias, se necesita tiempo de observación, indagación, análisis y ejecución de acciones de acuerdo a cada caso particular.

Se plantean los riesgos con respecto al uso de complemento (6.c.2) que refieren a posibles dificultades económicas y de lejanías con el centro de salud para conseguir el complemento, además de los relacionados a la higiene. Ante estas dificultades socioeconómicas se introduce el consumo temprano de leche de vaca u otros alimentos no corroborados por los pediatras.

El complemento en ocasiones se incluye como un elemento para complementar la lactancia (6.c.3) conviviendo con la misma y apuntando al aumento de peso, mientras que en otras circunstancias puede suplantarla temporalmente o definitivamente;

“Si no se logra la lactancia ahí tenés que recurrir al complemento. Siempre es el último recurso. Sacarles la presión; no te preocupes se va a criar igual vamos a darle complemento, no le hace mal” (P2);

“Decirle que esa leche tampoco es tan mala pero que a medida que su volumen de leche vaya aumentando el bebé no la va a necesitar. Muchas veces, a ellas les alivia” (P3F).

El uso del complemento tiene dos grandes consideraciones apreciadas a partir de las observaciones; un complejo nutritivo que si incorpora para complementar la lactancia y; por otra parte un componente nutritivo artificial que se incorpora como eje central en la dieta del niño quedando el consumo de leche natural como complemento de lo anterior.

4.7 Madre adolescente

Los discursos de los pediatras en las entrevistas sobre las madres jóvenes generan inmediatamente la preocupación específica por las *madres adolescentes*, lo que da lugar a una categoría emergente. Se denomina categoría emergente a aquellas que reúnen ideas que no fueron contempladas en el desarrollo previo del marco teórico del tema al momento de elaborar el proyecto. Las reiteradas referencias a las madres adolescentes que surgen

espontáneamente en los pediatras y significativamente en los pediatras hombres lleven a definirla como tal.

Cuadro 8. Tabla 1		
Categoría	Subcategoría 1	Subcategoría 1.2
7. MADRE ADOLESCENTE	7.a Adolescencia y Maternidad	7.a.1 Adolescencia y rol materno
		7.a.2 Adolescencia, LM y VT
	7.b Referentes	7.b.1 Abuelas
		7.b.2 Padres
		7.b.3 Pediatras

Para los pediatras hombres el embarazo adolescente y el posterior desarrollo de la maternidad genera preocupación. En este sentido los mismos expresan que el pediatra debe insistir más con respecto al desarrollo de la LM por los altos porcentajes de abandono. Además destacan que la presencia de padres es aún menor que en aquellas madres en etapa de adultez y los profesionales asocian embarazo adolescente (7.a) con hijos no deseados y no planificados.

El capítulo central en esta categoría refiere a la concepción de los pediatras sobre el rol materno en las adolescentes (7.a.1), o como expresan los mismos; *la ausencia del rol materno*:

“Madre muy joven que no tiene formado totalmente el rol materno. Todavía permanece con actividades propias de una adolescente. Piensan como niñas no piensan como una madre” (P1);

“La vez ya con un hijo y decís ya es mujer, es una madre. Si la vez arriba de un ómnibus bailando con otras decís bueno es una adolescente. Una de 17 es una niña y una de 27 es una mujer” (P4).

Estos elementos dan cuenta de algunas determinaciones respecto a lo que se espera social y culturalmente de las mujeres cuando tienen un hijo. Con el inicio de la maternidad se esperan determinadas conductas y comportamientos psicosociales de la mujer que la diferencien de las que no son madres. La preocupación de los pediatras refiere a que una

adolescente continúe teniendo comportamientos como las mujeres de su franja etaria y eso no coincide con lo esperado respecto al cuidado del hijo, o sea de llevar a cabo el rol materno con conductas que reflejen responsabilidad y maduración. Por este motivo es que emerge la figura adulta de la *abuela materna* para el cumplimiento del rol materno que la adolescente no logra realizar (7.b.1). Pero al mismo tiempo, la abuela que ocupa la responsabilidad materna es percibida como obstáculo para el desarrollo de la propia maternidad de la mujer joven. En otra de las apreciaciones referidas a las abuelas maternas se percibe a la misma como una figura a la cual la madre adolescente escucha más que al pediatra, emergiendo esta abuela desde un lugar del saber-poder que obtura al saber científico.

La preocupación en cuanto a la madre adolescente se instala como emergente en los pediatras hombres lo cual no quiere decir que no lo sea para la profesional mujer. En los hombres es relevante cómo surge la temática como preocupación en forma espontánea y sin necesidad de preguntas de parte del investigador. Tal vez esta diferencia entre los géneros radique en la propia concepción de base sobre la maternidad, sobre lo que implica y se requiere para ser madre, para realizar adecuadamente el rol materno. Por eso es que la preocupación se instala directamente referida a los comportamientos de las adolescentes mujeres y la capacidad y posibilidad de poder y saber cumplir con la función. A su vez es significativo que la referencia a madres adolescentes excluya aún más de los discursos a las figuras paternas, por lo cual la responsabilidad recae aún más en la soledad de la adolescente para realizar su rol. Dada la feminización de los cuidados y responsabilidades inherentes a los niños, la ausencia paterna y la inmadurez adolescente, es necesaria la presencia de la mujer adulta en la figura de la abuela-madre.

4.8 Condiciones asistenciales

La denominación de *condiciones asistenciales* reviste a otra categoría emergente que se fue produciendo ya desde los primeros contactos con el servicio de salud. La misma remite a las características propias del servicio que generan determinadas costumbres y condiciones en la atención, además de aquellos elementos que tienen que ver con las características propias de los profesionales.

Cuadro 9. Tabla 1		
Categoría	Subcategoría 1	Subcategoría 1.2
8. CONDICIONES ASISTENCIALES	8.a. Dependiente del Servicio / Cultura organizacional	8.a.1 Facilitadores
		8.a.2 Obstáculos
	8.b Dependiente de los técnicos	8.b.1 Paciencia
		8.b.2 Tiempo

En esta categoría el análisis muestra una clara ambigüedad entre lo expresado en las entrevistas, sobre lo ideal o el deber ser y hacer, con lo que se fue observando durante la investigación.

Cuadro 10. Tabla 2				
Categoría	Subcategoría 1.1	Subcategoría 1.2		
1. CONDICIONES ASISTENCIALES	3.a Dependiente de los técnicos			
	3.b Dependiente del servicio y la cultura organizacional			
	3.c Temporalidades	Atención acelerada		
		Dedicación para informar y explicar		
	3.d Formas de dirigirse a las familias	3.d.1 Hacia la familia		
		3.d.2 Hacia los adultos	3.d.2.1 Uso del singular (Madre)	
			3.d.2.2 Uso del plural (ambos padres)	
		3.d.3 Hacia los niños		
	3.e Primeras indagaciones en las consultas			
	3.f Sistema de Salud Abordaje obligatorio			

En las entrevistas los pediatras expresan en general que en el servicio están dadas las condiciones para poder trabajar adecuadamente las temáticas referidas a la investigación (8.a).

Sin embargo ya en varias de las entrevistas se dieron varias interrupciones. Para los profesionales en general estas interrupciones, al igual de las producidas durante las observaciones en el desarrollo de las consultas, no generaban incomodidad o molestia, pudiendo indicar que estas reacciones revisten a la naturalización de la dinámica del centro de salud.

En cuanto a lo que depende de los propios profesionales (8.b) se transmite una imagen ideal de la atención que no logra corresponderse con lo observado en la cotidianeidad de las consultas. Para los pediatras trabajar la temática de la lactancia depende más que nada de la voluntad del médico y de su moral, ya que “son cosas que no requieren de grande tecnología, ni recursos raros sino simplemente dedicarle unos minutos” (P2).

Esta percepción incluye un aspecto significativo que es el *tiempo* (8.b.2). En relación a este punto de análisis manifiesta:

Tener paciencia de estar igual media hora con una persona, de tomarte tu tiempo y explicarle y tratar de convencerla. Te insume minutos, vale la pena por el beneficio que vas a tener en la salud del niño. Tomarse el tiempo necesario para darle a la madre confianza y certeza. Uno puede influenciar durante una consulta diez quince minutos... Abordar la temática... depende de la moral del pediatra en tomarse su tiempo (P4).

Estas ideas presentes en el discurso de tiempo y moral no siempre se constata en las observaciones. En este punto hay diferencias entre pediatras desde tres modalidades identificadas:

- Se trata de realizar la consulta en un tiempo acotado pero sin percibirse la necesidad de acelerar la atención (P1).
- Se generan situaciones donde el tiempo pasa a ser clave. En principio se dan llegadas sumamente tardías a los horarios de consulta y sus temporalidades aceleradas por cumplir con otros servicios de salud se evidencian en sus movimientos corporales, en la aceleración de la atención de cada familia, al punto de atender simultáneamente a dos familias con diferentes situaciones de vida (P2-P4) (Código 3.c.1, tabla 2 y tabla 1.b en anexo).

- Tiempo es acorde a las necesidades planteadas por las familias siendo las consultas de mayor prolongación en el tiempo. No se aprecia aceleración de parte de la pediatra y se observan explicaciones claras y concretas hacia la familia (P3F).

Estos elementos tienen relación con el estudio realizado por Schwarz (2009) quien analizó las percepciones y prácticas acerca de la maternidad en ginecólogas, obstetras y mujeres jóvenes. En esa investigación se expresa que el personal médico recomienda la lactancia pero sin brindar explicaciones de cómo se desarrolla el proceso ni de las técnicas para dicho fin.

En la investigación realizada por Akar (2015) se concluye que algunas de las recomendaciones realizadas desde la consulta de pediatría no son tomadas en cuenta por las madres, primando en ese sentido la propia reflexión de las mujeres sobre los aspectos que refieren a las prácticas de cuidado de los hijos. En algunos casos, supone una adaptación y reajuste de las prácticas de crianza a las situaciones de la vida cotidiana de la familia.

Con respecto a los aspectos referidos a la dinámica en la atención (interrupciones, tiempos, convergencias de familias dentro de la consulta, entre otros) es donde se hace visible la auxiliar de enfermería como portadora de los aspectos inherentes a la cultura de la propia organización, entendiendo por cultura como plantean Goffe y Jones (2001) los valores, símbolos, comportamientos que generan una manera de pensar y hacer compartida. Estas formas de pensar y actuar son para los autores más sentidas y experimentadas que analizadas, operando en un registro más implícito que explícito.

Otros elementos que llaman la atención del investigador tiene que ver con el trato profesional y humano hacia los usuarios. En este sentido lo que más se da en todos los pediatras es no ofrecer asiento a las familias cuando en todas las consultas los pediatras comienza la misma sentados, los reciben sentados y siempre queda a disposición sillas libre sin uso. La lógica que se instala es la familia parada durante la mayor parte de las consultas.

Esto implica diversos posicionamientos y concepciones de los profesionales con respecto al rol en el proceso de atención de la salud de las personas. En este sentido se dan interrelaciones entre elementos personales de cada profesional, formación profesional de grado y posgrado y elementos organizacionales e institucionales que atraviesan y contextualizan la práctica clínica.

Con respecto al trato, a la forma de dirigirse (3.d), es notoria la diferencia marcada entre la pediatra mujer y el resto de los pediatras, sobre todo por la forma de dirigirse a los niños más pequeños. El uso de lenguaje más acorde a la edad de los niños se da en la pediatra mujer. Eso genera en las consultas un clima de distensión produciendo apertura dialógica entre la familia y el profesional (3.d.3, tabla 2; ver tabla 1.b.2 en anexo).

Capítulo 5: Consideraciones finales

5.1 Conclusiones

Las interrogantes y objetivos planteados en el origen de esta investigación oficiaron como guía en la construcción de un proceso de indagación y análisis de las concepciones y formas de atender, en un centro de salud particular, la lactancia y el VT.

De acuerdo a los datos recabados a partir de las técnicas cualitativas utilizadas se realizan las siguientes conclusiones:

- Las *concepciones y prácticas* dominantes respecto a la *lactancia* están determinadas por componentes biológicos.

El desarrollo de la lactancia natural tiene una relación determinante con el peso y la talla de los niños como aspectos característicos del crecimiento corporal esperado.

Estos elementos indicadores del desarrollo determinan el ingreso de complemento nutritivo en la dieta alimenticia del niño.

Los beneficios de la lactancia natural también están relacionados en primera instancia con elementos biológicos centrados en la composición de la leche humana y sus aportes para lograr la ausencia y prevención de enfermedades en los niños. A su vez se destacan otros beneficios de mayor alcance social como los sanitarios y económicos.

