

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Tesis Licenciatura en Trabajo Social

**Desmitificando la maternidad medicalizada:
aportes para el inicio del apego**

Analía Trzcinski

Tutor: Patricia Oberti

2004

INDICE

Contenido del trabajo	Página
Motivos, dedicatoria y propósito.....	3
INTRODUCCIÓN	
I Presentación y relevancia del tema seleccionado.....	4
II Aspectos metodológicos.....	8
CAPÍTULO I LA MEDICALIZACIÓN DE LA SOCIEDAD	
I.1 El concepto de medicalización.....	10
I.2 La salud como valor supremo de la sociedad uruguaya.....	11
I.3 El disciplinamiento: relaciones entre saber y poder en la clínica moderna.....	13
I.3.1 El saber médico.....	13
I.3.2 El poder médico.....	14
I.3.3 La clínica.....	15
I.4 La autoridad cultural y el prestigio social de la medicina.....	16
I.4.1 La autoridad en el ejercicio del poder médico.....	16
I.4.2 El prestigio social del médico.....	17
I.5 Relaciones del poder médico con otras esferas de poder.....	18
I.5.1 La medicina capitalista.....	18
I.5.2 Medicina y patriarcado.....	20
CAPÍTULO II LA MATERNIDAD MEDICALIZADA	
II.1 La maternidad como construcción cultural.....	22
II.1.1 Necesidad de un abordaje multidisciplinario de la maternidad.....	22
II.1.2 Relevancia de la perspectiva de género para analizar la maternidad.....	23
II.1.3 De la medicalización de la sociedad a la maternidad medicalizada.....	24
II.2 Mensajes de nacimiento: el parto medicalizado y sus efectos.....	25
II.3 La medicalización de la lactancia materna.....	28
II.3.1 El parto medicalizado y el inicio de la lactancia.....	28
II.3.2 La medicalización en el recién nacido y sus implicaciones indirectas.....	31
CAPÍTULO III EL APEGO EN LA MATERNIDAD MEDICALIZADA	
III.1 El apego: el lazo que une al niño con su madre”.....	34
III.2 El apego y el instinto materno.....	36
III.2.1 Prehistoria del vínculo.....	36
III.2.2 La Historia del amor maternal.....	39
III.3 Importancia del apego para el desarrollo.....	40
III.4 El papel de la succión en el apego.....	42
III.5 Mitos de la lactancia materna.....	43
CONCLUSIONES	
I La incidencia de la maternidad medicalizada en el inicio del apego.....	45
II Relevancia de la temática para el Trabajo Social.....	48
BIBLIOGRAFÍA	52
FUENTES DOCUMENTALES	54
PÁGINAS WEB	54
ANEXO 1 Procedimientos de rutina en los partos medicalizados.....	55
ANEXO 2 Los mitos más frecuentes de la lactancia materna.....	68

Motivos, dedicatoria y propósito

Los motivos que me llevaron a realizar la selección del tema fueron dos, y tienen nombres propios: Andrés y Ezequiel. La maternidad me enseñó, entre otras cosas, a cuestionar “lo que dijo el doctor”. Con mi primer hijo, viví un parto medicalizado y un inicio de lactancia difícil. Si hubiera hecho lo que recomendó el pediatra, no habría vivido una de las experiencias más gratificantes de mi vida, amamantarlo de la forma que decidí hacerlo. Mi segundo hijo reforzó mi desconfianza de “la verdad médica” desde antes de su concepción, ya que no hubiera nacido si hubiera creído lo que dijo el ginecólogo. Su parto fue mínimamente medicalizado, la lactancia no tuvo dificultades y el apego se generó inmediatamente y sin obstáculos.

En mi caso, las decisiones contrarias a la opinión médica no fueron tomadas a la ligera, sino producto de la búsqueda y análisis de la información necesaria y suficiente. El proceso fue llevado a cabo bajo la premisa de que la medicina no es una ciencia exacta, por lo tanto cualquier recomendación, tratamiento, o procedimiento, puede y debería ser evaluado en forma particular y no repetido a modo de receta mecánica. Ambas experiencias me resultaron profundamente movilizadoras y cuestionadoras del orden médico instituido. Fue así que un tema de interés fue transformándose en un proyecto concreto de análisis con la finalidad de concluir mi formación curricular.

Estas vivencias me generaron una profunda empatía para todas las mujeres que de alguna manera, por desinformación y condicionamiento cultural, “lo que dijo el doctor” fue una verdad incuestionada que impactó desfavorablemente en algunos o varios aspectos de sus experiencias de maternidad. A ellas dedico este trabajo y entre ellas, especialmente, a mi madre. Mi agradecimiento para mi esposo Ricardo por todo su apoyo y comprensión.

Es mi deseo que el presente trabajo sirva de cuestionamiento de lo instituido a partir de la medicalización de la maternidad, y pueda transformarse en un aporte instituyente de experiencias de maternidad más libres, conscientes e informadas, para iniciar el apego sin los obstáculos adicionales que la mencionada medicalización genera.

INTRODUCCIÓN

I Presentación y relevancia del tema seleccionado

Las mujeres han sido asistidas y ayudadas en los partos desde tiempos remotos, pero la medicalización y la institucionalización del parto son relativamente recientes. Hasta ese momento, el parto era un acontecimiento de mujeres, en el que la parturienta se rodeaba de sus congéneres y, en especial, contaba con la asistencia de alguna mujer de mayor experiencia, hábil en el manejo de los partos pero con carencias de conocimientos técnicos. Incluso en la antigüedad, no se permitía a los médicos asistir un parto¹.

A partir de mediados del siglo XVIII se inicia la enseñanza de los mecanismos del parto a los médicos y se fundan los primeros hospitales de maternidad. Pero la verdadera subordinación de las “comadronas” o parteras a los médicos obstetras se produce en el siglo XIX y la internación en las maternidades es un fenómeno que se vuelve predominante luego de la primera guerra mundial². Se enmarca dentro de un proceso más amplio de medicalización de la sociedad entera y que responde a razones sociales, económicas y políticas.

Las cifras demuestran que nacer es cada día más seguro: tanto la morbilidad como la mortalidad infantil han bajado en las últimas décadas, y la mortalidad materna también es muy inferior. Sin duda los avances obstétricos han brindado mayor seguridad, protegiendo la salud de la madre y del bebé y salvando muchas vidas. Pero estos mismos avances se han traducido en un planteamiento tecnológico del embarazo y del parto, que ha conspirado contra el protagonismo de la mujer en un momento trascendental de su vida. Bajo un modelo tecnocrático el parto se ha transformado en una mecanización de procedimientos. Para la mayoría de los especialistas, toda intervención médica que se realiza durante el parto es la respuesta a un riesgo concreto, siendo la actitud que aporta la seguridad necesaria para la salud tanto de la madre como del bebé. Sin embargo, otros puntos de vista sugieren que se interviene demasiado en partos que podrían desarrollarse por sí solos sin mayores dificultades.

¹ Mirta Videla: “Maternidad: mito y realidad”, 3ªed, Nueva Visión, Buenos Aires, 1990, p.167.

² op. cit., p.168.

Entre esos puntos de vista se destaca el de la propia O.M.S.(Organización Mundial de la Salud) que afirmó, hace ya casi dos décadas, que “el nacimiento no es una enfermedad”³. En el documento, bajo el mismo nombre, estableció dieciséis recomendaciones sobre los derechos de la mujer embarazada y su bebé. Entre ellas se destacan: que el rasurado del pubis y la administración del enema no son necesarios en absoluto; que las mujeres no deberían ser colocadas en posición obstétrica tradicional durante el trabajo de parto y deberían poder elegir su postura al momento del parto; que la episiotomía sistemática no está justificada; que no hay justificación para tasas de cesáreas superiores al 10% en cualquier país; entre otras.

En el caso del Uruguay, el porcentaje de cesáreas es del 22% de los partos⁴, aproximadamente uno de cada cuatro nacimientos, más del doble de lo que propone la O.M.S. Es interesante notar que el nacimiento por cesáreas dentro del sistema mutual dobla el porcentaje del mismo en los hospitales públicos⁵. Con respecto a las otras recomendaciones mencionadas: la episiotomía es un procedimiento de rutina que se efectúa casi a la totalidad de las parturientas; no existe otra posibilidad que la posición obstétrica tradicional para parir en la sala de partos; el rasurado y el enema son casi requisitos “burocráticos” indispensables en el ingreso a la institución.

Observando la cobertura de atención de los partos en Uruguay, notamos que el 99% de los mismos son institucionales, ya sea a través del mutualismo o en los hospitales⁶. Esta cifra se contrapone a la experiencia fundamentalmente europea, de países como Holanda, Inglaterra y Suecia, en la que casi la mitad de las mujeres tienen partos no tradicionales y se está generalizando la práctica de un primer parto hospitalario y luego los siguientes en el domicilio.