Estos elementos concuerdan con la metáfora utilizada en Carroscia, et al. (Agosto, 2016) sobre la lactancia considerada como la *vacuna natural* de bajo costo para la prevención de infecciones, enfermedades y hospitalizaciones.

- En relación a lo anterior, la *concepción predominante sobre VT* está íntimamente relacionada al concepto de *Apego*, hecho que puede explicarse por la perspectiva utilizada en los programas de formación de pediatría.

En este sentido, la percepción recabada en las entrevistas sobre apego es caracterizada como una actividad innata de la mujer generada en los primeros momentos de vida. El parto y las primeras horas de vida del niño son los momentos temporales que contienen los indicadores de ese apego destacado a partir de las miradas, el encuentro piel con piel de la madre y el bebé, caricias, besos, entre otros elementos.

Tanto los beneficios de la lactancia como las características relacionadas al vínculo denominado madre-hijo concuerdan con los postulados realizados desde UNICEF (2004, 2005).

La representación del Apego caracterizado en los primeros instantes de vida tiene su efecto concreto en las consultas clínicas donde no se percibe la presencia de indagaciones y observaciones de los profesionales respecto a indicadores del vínculo referido.

Esta concepción determina que sea el apego inicial el que constituya una base para que la lactancia se pueda desarrollar. Si se generó el apego se considera favorecedor para el desarrollo de la lactancia.

- En cuanto a la *relación entre lactancia y VT* pero estos aspectos no son los predominantes en las comunicaciones de los participantes. Además, el posible vínculo entre lactancia como instancia de promoción del VT no se logra percibir claramente en las observaciones realizadas.
- Las denominaciones de *lactancia materna* y *apego materno* dan cuenta de la percepción con respecto al lugar de la mujer. Tanto la lactancia como las primeras instancias vinculares y cuidados de los niños pequeños son asociados a la madre. Los profesionales contienen en sus discursos elementos propios de las representaciones sociales sobre la *responsabilidad materna*.
- Se constata una *feminización de la lactancia y el VT* siendo una cuestión inherente a las mujeres, incluyendo en este aspecto a las abuelas maternas. Estos elementos se visualizan tanto en los contenidos de los discursos como en las propias prácticas clínicas. El principal reflejo es la dificultad de incluir a la figura paterna en sus discursos y, ante la presencia de los padres en las consultas, se percibe dificultad de incluirlo tanto espacialmente en el consultorio como también en la propia comunicación dialógica.
- Los propios pediatras marcan la diferencia de *género* entre los profesionales y sus efectos en la práctica clínica. Desde estas consideraciones la mujer pediatra (y madre) es considerada con un plus para entender sobre lactancia y VT. Desde la percepción del investigador, se perciben diferencias entre los pediatras según el género. La forma de comunicación de la mujer pediatra, sobre todo en el

uso del lenguaje (tanto verbal como gestual), utilizada con los niños favorece la interacción con las familias.

- También se señala que el desarrollo de la lactancia está determinado por factores estimulantes y de apoyo del entorno de la madre. Además los pediatras destacan como favorecedor las experiencias positivas previas de la madre con respecto a la lactancia.

- Se conciben como *obstáculos* la transmisión generacional de ideas sobre lactancia y prácticas de cuidados. La figura ubicada como portadora de esta transmisión es la *abuela materna*. Esta última emerge como una figura ambigua siendo percibida como obstáculo cuando es portadora de las creencias populares que contradicen el discurso médico y, se transforma en un facilitador cuando aporta concepciones y prácticas coincidentes con la medicina.
Otros obstáculos considerados son la falta de apoyo a la madre-mujer, los horarios laborales de aquellas mujeres que trabajan y los esquemas aprendidos con ideas previas que no concuerdan con lo estipulado por la pediatría.

- La visión de los pediatras ante la presencia de la abuela materna percibida como obstaculizadora del rol materno es ambigua en cuanto a las estrategias realizadas en la clínica. Los profesionales son conscientes desde el discurso pero no logran realizar intervenciones para generar cambios con respecto al lugar de la abuela cuando es considerada un obstáculo para el desarrollo del rol materno de la madre.

- Los pediatras hombres manifiestan preocupación relacionada a la *madre adolescente*. Para estos la adolescente se caracteriza por la falta de rol materno siendo la abuela materna la encargada de llevarlo a cabo.

- El *padre* está ubicado desde la representación social como la figura encargada de cortar el cordón entre la madre y el hijo. No es una preocupación la ausencia de los mismos en las consultas y no es percibido como obstáculo del desarrollo de la lactancia. Al ser considerada la lactancia y el VT propias de actividades de la mujer, se naturaliza la no presencia de los hombres en el servicio, adjudicándoles roles inherentes a brindar apoyo a la madre pero desde un afuera del vínculo madre-hijo, madre-lactante.

- En los casos observados en las consultas clínicas donde la lactancia no se logra desarrollar, no se visualizan *estrategias* por parte de los profesionales que profundicen sobre los motivos. A su vez, en caso de incluir complemento nutricional para garantizar el aporte nutricional no se realizan indicaciones asociadas al desarrollo del VT. La tranquilidad del médico radica en garantizar los aportes nutricionales para el crecimiento esperado de los niños.
- Sin embargo en algunos fragmentos discursivos recabados en las entrevistas, los pediatras dan cuenta de poseer en sus pensamientos elementos característicos del VT. En sus discursos creen importante *observar* algunos *indicadores del VT* como la mirada y el trato que recibe el niño de parte de su madre en el curso de las consultas. En tanto, destacan observar en los niños señales características (llanto) en respuesta a la ausencia materna o presencia del desconocido. En este sentido el llanto del bebé ante la ausencia de la madre o el contacto con un desconocido es apreciado como señal positiva del vínculo.

Al igual que algunas de las conclusiones obtenidas en el estudio realizado por Fascioli (2006) los involucrados en la investigación en sus discursos adjudican importancia a este vínculo en el desarrollo del niño. Sin embargo en las observaciones participantes no se visualiza la indagación sobre el mismo lo que puede explicarse por no ser considerado una actividad característica de la pediatría.

- En relación a las características de la *atención sanitaria* desarrollada por los participantes, se coincide con algunas de las apreciaciones efectuadas en el estudio realizado por Schwarz (2009) en referencia al *tiempo* y el *trato* que se destina para indagar sobre el desarrollo de la lactancia y el VT. En este sentido se hace referencia tanto a los aspectos referidos a la técnica, a brindar informaciones relevantes, como también a la escucha de consideraciones de la mujer con respecto a su entorno y a sus propios deseos.

La consideración de la atención con respecto a la lactancia es ambigua dado que, desde el deber ser se considera necesaria la indagación sobre la misma dependiendo de la moral y el tiempo de los pediatras pero en la práctica se indaga poco. Las indagaciones refieren básicamente a saber si el niño se está alimentando con lactancia natural. La eficacia de esta alimentación se busca corroborar a través de los datos aportados por el peso corporal y la medida de longitud del niño.

- El tiempo dedicado a la atención se ve influenciado también por el propio multiempleo de los pediatras que generan atenciones aceleradas. A su vez estas aceleraciones en la resolución de las consultas se naturalizan y apoyan en la propia cultura organizacional del centro de salud. Estas características generan determinadas formas en la atención de las familias que no posibilitan la intimidad, confidencialidad y comodidad para poder explayar por parte de las mismas situaciones íntimas sobre el desarrollo de la lactancia y el VT.

Dado que el VT está asociado al apego y este al inicio de la vida del niño, no se percibe la necesidad de tomar tiempo de las consultas para promover indagaciones sobre el VT.

- Con respecto a la lactancia, el *rol pediátrico* está asociado a la orientación, el apoyo, la información y la educación. Sin embargo, también emergen elementos característicos de un modelo asistencialista donde el médico se ubica en un lugar de saber y poder que determina discursos desde el mandato y el deber ser-hacer.

5.2 Recomendaciones

La propuesta de investigación apuntó desde su origen a contribuir en la atención en salud de la lactancia y el VT, siendo las mismas instancias significativas en el desarrollo bio-psico-social de los niños.

A partir de la posición respecto a la investigación, no se busca transmitir verdades sobre el pensar y actuar de los pediatras en cuanto a las temáticas, ni mucho menos introducir miradas críticas que destruyan aquellos aspectos positivos que se han construido y se llevan a cabo por parte de los profesionales de la salud. Este estudio no viene a proporcionar recetas que expresen lo que otros profesionales debieran cambiar o incorporar a sus prácticas porque sería ubicarse desde un lugar omnipotente de saber que no promovería el diálogo interdisciplinario en pos de mejorar la salud de nuestra población.

Esta investigación, desde nuestra disciplina y con una mirada crítica reflexiva, apunta a deconstruir, problematizar y construir nuevos sentidos a partir de los datos que surgen del análisis proponiendo determinadas consideraciones a modo de sugerencias.

Dadas las limitaciones de esta investigación, considerando las características propias de un estudio de caso y el recorte del objeto de estudio (lactancia y VT) en los discursos y prácticas pediátricas, se considera relevante poder complementar a futuro con investigaciones que busquen conocer las percepciones de los propios usuarios del sistema de salud respecto a lactancia y VT.

Estudios que aporten la visión de las mujeres respecto a la atención recibida en relación a lactancia y VT; madres adolescentes y el rol materno; la percepción del varón y padre en el rol respecto a lactancia y VT, entre otras propuestas que contribuyan a la mayor comprensión del objeto de estudio.

Esta propuesta de investigación se orientó a poder contribuir en la promoción de prácticas humanizadas dentro del ámbito de salud en relación la lactancia y el VT desde miradas integrales de la salud, la familia, lo institucional y lo social que complejicen las formas de pensar y actuar en relación a las temáticas referidas.

En esta línea de pensamiento se considera importante poder propiciar instancias formativas o de análisis de las prácticas que permitan incluir otras concepciones de apego y VT que complementen las que poseen los médicos pediatras.

Tomar en cuenta conceptualizaciones actuales sobre VT que generen apertura a perspectivas de mayor alcance e integralidad de las basadas en lo biológico y lo innato. A su

vez integrar perspectivas psicológicas y sociológicas a las biomédicas en los contenidos programáticos de la especialidad, contribuiría a generar cambios en las perspectivas de los pediatras y por ende en los aspectos a ser observados e indagados en la práctica clínica.

El poder incluir conceptualizaciones sobre VT y lactancia que no solo sean originadas y pensadas desde lo biológico y lo psiquiátrico, permitirá pensar estos encuentros no solo en instancias originarias como el nacimiento sino poder considerarlo como un proceso.

Proceso que no solo depende de la mujer, de la madre y su amor instintivo, sino también de otras figuras de cuidado como puede ser el padre u otros referentes familiares.

Los aportes de investigaciones y desarrollos conceptuales de actualidad aportarían a la formación de los profesionales en pediatría, sobre todo a perfeccionar la observación de indicadores y características del vínculo. La instancia de atención de un médico pediatra a un niño y su adulto referente durante su consulta, con conocimientos previos, puede ser una instancia valiosa para captar elementos característicos de los vínculos entre niños y adultos, algunas de las principales características del sistema de apego. Por supuesto que no será una instancia de observación como las elaboradas por los expertos en la observación de apego pero pueden ser vías de acceso a futuras intervenciones de otros técnicos cuando se detectan indicios de alarma. La indagación a partir de la lactancia, de las características del amamantamiento puede ofrecer una vía de entrada a indagar características generales del sistema de apego.

Se considera importante fomentar en la formación teórica de la pediatría las perspectivas feministas que permitan pensar las temáticas desde otras posturas. Esto promovería cambios en las concepciones y prácticas pediátricas, en la forma de posicionarse frente a la mujer, a la madre, a los varones, a los padres, siendo parte constitutivas de cambios en la salud y cultura de nuestra población.

Con respecto a la comprensión de aspectos psicosociales de la lactancia y el VT, se sugiere integrar también en la formación teórica perspectivas que articulen los saberes científicos con los saberes populares transmitidos generacionalmente.

El fin es evitar el distanciamiento entre los discursos científicos y las prácticas culturales-cotidianas de las familias como se menciona en las investigaciones de Schwarz (2009) y Rizzo (2008). Adherimos a las sugerencias vertidas en estos estudios en cuanto a la necesidad que el personal de salud pueda capacitarse en la temática y específicamente en sus habilidades de comunicación para relacionarse con las familias. Estos aspectos favorecerán también las estrategias a realizar en las consultas para ir resolviendo

obstáculos inherentes a los vínculos y lugares r de las personas en sus respectivos roles en la lactancia y los cuidados de los niños.

Se acuerda con ideas expuestas en el foro realizado por la cámara de representantes de Uruguay (Carroscia, et al., Agosto, 2016) donde se destaca la necesidad de las ciencias biomédicas de interactuar más con las ciencias sociales, o como plantean Arias y Suárez (2016) apuntar a la formación interdisciplinaria de recursos humanos desde la Universidad para lograr cambios en las concepciones y modelos de atención a la salud.

Con respecto a estas modificaciones se cree conveniente, entre todos los actores involucrados en la salud, pensar formas diferentes de denominar la lactancia y el VT sin necesidad de relacionarlas exclusiva y directamente a la madre. Realizar la búsqueda de otras denominaciones diferentes a lactancia materna, apego materno, vínculo madre-hijo contribuirían a modificar paradigmas con respecto al rol de la mujer con la maternidad y por ende también a cambios en el rol de los varones, siendo necesaria la integración del padre en la lactancia además de su participación en el parto.

En cuanto a las características observadas de la atención, desde nuestra mirada se sugiere generar condiciones que apunten a la mayor conservación de la intimidad de los usuarios. Un espacio que transmita la seguridad y confianza promueve de parte de los usuarios la confianza en los profesionales y por tanto mayor amplitud de datos que le brinden al mismo.

En concordancia con ideas expresadas en Carroscia, et al. (Agosto, 2016) se sugiere la conserjería en un espacio dialógico durante el embarazo con la necesidad de trabajar las habilidades comunicacionales de los profesionales. Estos espacios habilitan a que se generen relatos que permitan conocer más las situaciones de cada familia, sus mitos, miedos, preconceitos, sin que se sientan juzgadas y fomentando la adherencia a los tratamientos.

A su vez, se deberían pensar los tiempos inherentes al multiempleo de los médicos para evitar esperas muy extensas y aceleraciones en los ritmos de la atención efectuadas por los mismos.

Finalmente se espera que los resultados de este estudio también contribuyan a una mayor comprensión de las prácticas pediátricas a tener en cuenta al momento de poder contribuir desde la psicología en un mejoramiento de las mismas.

Referencias Bibliográficas

- Akar, A. (2015). *Construcción de sentidos en torno a la noción de Calidad de Cuidado en mujeres madres con hijos de hasta dos años de vida. Estudio cualitativo en un Centro de Salud Pública de Primer Nivel de Atención en Montevideo* (Tesis de Maestría). Facultad de Psicología, UR. Montevideo.
- Alaugnier, P. (2007). *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*. Buenos Aires: Amorrortu. Recuperado de https://www.academia.edu/20222966/Aulagnier_Piera_1977_.La_violencia_de_la_Interpretacion._Ed._Amorrortu
- Araújo, A. M. (2011) *Acerca del tiempo y desde los espacios inciertos de la hipermodernidad: la sociología clínica*. Ponencia presentada en Jornadas de Adolescencia, Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Recuperado de <http://anterior.apuruguay.org/sites/default/files/A-Araujo-Tiempo.pdf>
- Arias, A., Suárez, Z. (2016) *La atención a la salud de los adolescentes en el primer nivel desde una perspectiva de derechos*. Montevideo: Bibliotecaplural. CSIC-UR. Recuperado de www.csic.edu.uy/renderResource/index/resourceId/45899/siteId/3
- Austin, J. (1971). *Cómo hacer cosas con palabras*. Buenos Aires: Paidós.
- Boutet, J. (2008). Lenguaje. *Laboreal*, 4(2), 118-120. Recuperado de <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=48u56oTV6582234528993884392>
- Bove, M. y Cerruti, F. (2011) *Encuesta nacional sobre estado nutricional, prácticas de alimentación y anemia en niños menores de dos años usuarios de servicios de salud de los subsectores público y privado del Uruguay*. UNICEF, MSP, MIDES, RUANDI. Recuperado de https://www.unicef.org/uruguay/spanish/encuesta_lactancia_uruguay2011_web.pdf
- Caporale, S. (s.f.) *La teoría crítica feminista anglosajona contemporánea en torno a la*

maternidad: una historia de luces y sombras. Recuperado de <http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4601/3/Critica%20feminista%20de%20la%20maternidad.pdf>

Carroscia, L., Giachetto, G., Llambi, L., López, C., Pujadas, M., Soto, E. (Agosto, 2016). Foro Maternidad y Lactancia - Hacia un vínculo saludable. Proyecto Puertas abiertas a la maternidad, Presidencia de la Cámara de Representantes, Montevideo.

De Montmollin, G. (1985) El cambio de actitud. En Moscovici, S. *Psicología Social, I. Influencia y cambio de actitudes. Individuos y grupos*. (pp. 117-174). Barcelona: Paidós.

Defey, D. (comp.) (1995). El bebé, sus padres y el hospital. Montevideo: Roca Viva.

Díaz, C., Cabrera, G., Mateus, J. (2003). Representaciones de lactancia en un grupo de mujeres de Cali. *Colombia Médica*, 34(3), 119-123. Recuperado de <http://www.bioline.org.br/pdf/rc03020>.

Eira, G. (2010). *Droga, Narrativa e Invocación Performativa. Los procesos de significación en las prácticas relacionadas con el consumo de Pasta Base*. (Insumos desde una investigación). Montevideo: Facultad de Psicología.

Enesco, I. (2001). *Psicología del Desarrollo*. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de <http://webs.ucm.es/info/psicoevo/Profes/IleanaEnesco/Desarrollo/PsDesarrolloEnesco.pdf>

Fascioli, L. (2006). El cuidado del vínculo madre-hijo que realizan licenciados enfermeros de centros de salud públicos de Montevideo. *Revista Uruguaya de Enfermería*. 1(1), 14-27. Recuperado de <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/150/147>

Fernández, A. M., López, M., Borakievich, S., Ojam, E. y Cabrera, C. (2014). La indagación de las implicaciones: un aporte metodológico en el campo de problemas de la subjetividad. *Revista sujeto, subjetividad y cultura*. Santiago de Chile, (7), 5-

20. Recuperado de <http://anamfernandez.com.ar/wp-content/uploads/2015/03/La-indagaci%C3%B3n-de-las-implicaciones.-UN-APORTE.-ARCIS-2014.pdf>.

Ferrari, A., Montano, A. y Rubio, I. (2003) *Programa de formación de especialistas en pediatría*. Facultad de medicina – Escuela de graduados, UR. Recuperado de http://www.egradu.fmed.edu.uy/sites/www.egradu.fmed.edu.uy/files//programa_de_postgrados/especialidades/pediatr%C3%8da.pdf

Freire de Garbarino, M. (Coord.) (1993). *Interacción temprana. Investigación y terapéutica breve*. Montevideo: Roca Viva.

Freud, S. (1905/1985). Tres ensayos de teoría sexual y otras obras. En *Obras completas: Sigmund Freud*. (Vol. VII, pp. 121-210). Bs. As.: Amorrortu.

_____ (1914/2003). Introducción al narcisismo. En *Obras completas: Sigmund Freud*. (Vol. XIV, pp. 65-98). Buenos Aires: Amorrortu.

Goffee, R. y Jones, G. (2001). *El Carácter Organizacional. Cómo la cultura corporativa puede crear o destruir negocios*. España: Granica.

Gómez, P., Bonino, A., Stewart, J., Ricceto, C. y Tejera, V. (2008). Perfil de la Lactancia Materna en la población del Hospital Británico. *Archivos de Pediatría del Uruguay*. 79(1), 15-20. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492008000100004

Grasseli, F. y Salomone, M. (2013). La perspectiva teórico-metodológica de la sociología clínica. Aportes para un debate (pp. 83 – 109). *Prisma*, (9), 83-109. Disponible en <http://www.isdfundacion.org/publicaciones/revista/numeros/9/secciones/tematica/pdf/4-sociologia-clinica.pdf>

Gros, A. (2016). Judith Butler y Beatriz Preciado: una comparación de dos modelos teóricos de la construcción de la identidad de género en la teoría queer. *Revista Civilizar Ciencias Sociales y Humanas*, 16(30), 245-260.

- Guerra, V. (2009). Indicadores de intersubjetividad (0-2 años) en el desarrollo de la autonomía del bebé. En Mara, S. (Comp.). *Educación en la primera infancia aportes para la elaboración de propuestas de políticas educativas. Primera infancia: la etapa educativa de mayor relevancia* (pp. 87-126). Montevideo: MEC, UNESCO. Recuperado de www.oei.es/historico/pdf2/aportes_aduacion_primera_infanciauruguay.pdf
- Ibañez, T. (2004). El cómo y el porqué de la psicología social. En Ibañez, T. (Coord.) *Introducción a la psicología social* (pp. 53-91). Barcelona: UOC. Recuperado de se3d1a096af22fb75.jimcontent.com/.../el-como-y-el-porque-de-la-psicologia-social.p...
- Íñiguez Rueda, L. (2003). El análisis del discurso en las ciencias sociales: variedades, tradiciones y práctica. En Íñiguez Rueda, L. (Ed.) *Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales* (pp. 83-124). Barcelona: UOC. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/79032230/5-El-Analisis-Del-Discurso-en-Las-Ciencias-Sociales>
- Jiménez, V. y Comet, C. (2016). Los estudios de casos como enfoque metodológico. *ACADEMO Revista de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades*. 3(2). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5757749.pdf>.
- Jovani, L., Gutiérrez, P., Aguilar, C., Navarro, R., Mayor, I., y Jornet, Y. (2002) Influencia del personal sanitario de asistencia primaria en la prevalencia de la Lactancia materna. 57(6), 534-539. Recuperado de <http://www.analesdepediatria.org/es/influencia-del-personal-sanitario-asistencia/articulo/S1695403302787122/>
- Jodelet, D. (1985). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En Moscovici, S. *Psicología Social, II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales* (pp. 469-494). Barcelona: Paidós.

- Kastrupl, V. y PassosII, E. (2013). Cartografar é traçar um plano comum. *Fractal*, 25(2), 263-280. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v25n2/04.pdf>.
- Kawulich, B. (2006). La observación participante como método de recolección de datos. *Forum: Qualitative Social Research*, 6(2), Art. 43. Recuperado de www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/download/466/999
- López, B. (2015) *Lactancia materna, su relación con el vínculo materno-filial y otras variables de interés*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas. Recuperado de <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/1069/TFM000126.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Marradi, A., Archenti, N. y Piovani, J. (2010). *Metodología de las ciencias sociales*. Buenos Aires: Cengage Learning.
- Martínez, J., Delgado, M (2012). El inicio precoz de la lactancia materna se ve favorecido por la realización de la educación maternal. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 59(3), 254-257. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v59n3/v59n3a11.pdf>
- Morales Calatayud, F. (1999). *Introducción a la psicología de la salud*. Bs. As.: Paidós
- Morin, E. (1986) *El Método III. El conocimiento del conocimiento*. Madrid: Cátedra.
- Morin, E. (1991). *El Método IV. Las ideas*. Madrid: Cátedra.
- Moscovici, S. (1985) El campo de la Psicología Social. En Moscovici, S. *Psicología Social, I. Influencia y cambio de actitudes. Individuos y grupos*. Barcelona: Paidós.
- Ruiz Olabuénaga, J (2003). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Bilbao. Universidad

de Dusto. Recuperado de

http://www.webquestcreator2.com/majwq/public/files/files_user/41661/05.%20Metodolog%C3%ADa%20de%20la%20Investigaci%C3%B3n%20Cualitativa.pdf

Organización Mundial de la Salud (2016). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Centro de prensa. Nota descriptiva. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>

Organización Mundial de la Salud (2004). *Promoción de la salud Mental. Conceptos, Evidencia emergente, Práctica*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

Organización Panamericana de la Salud (2008). *Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*. Disponible en http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf

Ortega, E. (2003). *El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista*. (Tesis de Maestría) Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Trabajo Social, UR. Recuperado de <http://www.margen.org/tesis/ortega.pdf>

Ortí, A. (1986). La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta semidirectiva y la discusión de grupo. En García Ferrando, M., Ibáñez, J. y Alvira, F. (Comp.) *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación* (pp.153-186). Madrid: Alianza. Recuperado de http://alumnipuce.edu.ec/web/wp-content/uploads/2014/10/Garc%C3%ADa-et-al-_El-an%C3%A1lisis-de-la-realidad-social-m%C3%A9todos-y-t%C3%A9cnicas-de-la-investigaci%C3%B3n.pdf

Palomares, M., Labordena, C., Sanantonio, F., Agramunt, G., Nácher, A. y Palau, G (2001). Opiniones y conocimientos básicos sobre lactancia materna en el personal sanitario. *Revista Pediatría de Atención Primaria*. 3 (11). Recuperado de <http://www.pap.es/files/1116-176-pdf/183.pdf>.

Paricio, J. M. (2004). Aspectos históricos de la alimentación al seno materno. En Asociación Española de Pediatría. Comité de Lactancia Materna. *Lactancia materna: guía para profesionales* (pp. 7-26). Madrid: Ergon. Recuperado de <https://mairelactancia.files.wordpress.com/2011/05/lactancia-materna-guia-para-profesionales.pdf>.

Peña, W. (2016). El estudio de caso como recurso metodológico apropiado a la investigación en ciencias sociales. *Revista educación y desarrollo social*, 3(2). Recuperado de <http://www.unimilitar.edu.co/documents/63968/80127/revart13vol3no2.pdf>

Pichón-Rivière, E. y Pampliega de Quiroga, A.: (1985). *Psicología de la vida cotidiana*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Piñuel Raigada, J. (2002). Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido. *Estudios de Sociolingüística* 3(1), 1-42. Recuperado de <http://anthropostudio.com/wp-content/uploads/2015/04/Jos%C3%A9-Luis-Pi%C3%B1uel-Raigada.-Epistemolog%C3%ADa-metodolog%C3%ADa-y-t%C3%A9cnicas-del-an%C3%A1lisis-de-contenido..pdf>

Pirez, M^a, Montano, A. y Rubio, I. (2009) Programas – Normativas. Departamento de pediatría y especialidades. Centro hospitalario Pereira Rossell. Hospital pediátrico. Administración de los servicios de salud del Estado (ASSE). Universidad de la República, Facultad de Medicina.

Pizarro, N. (1979). *Metodología sociológica y teoría lingüística*. Madrid: Comunicación. Recuperado de http://pendientedemigracion.ucm.es/info/eurotheo/e_books/npizarro/MethodologiSociologicaTeoriaLinguistica18_02_05.pdf

- Roldán, E. (1998). Los “grupos de discusión” en la investigación en trabajo social y servicios sociales. *Cuaderno de trabajo social*, (11), 133-134. Recuperado de Disponible en <http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/download/CUTS9898110133A/8234>.
- Rizzo, C. (2008). *Lactancia materna. Una perspectiva desde la medicina social*. Recuperado de www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/rizzo__camila.doc
- Saforcada, E. (1998). *El factor humano en salud pública: una mirada psicológica dirigida hacia la salud*. Buenos Aires: Proa XXI.
- Saforcada, E. (1999). *Psicología Sanitaria: análisis crítico de los sistemas de atención en salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Saletti, L. (2008). Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad. *CLEPSYDRA*, 7; 169-183. Recuperado de http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/14802/1/Saletti_Cuesta_articulo_revista_clepsydra.pdf
- Salinas-Quiroz, F. y Costa, P. (2017). Arreglos parentales de personas lesbianas, gais, bisexuales y trans (LGBT): estado del arte. En: A.L. Rosales y Tapia, M.E. *Sexualidades y géneros imaginados: Educación, políticas e identidades LGTB*. México: UPN y Demócratas de Izquierda, A.C.
- _____ y Posada, G. (2015). MBQS: Método de evaluación para intervenciones en apego dirigidas a primera infancia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13 (2), 1051-1063.
- _____ Cambón, V. y Silva, P. (2015) Aportes ecológico-interactivos a la psicología educativa. *Revista puertorriqueña de psicología*, 26 (1), 26-37.
- Sautu, R. (2011). Acerca de qué es y no es investigación científica en ciencias sociales. En Wainerman, C. y Sautu, R. *La trastienda de la investigación* (227-241).

Buenos Aires: Manantial. Recuperado de
<https://es.scribd.com/document/43661382/Ruth-Sautu-Acerca-de-que-es-y-no-es-investigacion-cientifica-en-ciencias-sociales>

Sroufe, L., Sztaren, L. y Causadias, J. (2014). El Apego como un sistema dinámico: fundamentos de la teoría del Apego. En. Torres, B., J., Causadias, J., Posadas, G. (Eds.). *La teoría del apego: investigación y aplicaciones clínicas*. (pp. 27-40). Madrid: Psimática.

Schwarz, P., (2009). La maternidad tomada. Ginecólogos, obstetras y mujeres en interacción. Discursos y prácticas en la clase media. *Argumentos, revista de crítica social*. Disponible en <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iigg-uba/20100331030729/6.pdf>

Segal, H. (1967). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Buenos Aires: Paidós

Stake, R. E. (1999). *Investigación con estudio de caso*. Madrid: Morata.

Stern, D. (1978). *La primera relación madre-hijo*. Madrid: Morata

Taylor, S.J., Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados*. España: Paidós.

UNICEF (2004). *Lactancia Materna: una estrategia para mejorar la salud, el crecimiento y la nutrición del lactante y del niño pequeño*. Fondo de las naciones unidas para la infancia. UNICEF Uruguay. IBFAN. Red uruguaya de apoyo a la nutrición infantil. Recuperado de
https://www.unicef.org/uruguay/spanish/uy_media_lactancia_uy2004.pdf

UNICEF (2005). *Bienvenido Bebé. Guía completa para el cuidado del recién nacido 0 a 3 meses*. Fondo de las naciones unidas para la infancia. UNICEF, Uruguay.

Uruguay. Poder Ejecutivo (2007). Ley N° 18.211. *Sistema Nacional integrado de Salud*.
Recuperado de

<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor>
=

Uruguay. Poder Ejecutivo (2008). Decreto N° 379/008. *Investigación en Seres Humanos*.

Recuperado de

<http://www.elderechodigital.com.uy/smu/legisla/D0800379.html>

Uruguay. Ministerio de Salud Pública (2009) *Norma Nacional de Lactancia materna*.

Ordenanza Ministerial N° 217/09. MSP. Dirección General de la Salud.

Programa Nacional de Salud de la Niñez. Recuperado de

http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/lactanciamaterna.pdf-1.pdf

Uruguay. Poder Ejecutivo (2009). *Decreto CM/813*. Recuperado de

<http://www.redipd.org/legislacion/common/legislacion/uruguay/decreto-414-009.pdf>.

Valles, M (1999). *Técnicas Cualitativas de Investigación Social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis.

Vasilachis de Gialdino, I. (2006). La investigación cualitativa. En Vasilachis de Gialdino, I.

(Coord.) *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.

Recuperado de <http://jbposgrado.org/icuali/investigacion%20cualitativa.pdf>.

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch. Med. Interna*, 33(1), 11-14. Recuperado de

<http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>.

Winnicott, D. (1979). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa.

_____ (1986). *El niño y el mundo externo*. Buenos Aires: Hormé.

Winnicott, C., Sheperd, R., Davis, M. (Comp.) (1991). *Los bebés y sus madres*. Buenos Aires: Paidós.

Zelaya, C., Mendoza, J. y Soto de Dupuy, E. (Eds.) (2006). *La maternidad y sus vicisitudes hoy*. Perú: APNA – SIDEA. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6123463.pdf>

ANEXOS

1. Tablas de categorización

1. A Tabla de categorización de Entrevistas

Pediatra 1: P1

Pediatra 2: P2

Pediatra 3 (Mujer): P3F

Pediatra 4: P4

Enfermera: Enf

Tabla 1.A.1

Categoría	Subcategoría 1	Subcategoría 1.2
1. VT (VT)	1.a.Consideraciones sobre VT	1.a.1 Primeros momentos de vida
		1.a.2 Elementos constitutivos del VT
		1.a.3 Aspectos que caracterizan al VT
	1.b Apego	
	1.c Elementos observables en la consulta	1.c.1 En los adultos referentes (Madre)
		1.c.2 En los niños
	1.d Promoción del VT	1.d.1 Estrategias en el nacimiento
		1.d.2 Estrategias en las consultas
2. LM (LM)	2.a Beneficios LM	2.a.1 Beneficios socio-económicos
		2.a.2 Beneficios biológicos
		2.a.3 Beneficios

		afectivos
	2.b Facilitadores	
	2.c Obstáculos	
3. RELACIÓN LM - VT	3.a LM y VT	3.a.1 LM promotora de VT
		3.a.2 VT promotor de la LM
		3.a.3 VT sin ingesta de leche materna
	3.b Dimensión temporal	3.b.1 Controles en el primer mes. Primeras horas
		3.b.2 Controles mensuales en el primer año
	3.c Padres	3.c.1 Presencia en las consultas
		3.c.2 Participación en el nacimiento
		3.c.3 Padres y LM
	4 EL LUGAR DE LA MUJER	4.a Femenización de la LM y el VT
4.a.2 Presión social		
4.a.3 LM, VT y Responsabilidad materna		
4.a.4 Cuestión de mujer		
4.b Experiencia de Maternidad		4.b.1 Con Experiencia de maternidad
		4.b.2 Sin experiencia de maternidad

	4.c Abuela Materna	4.c.1 Obstáculos
		4.c.2 Promoción
		4.c.3 Transmisión generacional
		4.c.4 elementos observados en las consultas por los pediatras
5 FUNCIONES DEL PEDIATRA	5.a Rol Pediátrico	5.a.1 Características generales del rol
		5.a.2 LM y VT
	5.b Pediatría y Género	5.b.1 Visión desde la pediatra mujer
		5.b.2 Visión desde un pediatra hombre
6. ESTRATEGIAS PEDIÁTRICAS	6.a. Estrategias en la consulta	6.a.1 Observaciones / Análisis
		6.a.2 Indagaciones
		6.a.3 Acciones / Indicaciones
	6.b. Primer control	6.b.1 Primeras indagaciones
		6.b.2 Primeras acciones para incentivar
	6.c. Complemento Nutritivo	6.c.1 Peso y Complemento
		6.c.2 Riesgos
		6.c.3 LM y Complemento
	6.d. Leche de vaca	
	6.e. Riesgo de abandono de la LM	6.e.1 Preconceptos
		6.e.2 Presiones /

		Contexto
CATEGORÍAS EMERGENTES		
Categorías	Subcategorías	
7. MADRE ADOLESCENTE	7.a Adolescencia y Maternidad	7.a.1 Adolescencia y rol materno
		7.a.2 Adolescencia, LM y VT
	7.b Referentes	7.b.1 Abuelas
		7.b.2 Padres
		7.b.3 Pediatras
	8. CONDICIONES ASISTENCIALES	8.a. Dependiente del Servicio / Cultura organizacional
8.a.2 Obstáculos		
8.b Dependiente de los técnicos		8.b.1 Paciencia
		8.b.2 Tiempo

Tabla 1.A.2

Categorías	Subcategorías 1.1	Subcategorías 1.2	Frases Codificadas
<p>1 VÍNCULO TEMPRANO (VT)</p>	<p>1.a Consideraciones sobre VT</p>	<p>1.a.1 Primeros momentos de vida</p>	<p>Relación especial que se da entre la madre y el hijo en los primeros minutos de vida. (P3F)</p> <p>Arranca en el momento del parto (P1)</p> <p>El vínculo en los primeros minutos después del nacimiento garantiza que el niño crezca (P2)</p> <p>Contacto prematuro de la madre con el niño (P1)</p> <p>Contacto desde el nacimiento, desde que nace el piel con piel cuando el bebé nace con la madre (P3F)</p> <p>En el nacimiento; apoyo la cara del bebé con la cara de la mamá, para que le de besos para que le hable (P3F)</p> <p>El VT se genera en las primeras horas (P2)</p>
		<p>1.a.2 Elementos</p>	<p>La mirada (Enf, P2, P3F , P4)</p> <p>Dos (P2, P3F)</p> <p>Si fue un embarazo deseado (Enf, P2)</p> <p>Necesidad de atención permanente que tiene la madre con el niño o no (P1)</p>

		constitutivos del VT	<p>Vínculo afectivo; si el niño es bien tolerado por la madre (Enf)</p> <p>El niño siempre busca a la madre (Enf)</p> <p>En ningún momento quiere estar con alguien que no sea la madre(Enf)</p> <p>Trato con el niño(Enf)</p> <p>El mirarse, el tocarse (P2)</p> <p>Que veas que ese niño sea deseado por la madre (P2)</p> <p>Que hay un vínculo de protección , de amor(P2) El instinto está pero es todo un encuentro(P2)</p>
		1.a.3 Aspectos que caracterizan al VT	<p>Si vos no le prestás atención al vínculo te estás omitiendo el desarrollo del niño (P3F)</p> <p>Es como adaptativo (P3F)</p> <p>Los beneficios son todos vinculados al crecimiento y al desarrollo (P1)</p> <p>Desarrollo de la inteligencia (P1)</p> <p>El niño altera su rutina (P1)</p> <p>Que el niño no la deja dormir (P1)</p>
	1.b Apego		<p>Si lo acaricia, todo eso lo del apego (P2)</p> <p>Relación afectiva de madre e hijo (P4)</p> <p>Las madres te lo dicen (P4)</p> <p>Es muy importante(P2)</p> <p>La parte alimentación, de los afectos, del desarrollo, de</p>

			<p>estimulación todo eso se genera a partir del apego, lo nutricional neurológico como psicoafectivo (P2)</p> <p>El contacto piel con piel empiezan con el reconocimiento el apego (P2)</p> <p>Ese apego genera esa necesidad de cuidado y de crianza (P2)</p>
1.c Elementos observables en la consulta	1.c.1 En los adultos referentes (Madre)	<p>Cuando le está sacando la ropa. (Enf)</p> <p>Como lo cambia (P2)</p> <p>Como lo contiene (P2)</p> <p>Como lo sostiene (P2)</p> <p>Como le habla (P2)</p> <p>En la forma que lo agarran, como la aupa, (P3F)</p> <p>Como lo viste , como lo desviste (P3F)</p> <p>Como que el niño le molesta (P1)</p> <p>La forma de comunicar las cosas nuevas que hace, (P4)</p> <p>Si el hijo fue deseado (P4)</p> <p>Si lo mima o no lo mima (P4)</p> <p>Que este alegre cuando cambia a su niño(P4)</p>	
	1.c.2 En los niños	<p>Un niño que llora continuamente(Enf)</p> <p>Un niño triste(Enf)</p> <p>Un niño sucio(Enf)</p> <p>La búsqueda ocular , dependiendo de la edad del niño , que el niño busca la</p>	

			<p>voz de la madre (P3F)</p> <p>Cuando el niño está muy enojado, cuando lo agarran se calma. (P3F)</p> <p>Cuando lo agarran a upa y el niño no logra consuelo de ninguna manera eso es medio preocupante pero no me ha pasado (P3F)</p>
	1.d Promoción del VT	1.d.1 Estrategias en el nacimiento	En el parto intentamos ni bien nace de tener enseguida el contacto con la madre (P1)
		1.d.2 Estrategias en las consultas	<p>Cuando vemos un mal vínculo intentamos arrimar algún otro de parte del equipo médico como pueden ser los psicólogos los asistente social (P1)</p> <p>Preguntar a la madre que apoyo tiene , en qué medio vive, distancia del hospital(Enf)</p> <p>Falta estímulo; trato de dar pautas , pautas de estímulos , por ejemplo pautas de higiene , Cuando vos ves que no saben bien los que les están dando explicarles , escribirle (P3F)</p>
2. LM (LM)		2.a.1 Beneficios Biológicos	<p>Preparada para digerir (P3F)</p> <p>Preparada para el niño (P1)</p> <p>Temperatura ideal (P1)</p> <p>Las proteínas son las ideales (P1)</p> <p>Provoca defensa(P1)</p>

	2.a Beneficios de LM		<p>Asegura un aporte nutricional (P2)</p> <p>Previene enfermedades (P2)</p> <p>No necesita preparación (P4)</p> <p>Menos riesgo contaminación (P4)</p> <p>Previene la muerte súbita del lactante (P2)</p> <p>El niño alimentado a pecho solo se enferma menos (P1, P4)</p> <p>Enfermedades son de menor gravedad que los alimentados en forma artificial(P4)</p> <p>El pecho es el envase más higiénico (Enf)</p> <p>Objetivo fundamental es el crecimiento y el desarrollo del niño (P1)</p>
		2.a.2 Beneficios socio-económicos	<p>Económicos(P4)</p> <p>Social (P4)</p> <p>Para el niño, para la madre y para la comunidad(P4)</p> <p>Baja la mortalidad infantil y neonatal (P2)</p> <p>Los beneficios de lactancia es como el verso no?, el verso es importante vamos a decirlo así (P3F)</p>
		2.a.3 Beneficios afectivos	<p>Desarrollo psicoafectivo del niño (P2)</p>
	2.b Facilitadores		<p>Si ya amamantó a otros hijos (P2)</p> <p><i>Experiencia positiva previa</i></p>

			(P3F) Entorno positivo con respecto a la lactancia (P3F) Recuperar el peso previo al embarazo (P4)
	2.c Obstáculos		Cuando ya te vienen con una <i>idea formada</i> (P3F) Cuesta trabajo(P3F) A veces es doloroso(P3F)
3 RELACIÓN LM - VT	3.a LM y VT	3.a.1 LM promotora de VT	Es clave, factor fundamental para el VT (P1) Se está insistiendo con el pecho por todo, por el vínculo afectivo
		3.a.2 VT promotor de la LM	El VT promueve mucho la lactancia porque eso es muy primitivo, el instinto. (P2) El problema de la lactancia viene después cuando el niño empieza a demandar, a veces la madre empieza a segregar menos ahí se genera el problema pero ahí el apego ya está dado el vínculo ya está. (P2)
		3.a.3 VT sin ingesta de leche materna	A veces puede ser que la madre no tenga leche para darle y sin embargo no quiere decir que tenga mal vínculo con el niño. A veces cuando vos les preguntas de la alimentación, cómo lo prepara , vos ahí te das cuenta ese tipo de <i>cuidados</i> (P3F)

	3.b Dimensión temporal	3.b.1 Controles en el primer mes. Primeras horas	<p>Primer mes donde se tiene que estimular un montón de cosas (P1)</p> <p>En los nuevos planes de controles de los niños en el primer mes hay tres controles (P1)</p> <p>Las primeras consultas del recién nacido son consultas que tenés que dedicarle más minutos Tener más paciencia, tomarte algún tiempo más porque es muy importante (P2)</p> <p>Las primeras horas, el primer mes es crítico y ahí es cuando más problemas surgen, hay que estar más atentos (P2)</p>
		3.b.2 Controles mensuales en el primer año	<p>Importancia de los controles...mensuales dentro del año porque vos vez no solamente el crecimiento (Enf)</p>
	3.c Padres	3.c.1 Presencia en las consultas	<p>Cada vez se ve menos presencia paterna (P1)</p> <p>Porcentaje muy alto de los padres directamente no aparecen. (P1)</p> <p>Motivos de trabajo seguro no pueden concurrir (Enf)</p> <p>Acá es la abuela, acá mucho padre no. (P3F)</p> <p>El que viene no te desmoraliza (P4)</p> <p>Se queda callado o te presta</p>

			atención(P4)
		3.c.2 Participación en el nacimiento	En el nacimiento; ahí generalmente está el papá también (P3F) Rol importante (P3F) Recepción del recién nacido ellos también forman parte y siempre les pregunto si quieren cortar el cordón por ejemplo (P3F)
		3.c.3 Padres y LM	El rol del padre es importante (P1) Apoyo paterno, es fundamental para la lactancia(Enf) Los padres generalmente no entorpecen la lactancia (P3F) Quizás sale del consultorio y dice mirá este es un nabo dale la leche de mamadera déjate de joder. (P4) En mi experiencia el padre no tranca la lactancia(P4)
	4.a Femenización de la LM y el VT	4.a.1 Uso de adjetivo Materno	Leche <i>Materna</i> (P1, P4) Apego <i>Materno</i> (P1)
		4.a.2 Presión social	La presión de la lactancia también influye a ella (P2) Se siente presionada que tiene que prenderlo (P2) La imagen de la mamá sonriente prendido a una teta y vos te miras al espejo y no sos nada parecida (P3F) Normalmente todas las madres están preparadas para dar leche(P2)

<p>4 EL LUGAR DE LA MUJER</p>		<p>4.a.3 LM, VT y Responsabilidad materna.</p>	<p>Ver qué actitud tiene la madre (P4)</p> <p>Contacto más importante que la madre tiene en forma permanente y en horario permanente (P1)</p> <p>Estimularle que ella va a poder (P4) Nosotros siempre intentamos abrirle la cabeza a la madre (P1)</p> <p>Que la madre introduzca la LM como única opción (P1)</p> <p>Hay madres que ya vienen con el preconcepto de que no puede estar todo el día a disposición del niño (P1)</p> <p>El niño la esclaviza, estar permanentemente a disposición de ella. (P1)</p> <p>Es mucho más esclavizante preparar una leche (P1)</p> <p>La falta de apego; ver si es un problema exclusivo de la madre (P1)</p> <p>Que se dé cuenta que el niño depende exclusivamente de la madre (P1)</p> <p>La madre es imprescindible empezando por la alimentación hasta el apego (P1)</p> <p>Explicarle que es un aprendizaje del recién nacido y de ella (P2)</p> <p>Cuando un niño llora de hambre difícilmente una</p>
--------------------------------------	--	--	--

			<p>madre soporte eso. (P2)</p> <p>Es fisiológico y natural; la alimentación del bebé depende de la leche y de la teta de ella (P3F)</p> <p>A veces de la voluntad de ella y a veces no es por voluntad es por cuestiones propia de su glandula mamaria (P3F)</p> <p>La disponibilidad , o sea que vos siempre la tenés , la leche la va a tener siempre puesta (P3F)</p> <p>Actitud de la madre con respecto al niño (P4)</p> <p>Rol materno: el niño depende exclusivamente de ella, no es algo que pueda delegar (P1)</p>
		4.a.4 Cuestión de mujer	<p>Mirada del hijo a su madre durante el amamantamiento que me parece que es única(P4)</p> <p>Si logras el buen vínculo con la madre logras una buena relación (P1)</p> <p>Apego materno: seguimos la tradición; la madre, la abuela(P1)</p> <p>Vienen más abuelas, tías o amigas; es como más de mujer, acá en el hospital (P3F)</p>
		4.b.1 Con experiencia de maternidad	<p>Las que ya son madres y amamantaron (P3F)</p> <p>Vienen con el tema armado,</p>

	4.b Experiencia de Maternidad		resuelto (P3F) Dudas puntuales (P3F)
		4.b.2 Sin experiencia de maternidad	Llegan muy inseguras (P3F) No es fácil ser una madre, es precioso, es un acto de amor pero no deja de ser una cosa complicada sobre todo si es la primera vez (P3F) Los vecinos, la madre, una amiga, pueden pesar más que el médico (P4)
	4.c Abuela Materna	4.c.1 Obstáculos	Dale leche dale cualquier cosa (P4) Tranca la lactancia (P4) Voy a perder porque hay una abuela que me dice y a parte ya sé que le dieron otras cosas. (P4) Mi madre me dijo ...certificado de defunción de la lactancia (P4)
		4.c.2 Promoción	La abuela que le dio pecho te va a fomentar A veces es por un problema de apego y la abuela no tiene más remedio (P2) Ir como ganando a esa abuela para que apoye a esa madre (P3F)
		4.c.3 Transmisión generacional	Si uno investiga un poquito a esa madre que no quiere darle pecho o que dice no tengo leche o no mi leche no sirve, la madre (Abuela) hizo exactamente lo mismo, la

			<p>madre no dio pecho, no fomento el vínculo con el niño (P1)</p> <p>La abuela es como una cosa que se repite. (P1)</p> <p>Son hábitos. es difícil romper el esquema (P1)</p>
		4.c.4 Elementos observados en las consultas por los pediatras	<p>La madre se sienta y la abuela lo cambia (P4)</p> <p>La abuela pregunta, la madre no pregunta(P4)</p> <p>La madre se queda en un rincón y es la abuela la que lo cambia, la que le habla (P2)</p>
5 FUNCIONES DEL PEDIATRA	5.a Rol Pediátrico	5.a.1 Características generales del rol	<p>La imagen del pediatra ha caído. (P3F)</p> <p>El pediatra tiene que ser una guía. (P3F)</p> <p>El poder lo tienen los padres (P3F)</p> <p>Estoy ahí para sacar dudas (P3F)</p> <p>Apoyar (P3F)</p> <p>Ver si todo marcha bien (P3F)</p> <p>No mando (P3F)</p> <p>El padre tiene que recibir la información de lo que él necesite (P3F)</p> <p>Padres dependientes del pediatra (P3F)</p> <p>Posición paternalista (P3F)</p> <p>Soy un médico que te oriento (P3F)</p> <p>Generar confianza (P3F)</p>

			<p>No todos los pediatras son para todos los padres (P3F)</p> <p>Que vos tengas respeto por tu pediatra , no quiere decir que vos tengas miedo (P3F)</p> <p>Es como un trabajito de hormigas pero tiene sus fruto(P3F)</p>
		5.a.2 LM y VT	<p>Apoyo al vínculo materno infantil. (P1)</p> <p>Lo que nos preocupa es el crecimiento del niño(Enf)</p> <p>Enseñarle la técnica de ordeñe (P2)</p> <p>Apoyar, explicar , informar, enseñar (P1, P2, P3F, P4)</p> <p>Soy más orgánico (formación orgánica) (P4)</p>
	5.b Pediatría y Género	5.b.1 Visión desde la pediatra mujer	<p>Diferencia cuando sos madre o padre (P3F)</p> <p>Práctica influenciada por la maternidad (P3F)</p> <p>Las mujeres siempre son más detallistas , y tienen como una posición más maternalista (P3F)</p> <p>Los hombres generalmente son más simples (P3F)</p>
		5.b.2 Visión desde un pediatra hombre	<p>Mujer, y si tuvo hijos, es una sensibilidad mayor (P4)</p> <p>Hay muchas sensaciones que siendo pediatra varón no las voy a poder comprender jamás (P4)</p> <p>A igual calidad profesional</p>

			<p>una pediatra mujer va a ser más completa (P4)</p> <p>Hay pediatras que no han sido madre, y bueno, ahí podemos hablar en igual de condiciones(P4)</p>
<p>6</p> <p>ESTRATEGIAS PEDIÁTRICAS</p>	<p>6.a Estrategias en la consulta</p>	<p>6.a.1 Observaciones / Análisis</p>	<p>Hay casos que yo ya sé que esperar diez días es para desnutrir(P4)</p> <p>Observamos que lo prenda adelante nuestro para corregir técnica (P2)</p> <p>Ver si lo mira (P2)</p> <p>Ver si esta puesta en la lactancia (P2)</p> <p>Conocer la técnica que se está usando (P3F) Saber mirar y saber escuchar y ver (P2)</p>
		<p>6.a.2 Indagaciones</p>	<p>Preguntar si recibe ayuda (P2)</p> <p>Cómo se siente ella(P2)</p> <p>Cómo apoyar a la mujer que está empezando a mamar (P3F)</p> <p>Indagar; lo ambiental, el entorno, lo emocional de la madre, antecedentes familiares, embarazo, parto, nacimiento(P2)</p> <p>Ver si la mujer esta descansada (P2)</p> <p>Desestrezada(P2)</p> <p>Ver si están dadas las condiciones para que esa</p>

			<p>mujer amamante; si no tiene los pezones lastimados , mastitis, grietas (P2)</p> <p>Ver si no hay problema del niño; problema en el paladar, si es hipotónico(P2)</p> <p>Hay que buscar todas las causas que vos puedas corregir, de la madre, del niño y del entorno . (P2)</p> <p>Saber cuál es la voluntad de la mamá , la voluntad del entorno (P3F)</p>
		<p>6.a.3 Acciones / Indicaciones</p>	<p>La temática de LM la presentamos siempre (P1)</p> <p>Insistimos (P1, P2)</p> <p>Le aclaramos(P1)</p> <p>Le explicamos (P1)</p> <p>Hablarle de los beneficios de la Lact. (P4)</p> <p>No obligo a nadie; explico ayuda y apoyo (P3F)</p> <p>Estimular, tratar de dar una lactancia lo más fisiológica posible (P1)</p> <p>Si ves que no hay apego que no tiene buen manejo derivarlo para apoyo a la lactancia. (P2)</p> <p>Se lo cita en vez a la semana a los tres días o mandas a la enfermera del plan aduana. (P2)</p> <p>Si aumento bien; bueno vamo arriba que viene bárbaro, que está precioso el</p>

			<p>niño este (P4)</p> <p>Me planto un poco y le digo; bueno tu querés darle la teta o no querés darle la teta?</p> <p>(P3F)</p> <p>Controles más seguidos (P2)</p> <p>Hay que individualizar mucho y dedicar mucho (P2)</p> <p>Cuando el bebé recién es chiquitito es cuando podés tener más efecto (P3F)</p> <p>Generalmente el fracaso al inicio está en la frustración , en sentir de que el niño no engorda (P3F)</p> <p>Les recalcas es lo de la defensa por el tema delos cólicos (P3F)</p> <p>Cuando el niño viene todo bien, decirle que está haciendo las cosas bien (P4)</p> <p>Su hijo está creciendo sano eso es por la dedicación (P4)</p> <p>Felicitar a la madre ; <i>pa te felicito está todo muy bien</i> , la verdad que se ve que le dedicas mucho tiempo(P4)</p> <p>No es nada fácil ser madre, no es nada fácil amamantar y a veces debes sentir que postergas cosas(P4)</p>
	6.b Primer control	6.b.1 Primeras indagaciones	<p>Una de las primeras preguntas es si lo está prendiendo a pecho (P2)</p> <p>Interrogatorio de cómo fue el embarazo , el parto, y la parte</p>

			de alimentación(P3F) Si succiona bien(P3F) Ver el tema de la bajada de la leche (P3F)
		6.b.2 Primeras acciones para incentivar	Desdramatizar el tema de la bajada de la Leche (P3F) Explicar (P2, P3F, P4) Apoyarla (P3F)
	6.c Complemento Nutritivo	6.c.1 Peso y Complemento	Bajo peso, ya comenzamos con fórmula(Enf) El primer control no aumentó, pum complemento y ahí ya marchaste, ahí perdiste(P4)
		6.c.2 Riesgos	Dificultades para conseguir el complemento (Enf) Riesgo, Higiene(Enf)
		6.c.3 LM y Complemento	Sacarles la presión; no te preocupes se va a criar igual vamos a darle complemento, no le hace mal(P2) Si no se logra la Lact. ahí tenés que recurrir al complemento (P2) Siempre es el último recurso(P2) Decirle que esa leche tampoco es tan mala pero que a medida que su volumen de leche vaya aumentando el bebé no la va a necesitar (P3F) Muchas veces, a ellas les alivia. (P3F)
			Seis meses hay que darle aporte, papilla, se

	6.d Leche de vaca		<p>entretienen con una mamadera y no les da ningún alimento (Enf)</p> <p>Mucha leche produce anemia, sangrado intestinales, materias con sangre (Enf)</p> <p>Ellas mismas comienzan la leche de bolsa por ellas misma sin consultar(Enf)</p>
	6.e Riesgo de abandono de la LM	6.e.1 Preconceptos	<p>La madre empieza con que no tengo mucha leche , la leche no me cae bien , mi leche no es muy buena. (P1)</p> <p>Porque mi madre tal cosa , la abuela(P3F)</p> <p>Está todo el día con hambre , porque todo el día llora, porque me parece que no tengo leche(P4)</p>
		6.e.2 Presiones / Contexto	<p>Según el medio no puedes esperar a que la madre decida darle pecho o no (Enf)</p> <p>A veces ya salen de acá con las fórmulas para evitar la desnutrición temprana(Enf)</p> <p>Están como tirando para abajo la idea(P3F)</p> <p>Presiones(P4)</p>

CATEGORÍAS EMERGENTES			
Categorías	Subcategorías 1	Subcategorías 1.2	Frases Codificadas
7. MADRE ADOLESCENTE	7.a Adolescencia y Maternidad	7.a.1 Adolescencia y rol materno	<p>Madre muy joven que no tiene formado totalmente el rol materno (P1)</p> <p>Todavía permanece con actividades propias de una adolescentes (P1)</p> <p>Piensen como niñas no piensan como una madre(P1)</p> <p>La vez ya con un hijo y decís ya es mujer, es una madre. Si la vez arriba de un ómnibus bailando con otras decís bueno es una adolescente(P4)</p> <p>Alta la deserción (P4)</p> <p>Hijo no deseado, no planificado(P4)</p> <p>Una de 17 es una niña y una de 27 es una mujer (P4)</p>
		7.a.2 Adolescencia, LM y VT	<p>Más difícil que la lactancia sea exitosa en madres 18-19 años que en madres 27 -28 (P4)</p> <p>La juventud de la madre o adolescente es tal vez uno de los factores de riesgo más importante(P1)</p>
	7.b Referentes	7.b.1 Abuela Materna	Abuelas cumplen ese rol materno (P1)

			Expectativa mayor a lo que le diga su madre (abuela), que a lo que le diga el médico (P4)
		7.b.2 Padres	Menor presencia de padres (P1)
		7.b.3 Pediatras	Insistir más(P2)
8. CONDICIONES ASISTENCIALES	8.a Dependiente del Servicio / Cultura organizacional	8.a.1 Facilitadores	Se puede trabajar, están dadas las condiciones (P2) Nunca he tenido una influencia negativa de las instituciones que he trabajado. (P4) Dentro del consultorio siempre he sido muy libre, demasiado libre (P4)
		8.a.2 Obstáculos	Interrumpe la enfermera de pediatría ... se mete la encargada de farmacia (P1)
	8.b Dependiente de los técnicos	8.b.1 Paciencia	Tener paciencia de estar igual media hora con una persona, de tomarte tu tiempo y explicarle y tratar de convencerla(P4) Depende mucho de cómo lo hables (P4)

		8.b.2 Tiempo	<p>Son cosas que no requieren de grande tecnología, ni recursos raros sino simplemente dedicarle unos minutos (P2)</p> <p>Abordar la temática... depende de la moral del pediatra en tomarse su tiempo(P4)</p> <p>Te insume minutos, vale la pena por el beneficio que vas a tener en la salud del niño . Dependería del conocimiento y convencimiento que tenga el pediatra(P4)</p> <p>Tomarse el tiempo necesario para darle a la madre confianza y certeza. (P4)</p> <p>Uno puede influenciar durante una consulta diez quince minutos(P4)</p>
--	--	--------------	---

1.B Tabla de codificación de observaciones

Pediatra 1: P1

Pediatra 2: P2

Pediatra 3 (Mujer): P3F

Pediatra 4: P4

Enfermera: Enf

Tabla 1.B.1

Categoría	Subcategoría 1	Subcategoría 1.2	
1. LACTANCIA MATERNA	1.a LM, Peso y Talla		
	1.b LM y Complementos Nutritivos (Comp. Nut.)	1.b.1 LM y Complemento	
		1.b.2 Otros Alimentos	
	1.c LM, Peso y Complementos		
	1.d LM y VT (VT)		
	1.e LM y Género Femenino		
2. LUGAR DE LOS ACTORES	2.a Responsabilidad Materna		
	2.b Abuelas maternas		
	2.c Padres		

CATEGORÍA EMERGENTE (Condiciones Asistenciales)			
Categoría	Subcategoría 1.1	Subcategoría 1.2	
3. CONDICIONES ASISTENCIALES	3.a Dependiente de los técnicos		
	3.b Dependiente del servicio y la cultura organizacional		
	3.c Temporalidades	Atención acelerada	
		Dedicación para informar y explicar	
	3.d Formas de dirigirse a las familias	3.d.1 Hacia la familia	
		3.d.2 Hacia los adultos	3.d.2.1 Uso del singular (Madre)
			3.d.2.2 Uso del plural (ambos padres)
	3.d.3 Hacia los niños		
	3.e Primeras indagaciones en las consultas		
	3.f Sistema de Salud Abordaje obligatorio		

-

-

Tabla 1.B.2

Categoría	Subcategoría 1	Subcategoría 1.2	Frases Codificadas
<p style="text-align: center;">1. LACTANCIA MATERNA</p>	<p>1.a LM, Peso y Talla</p>		<p>Incremento de peso, perfecto P3- M</p> <p>Es buena leche, Pa!</p> <p>Más de un kilo en menos de un mes!.</p> <p>P3- M</p> <p>Madre: No come mucho, toma mucha teta; Ped: no me digas que no come, está maciso, que lo tiro! (niño de 1 año y tres meses) P1</p> <p>La semana que viene los espero en plan de engorde. Dale 20-30 minutos de cada pecho P1</p> <p>Lo pesan y miden, Ped: belleza!</p> <p>Tomando mucho pecho no? P3- M</p> <p>Engordó 1kg 600g.</p> <p>Ya te digo que producción de leche espectacular! No cabe duda que se está alimentando, creció de todos lados</p> <p>P3F</p> <p>Está bien de peso, así que a seguir solo a teta P4</p>

			<p>Cada cuánto pide? Por lo que aumentó se nota, un espectáculo, un muñeco chiquilines(ambos padres jóvenes) P3F Ped: pecho, cuántos minutos?, Mad: 10 minutos con cada pecho, Ped: 10! No más! 20 -30 minutos con cada pecho!. Todavía no recuperó el peso del nacimiento. En una semana te vemos de vuelta a ver si el pecho anda P1</p>
	<p>1.b LM y Complementos Nutritivos (Comp. Nut.)</p>	<p>1.b.a LM y Complemento</p>	<p>Siempre le das igual de las dos tetas y luego complemento? P3- M Está tomando pecho y complemento, no aumento mucho de peso y la madre trabaja tiempo completo; Se aumenta el complemento. seguila poniéndola a pecho P3- M Olor fuerte en la orina es por el</p>

			<p>producto químico Enf. No es lo mismo que la leche materna Enf. ¿Con pecho solo?, Mad: Sí, pero si me manda complemento porque no se llena, Ped: vamos a ver que pasa con el pecho... (La madre aparenta Retraso intelectual). Ped: sabes que aumento!, Mad: pero si me mandas complemento, Ped: mejor todo pecho, Mad: pero queda con hambre.... El Pedatra le da complemento y le explica la forma de administrarlo y le señala 20-30 minutos tomar de cada pecho igual P1</p>
		<p>1.b.2 Otros Alimentos</p>	<p>Mirá que esa leche (de vaca)no le podés dar porque le da sangrado espantoso, el susto que te podés dar. No puede tomar esa leche, nos avisas. Te</p>

			<p>voy a dar leche adecuada P3- M</p> <p>Cuando este un poco mejor sacale un poco de teta y dale más comidas (niño de un año) P2</p>
	<p>1.c LM, Peso y Complementos</p>		<p>Pero bajó de peso. Vamos a darle complemento. semana que viene control de peso Te ordeñas lo que puedas aunque sea poco y después el complemento P3- M</p> <p>Pecho solo?, Mad: Complemento, Ped: vas a tener que ir al pecho solo porque sino va a seguir seco madre Niño de 13 días). Lo pesan... Me parece que no podemos dejar el complemento...le pones una cucharadita de aceite de maíz para movilizar. Está en el límite, no le sobra nada P1</p> <p>Por qué te pusieron complemento, cuánto toma?, Mad: por bajo peso, tengo poca</p>

			<p>leche, Ped: igual tranqui porque leche se está produciendo a esta altura (niño de 13 días). Recién se está formando. Insistí 15 minutos con cada teta. Estamos tranquilos con el complemento pero (enfermera interrumpe diciendo al pesa r al bebé "3kg 100). Mad.: Se queda con hambre...se chupa el dedo, Ped: no tranqui, eso es un reflejo. Dale el pecho a demanda (enf. Interrumpe con el dato de la medida). El crecimiento nos marca que está bien . Engordó bien de bien. P3F</p>
	<p>1.d LM y VT (VT)</p>		<p>Es normal que llore porque conoce a mama hace tiempo y nosotros somos desconocidos P3- M No queremos esa teta de chupete (niño de 1 año y tres meses) P2</p>

			<p>Duerme en la cama solo? Madre; con nosotros. Ped: ojo! Mirá que podés acostártele arriba, es un lío, ojo! P1</p> <p>Que no te agarre de chupete...a demanda P3- M</p> <p>Está comiendo bien?, Mad: sí, Ped: creció precioso.</p> <p>Tiene un peso saludable. El pecho sacarlo porque ya no le aporta es importante que lo deje también por el apego. Padre: ella se lo ofrece. Ped: no me hagas trampa (a la madre), no le ofrezcas más... P3F</p>
	<p>1.e LM y Género Femenino</p>		<p>Está con pecho?, Mad: sí, solo, Ped: muy bien madre! P1</p> <p>Solo pecho madre no? Enf.</p> <p>Está con pecho, eso tiene todo P1</p> <p>Pecho cada cuanto?.</p> <p>Cuanto tiempo lo dejan chupar?, cuántos minutos?.</p> <p>Toma las dos tetas?,</p>

			<p>Se prende bien? Grietas? P3- M El engorde este es por tu pecho P3- M Mantenete (a la madre estando ambos padres en la consulta) firme con la teta. Has hecho un campañon, mérito tuyo porque otros en tu lugar no lo hubieran dado P3- M Sos un ejemplo de LM! P3- M En la noche espaciá un poco más P3- M A demanda, cuando pida. P3- M Tu volumen de leche no es el adecuado aún P3- M Y tus pezones? P3- M Si podés ordeñarte mejor así producís más leche P3- M Pasa toda la noche prendido a la teta...no, porque no descanza la teta para volver a llenarse y vos no descansas, tiene que pasar un tiempo de una hora y</p>
--	--	--	---

			<p>media para que produzca P3F</p> <p>De noche la despertás?, porque tenes que despertarlo porque en la noche no se despiertan P1</p> <p>Está solo a pecho no? P3F</p> <p>Pecho?, Mad: sí,</p> <p>Ped: baja bien la leche, Mad: mas o menos, Ped: bueno y ese mas o menos?, por qué crees más o menos?, Y vos?(pediatra a la madre) Tratá de comer sanito y bien porque el gordito te saca todo lo que precisa P3F</p> <p>Mad: no hay más pecho porque se me secó , empecé a darle lleche común;</p> <p>Ped: lo prendés igual 2 veces? ; Mad: si pero llora, Ped: igual prendelo del pecho porque siempre algo saca P3F</p>
	<p>2.a Responsabilidad Materna</p>		<p>Yo la veo gordita y sin embargo no aumentó tanto - tenía</p>

<p>2. LUGAR DE LOS ACTORES</p>			<p>razón la madre P1 Nena lavalo bien Enf Ped. Le dice a la madre (estando ambos padres en la consulta) viste que hay que sacarle los moquitos P3F Acordate (mirando a la madre estando ambos padres en la consulta) para estimularlo para que agarre fuerza en la cabeza jugar con él. P3F Otros hijos?, Pecho? sos toda una experta P3F</p>
	<p>2.b Abuelas Maternas</p>		<p>Qué abuela le puso eso en la cola P2 La pediatra dialoga con la abuela La enfermera habla con la madre casi en silencio P3F La abuela a la madre; te dije que pasaba los cuatro kilos! Consulta de P4 El pediatra le habla a la abuela y la madre P4</p> <p>Padre queda afuera</p>

	2.c Padres		(queda la puerta abierta) . Mad.; ¿El papá puede pasar?, Ped: si. P1 El padre siempre estuvo parado sin hablar (padres jóvenes) P1 Entran ambos padres a la consulta P3F La madre parada al lado de la pediatra y el padre mira un poco más de lejos P3F El padre también contesta junto con la madre P1
CATEGORÍA EMERGENTE (Condiciones Asistenciales)			
Categoría	Subcategoría 1	Subcategoría 1.2	Frases Codificadas
3. CONDICIONES ASISTENCIALES	3.a Dependiente de los técnicos		No se le ofrece asiento a las familias P1, P2, P3F, P4, Enf. Pediatra sentado, pasa la madre y permanece parada P1 El pediatra atiende el celular en la consulta P4 Reconocimiento inmediato del paciente P3F
			El niño de 10 años

	<p>3.b Dependiente del servicio y la cultura organizacional</p>	<p>que entró a la consulta del niño anterior de 11 meses se sienta , y la enfermera en tono de broma le dice no no, ahí voy yo. Ped: ni yo me he animado a sentarme en esa silla. Enf- P4</p> <p>El pediatra va hasta sala de internación. Luego llega un nene de un mes y medio con la madre la abuela y hermanos mayores. La enfermera los hace pasar antes que llegara el médico, lo va midiendo y pesando. Consulta de P4</p> <p>Entra la asistente social, yo salgo, entra también un chico a entregarle tortas fritas a la enfermera que había encargado telefónicamente. Luego entra una enfermera jubilada, conocida a dialogar. Consulta de P3F</p> <p>El pediatra salea</p>
--	---	--

			<p>buscar a otro consultorio una cinta para medir y al entrar queda la puerta abierta. Entra una odontóloga y hablan de familiares con la enfermera. Consulta de P1</p> <p>Entra la persona que les hace los juegos de azar al pediatra y a la enfermera y la mujer aprovecha para realizarle una consulta al pediatra por su nieto que fue observado en puerta de emergencia días anterioresP1</p>
	<p>3.c Temporalidades</p>	<p>3.c.1 Atención acelerada</p>	<p>Enfermera hace gestos al pediatra como de ir apurando ...Antes que salga esta familia hace pasar a la otra familia. Consulta de P4</p> <p>La enfermera llama a otra familia sin haber terminado. Enf- P4</p> <p>Pediatra apurado P2</p> <p>Voy a ver si hay alguien más afuera (mientras la bebé estaba aún en la</p>

			<p>consulta en pleno llanto) Enf. Consulta de P3F</p> <p>Entre la pediatra y la enfermera se mezclan informaciones con la del paciente anterior Enf – P3F</p> <p>¿hago pasar al siguiente para ir adelantando tiempo? (Enf); Consulta de P2</p> <p>Pediatra llega media hora tarde P4</p> <p>Pediatra llega a la consulta 50 minutos pasada la hora de inicio de la consulta P4</p>
		<p>3.c.2 Dedicación para informar y explicar</p>	<p>Pediatra invita a mirar los datos y les explica porque la niña no come como la familia espera P3F</p> <p>Pregunta por la situación familiar y realiza derivación a Asistente social P3F</p> <p>Dudas.. P3F</p> <p>Explica cómo continuar dándole la leche a partir de los seis meses, las medidas y la forma</p>

			<p>de diluirla a la madre y el padre P3F</p> <p>Bueno vamos a hablar del tema de la comida...alimentos de a uno para hirviendo si le caen bien. Primer semana manzana, segunda semana banana.</p> <p>Mad.: primero con frutas. Ped: sí porque primero lo dulce, después verduras, zapallo...P1</p> <p>El pediatra le explica usar pañales sin productos y cómo limpiar la bulba, la cola y el uso de cremas. Lo principal es la limpieza P1</p> <p>Mad: en caso de tener fiebre..Ped: no puede tener fiebre, ahí tenés que consultar. Si tiene 37 2 lo desabrigas, 38 consultas. No podés darle nada. No te persigas, es sentido común. Ya lo bañaste? Mad: no, Ped: el ombligo está bien cerradito. Si lo bañas que</p>
--	--	--	--

			<p>quede bien seco. Ahora al mes de vida control. Lo que vas a empezar es con la vitamina D. 8 gotitas todos los días, Ped: alguna duda, algo que me quieras preguntar? Venís barbara! P3F Ped: tiene la cola roja...por la leche (de vaca) La pediatra le manda un tratamiento y les explica detalladamente el mismo. Le pide la mema al padre y les explica las cantidades y la forma de administrarle el suplemento P3F Pediatra explica cómo administrar la vitamina D y por qué es importante que la tome P3F Es normal que baje la producción de leche , súmale el stres, muchas horas fuera de tu casa y tenés otro hijo...todo suma... P3F</p>
			Buenos días, cómo

	3.d Formas de dirigirse a las familias	3.d.1 Hacia la familia	<p>están, y ese cachetón?, creciendo espectacularmente, lo veo enorme P3F</p> <p>Cuando te hace fiebre tenés que ...</p> <p>P1</p> <p>Hola cómo se llama esta nena, es por control o está enferma? P1</p> <p>Ped: (dirigiéndose al bebé) así que anduviste jodido xxx (nombre). 12 días internados, pa! que internación te comiste muchacha! (madre) P3F</p> <p>Que lindo que está.</p> <p>Enf.</p> <p>Cómo ha pasado xxx (nombre del bebé)</p> <p>P3F</p> <p>Cómo viene marchando este chico? P4</p> <p>Mirá que divina que está! P1</p>
			<p>3.d.2.1 Uso del singular (Madre)</p> <p>Bueno contame (ambos padres en la</p>

		<p>3.d.2 Hacia los adultos</p>	<p>consulta), ¿está tomando pecho? P3F. Contame, está tomando pecho? (niño de 4meses) P3F</p> <hr/> <p>3.d.2.2 Uso del plural (ambos padres)</p> <p>Acuérdense (ambos padres) ir viendo y pedir la eco de cadera...Seguí (a la madre)con pecho materno. De día máximo cada tres horas. P3F Acuérdense de las vacunas P3F Lograste sacarle el pecho? (Madre y padre en la consulta de niño de 2 años y un mes) P3F Acuerdense que tienen las vacunas, les dejo paracetamol por las dudas para el dolor P3F</p> <hr/> <p>Hay que bonito que estás (mirando al bebé) P3F La Peditra revisa al</p>
--	--	--------------------------------	---

		<p>3.d.3 Hacia los niños</p>	<p>niño, hablándole con lenguaje infantil P3F</p> <p>Te está tomando todo el cachetón, ta rica la teta de mamá (mirando al bebé)</p> <p>P3F</p> <p>Qué paso con ese llanto, ya te dejo P1</p> <p>Hay la pelaron que cosa más divina!</p> <p>P3F</p> <p>Buen día, hay qué divino!. P3F</p> <p>Trato afectuoso con la niña de cuatro meses P3F</p> <p>La pediatra la revisa y le habla a la beba, “que ojos que belleza!” P3F</p> <p>Está maciza la gorda, mirá lo que es, mirá los rollos...P1</p> <p>Se la pesa y mide por parte de la enfermera y el pediatra (niña de cinco meses). Le hace gestos y el pediatra se ríe. P1</p> <p>El pediatra le dice a la niña de un año; es un segundito nada más, déjame</p>
--	--	------------------------------	--

			<p>oscultarte un poquito, mirá como se porta el gato (cuadro en la pared) P1</p> <p>El niño comienza a llorar (2 meses), Ped: bueno no te enojés. Hay XXX qué media engordada te mandaste . Vamos a revisarte pelado..se te fue el pelo y se te reactivó el carácter!(risas) P3F</p> <p>Mi amiga xxx (pediatra dirigiéndose a la niña) P3F</p> <p>Pediatra acaricia al niño de 11 meses mientras le pregunta como está P4</p>
	<p>3.e Primeras indagaciones en las consultas</p>		<p>Hola buen día , cómo estuvo? P3F</p> <p>Cómo se llama?... préstame las vacunas. P1</p> <p>sigue a pecho obvio?. (bebé de un mes) P3F</p> <p>cómo están? P3F</p> <p>El carné?, P3F</p> <p>Cómo ha pasado?. P3F</p> <p>Cómo se llama?control? P1</p>

			<p>Está tomando teta? Cada cuántas horas? P3F Pecho directo? (bebé de días de nacido) P3F vacuna tiene. 39 perímetro, fecha de ecografía P2 se alimenta bien, vacunas le diste?. P2 Hasta los dos años vitaminas P2 esta comiendo bien? cómo le están suministrando el complemento P3F está tomando el hierro y vitaminas?teta? P3F Bueno te dieron las vacunas. Cuándo nació? (bebé de 5 días) P3F Cómo esta?. Cada cuanto te pide teta. De noche duerme?. Sonríe, los sigue con la mirada? P3F Está tomando mucho pecho?, cada cuánto toma? P3F Es un control?, qué edad tiene ahora? P1 Vacuna? P1</p>
--	--	--	--

			<p>¿Qué número de hijos es? P1</p> <p>¿Qué edad tiene madre? P1</p> <p>Con qué se alimenta? P4</p> <p>Le dieron vacunas? (primeras preguntas)</p> <p>P2</p>
	3.f Sistema de Salud Abordaje obligatorio		<p>Peso</p> <p>Medida</p> <p>Vitaminas</p> <p>Hierro</p> <p>Vacunas</p> <p>(Todos los pediatras lo abordan)</p>

2. Guía de Entrevista individual a Médicos Pediatras

Datos sociodemográficos

Género:

Edad:

Lugar de Residencia:

Formación en Medicina: Año de Ingreso: Año de Egreso: Plan:

Especialización en Pediatría: Año de ingreso: Año de Egreso: Plan:

Año de comienzo en el ejercicio como pediatra en instituciones de salud:

Antigüedad en el cargo: Año de ingreso en el Hospital:

Escalafón:

Formación específica con respecto a la lactancia:

Formación específica con respecto a VT:

Otros estudios formativos:

Otros empleos:

Contacto Inicial. Encuadre de la entrevista

Esta entrevista es en el marco del proyecto de investigación *“Discursos y prácticas de médicos pediátricos con respecto a la LM como instancia de construcción del VT”* que se realiza en el marco de la Maestría en Psicología Social de la Facultad de Psicología-Universidad de la República.

Se estima que el tiempo previsto será de una hora y media. La misma será grabada para un mejor tratamiento de la información y posteriormente desgravada para su transcripción y análisis. Al finalizar las mismas se garantiza un espacio para conversar sobre la experiencia, las movilizaciones afectivas, las interrogantes o dudas en relación al estudio que puedan aparecer en el proceso.

Los datos personales del/los participante/s serán debidamente protegidos de forma confidencial. Para ello se tomarán todos los recaudos necesarios para proteger su identidad, no siendo identificados en ningún informe ni publicación posterior.

Preguntas

Describa su forma de abordar la temática de LM durante las consultas con las familias

¿De qué factores depende que se aborde o no durante la consulta la temática de la LM?

¿Con que finalidad indagaría sobre LM durante la consulta? Por qué y/o para qué indagar?

¿Cuáles son los elementos a prestar atención e indagar con las familias para conocer sobre el desarrollo de la LM?

¿Cuáles cree usted que son los beneficios de la LM? ¿Usted percibe riesgos en que la familia abandone la LM? Si percibe ¿cuáles serían? ¿Qué estrategias realiza en la consulta para abordar los mismos con la familia?

¿Qué entiende usted sobre VT?

¿Usted indaga sobre el VT? ¿Qué indicadores visualiza en las consultas que permite conocer cómo se está dando ese vínculo?

¿Qué relación encuentra entre VT y LM?

¿Por qué indaga en las consultas sobre VT? ¿En qué le aporta conocer sobre VT en la consulta con la familia?

3. Guía de observación

Visualizar las características del primer contacto teniendo en cuenta si es el primer encuentro entre la familia y el pediatra o si ya hubo encuentros previos.

Percibir comentarios que realicen los profesionales antes y/o después de la consulta con la familia que estén vinculados a las temáticas

Visualizar el registro del pediatra en la HC

¿Se aborda la temática de LM y VT? ¿El pediatra pregunta directamente, o lo hace indirectamente buscando indicadores?

¿El profesional pregunta sobre las temáticas o responde solo a las demandas de la familia?

Si se pregunta; ¿Cuál es el contenido de las preguntas y, que busca conocer?

Visualizar reacciones, comentarios, en las familias y los pediatras cuando se aborden las temáticas.

Cómo es la característica en el abordaje de las temáticas, ¿se da información y la familia recibe en forma pasiva, la familia toma un rol activo? (preguntan, cuestionan, indagan)

¿Se da una instancia unidireccional o se abre un escenario de intercambios?

¿El pediatra se caracteriza por dar órdenes con respecto a qué y cómo hacer en relación a las temáticas, o se tratan las mismas con participación activa de las familias y de acuerdo a sus valores e intereses?

Se le dan indicaciones a la familia, consejos, órdenes o se indaga a partir de preguntas que promueva el pensar y reflexionar sobre las temáticas. ¿Se le brinda información a la familia sobre las temáticas?

4. Hoja de Información

El proyecto de investigación *“Discursos y prácticas de médicos pediátricos con respecto a la LM como instancia de construcción del VT”* se realiza en el marco de la Maestría en Psicología Social de la Facultad de Psicología-Universidad de la República.

El objetivo que se plantea este proyecto es generar conocimiento que aporte al desarrollo de la LM como instancia que promueve la constitución del VT. El estudio pretende contribuir a mejorar la atención que reciben las madres, sus hijos y los familiares desde la promoción, prevención y cuidado de la salud.

Se propone una metodología cualitativa mediante la utilización de entrevistas individuales en profundidad a médicos pediatras y observación participante en las consultas de pediatría.

Las entrevistas cualitativas en profundidad busca revelar los propios modos ver, pensar y sentir de los entrevistados. No se trata de cuantificar, sino de profundizar en las expectativas, conocimiento, opiniones e ideologías expresadas por aquéllos que están directamente involucrados en la realidad social que se quiere investigar.

Se estima que el tiempo previsto para las entrevistas con los técnicos será de una hora y media y que, dependiendo de dicha entrevista, se podrá solicitar al participante una nueva instancia. La misma será grabada para un mejor tratamiento de la información y posteriormente desgravada para su transcripción y análisis. Al finalizar las mismas se garantiza un espacio para conversar sobre la experiencia, las movilizaciones afectivas, las interrogantes o dudas en relación al estudio que puedan aparecer en el proceso.

La participación en las consultas pediátricas tiene como objetivo la observación de lo que acontece en dichos espacios.

La observación participante implica la compenetración del investigador en las prácticas cotidianas de los sujetos con el fin de obtener una mejor comprensión de los mismos. Se busca observar desde la naturalidad cotidiana de los actores involucrados, siendo el investigador parte del material a observar.

Los datos personales del/los participante/s serán debidamente protegidos de forma confidencial. Para ello se tomarán todos los recaudos necesarios para proteger su identidad, no siendo identificados en ningún informe ni publicación posterior.

Los elementos obtenidos del estudio, tanto de los participantes como de las observaciones en el Centro de Salud, serán debidamente protegidos de forma confidencial.

La participación es estrictamente libre y voluntaria, teniendo el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento sin tener que dar explicaciones. La negativa a participar no generará daños, perjuicios o represalias.

Investigador: Lic. Rafael Saldombide Runco. Cel. 099092253 / rafasaldom@gmail.com

5. Consentimiento informado

Participación como entrevistado

El proyecto de investigación "*Discursos y prácticas de médicos pediátricos con respecto a la LM como instancia de construcción del VT*" se realiza en el marco de la Maestría en Psicología Social de la Facultad de Psicología-Universidad de la República.

El objetivo que se plantea este proyecto es generar conocimiento que aporte al desarrollo de la LM como instancia que promueve la constitución del VT. Pretende contribuir a mejorar la atención que reciben las madres, sus hijos y los familiares desde la promoción, prevención y cuidado de la salud

Se propone una metodología cualitativa mediante la utilización de entrevistas individuales en profundidad a médicos pediatras y observación participante en las consultas de pediatría.

Se estima que el tiempo previsto para las entrevistas con los técnicos será de una hora y media y que, dependiendo de dicha entrevista, se podrá solicitar al participante una nueva instancia. La misma será grabada para un mejor tratamiento de la información y posteriormente desgravada para su transcripción y análisis. Al finalizar las mismas se garantiza un espacio para conversar sobre la experiencia, las movilizaciones afectivas, las interrogantes o dudas en relación al estudio que puedan aparecer en el proceso.

Los datos personales del/los participante/s serán debidamente protegidos de forma confidencial. Para ello se tomarán todos los recaudos necesarios para proteger su identidad, no siendo identificados en ningún informe ni publicación posterior.

Los elementos obtenidos del estudio serán debidamente protegidos de forma confidencial.

La participación es estrictamente libre y voluntaria, teniendo el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento sin tener que dar explicaciones. La negativa a participar no generará daños, perjuicios o represalias.

AUTORIZACION

He leído el procedimiento descrito arriba. El investigador me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar como entrevistado en el estudio sobre los discursos y prácticas de médicos pediátricos con respecto a la LM como instancia de construcción del VT.

ACEPTO PARTICIPAR:

NOMBRE DEL INVESTIGADOR

Nombre: _____

Nombre: _____

Firma: _____

Firma: _____

Fecha: ____/____/____

Investigador: Lic. Rafael Saldombide Runco. Cel. 099092253 / rafasaldom@gmail.com

6. Consentimiento informado

Participación en Observación

El proyecto de investigación "*Discursos y prácticas de médicos pediátricos con respecto a la LM como instancia de construcción del VT*" se realiza en el marco de la Maestría en Psicología Social de la Facultad de Psicología-Universidad de la República.

El objetivo que se plantea este proyecto es generar conocimiento que aporte al desarrollo de la LM como instancia que promueve la constitución del VT. Pretende contribuir a mejorar la atención que reciben las madres, sus hijos y los familiares desde la promoción, prevención y cuidado de la salud

Se propone una metodología cualitativa mediante la utilización de entrevistas individuales en profundidad a médicos pediatras y observación participante en las consultas de pediatría.

La participación en las consultas pediátricas tiene como objetivo la observación de lo que acontece en dichos espacios. Al finalizar las mismas se garantiza un espacio para conversar sobre la experiencia, las movilizaciones afectivas, las interrogantes o dudas en relación al estudio que puedan aparecer en el proceso.

Los datos personales del/los participante/s serán debidamente protegidos de forma confidencial. Para ello se tomarán todos los recaudos necesarios para proteger su identidad, no siendo identificados en ningún informe ni publicación posterior.

Los elementos obtenidos del estudio serán debidamente protegidos de forma confidencial.

La participación es estrictamente libre y voluntaria, teniendo el derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento sin tener que dar explicaciones. La negativa a participar no generará daños, perjuicios o represalias.

AUTORIZACION

He leído el procedimiento descrito arriba. El investigador me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio sobre los discursos y prácticas de médicos pediátricos con respecto a la LM como instancia de construcción del VT.

ACEPTO PARTICIPAR:

NOMBRE DEL INVESTIGADOR

Nombre: _____

Nombre: _____

Firma: _____

Firma: _____

Fecha: ____/____/____

Investigador: Lic. Rafael Saldombide Runco. Cel. 099092253 / rafasaldom@gmail.com