Es interesante notar que si entendemos al hospital como la institución a través de la cual se vehiculiza el dispositivo del poder médico, es el lugar donde se inician casi la totalidad de las experiencias maternas uruguayas. En consecuencia, se puede afirmar que el inicio de la maternidad se encuentra ampliamente condicionado por el proceso de medicalización, al punto de ni siquiera plantear alternativas al orden médico instituido. Cuando a las mujeres uruguayas les llega el momento de parir, van sin dudar al sanatorio o al hospital, de acuerdo a su nivel socio-económico. Es en la institución médica donde se sienten seguras, por si algo sale mal, algo

³ Disponible en <http://www.geocities.com/HotSprings/Villa/7014/who.htm>

⁴ Instituto Nacional de Estadística y Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF-Uruguay: “Mujeres uruguayas en cifras. Un aporte para la conferencia Mundial de la Mujer en Beijing 1995”, p.164

⁵ *ibid.*

⁶ *ibid.*

imprevisto o algún inconveniente. Y si su cuerpo-máquina no quiere cooperar, allí estará el médico que lo va a hacer funcionar de acuerdo a los parámetros esperados.

Probablemente la mujer en trabajo de parto verá por primera vez al desconocido médico obstetra que atenderá su parto. Seguramente nunca ha tenido una conversación con él acerca de las alternativas, riesgos y beneficios de cada procedimiento. Las circunstancias hicieron que ese día, o esa noche, estuviera de guardia, ya que son pocas las mujeres que cuentan con el privilegio económico necesario para que el obstetra que la controló durante todo su embarazo, atienda también su parto. Sin embargo, las mujeres se someten al desconocido sin cuestionar su palabra, aún cuando no poseen la información necesaria, solamente por el hecho de que él es el locutor del discurso del saber: un saber que genera poder sobre el cuerpo de la mujer.

Procedimiento tras procedimiento “va ejerciendo su poder” sobre el cuerpo de la parturienta, ya sea a través de su equipo o de él mismo. Por un lado, el cuerpo de la mujer es objeto de un disciplinamiento: deberá producir un bebé en tiempo y forma pre-establecidos institucionalmente. Y por otro, la mente de la mujer es objeto de una dominación: no se le brinda la información suficiente para poder tomar decisiones y dar el consentimiento a los procedimientos. Se genera a través de estos dos procesos una violencia de género: el cuerpo de la mujer ignorante debe someterse al saber médico.

Es imposible pensar que esta medicalización brutal no tenga efectos psicológicos y fisiológicos sobre la madre. Pueden no ser tan evidentes, pero no menos reales, sus efectos sobre el bebé. Como consecuencia, las primeras interacciones entre madre e hijo van a estar influenciadas por ellos, en definitiva, por el grado de medicalización con el que se realizó el parto. A esta influencia sobre el apego, cabe agregar un nuevo aspecto de la maternidad medicalizada, esta vez ejercida por el médico pediatra y el personal de enfermería: los mitos y los discursos contradictorios acerca de la lactancia, por consiguiente su medicalización. Mientras el pediatra, un nuevo desconocido, se limita a prescribir: “dele pecho a demanda”, cada cambio de guardia del personal de maternidad implicará una nueva serie de consejos lácteos. Los aspectos son múltiples y varían en referencia a la duración y frecuencia de mamadas, posiciones para amamantar, succión nutritiva y no nutritiva, uso del chupete, administración de complemento, extracción con sacaleche manual o eléctrico, alivio de la congestión de los pechos, tratamiento de grietas del pezón, etc, etc.

Siendo el inicio de la lactancia un aspecto fundamental de las primeras interacciones entre la madre y el bebé es necesario resaltar que la medicalización del parto tiene efectos, en especial

los fisiológicos, sobre el mismo. Por lo tanto es necesario tenerlos en cuenta para comprender las causas “invisibles” de los obstáculos en la lactancia, que dificultan el establecimiento de una experiencia gratificante y satisfactoria tanto para la madre como para el bebé.

Generalmente se han tenido en cuenta visiones psicólogistas para analizar los obstáculos en el inicio del apego entre madre e hijo. En la perspectiva que aquí se propone, si bien se tomarán aportes de la psicología que enriquecerán el análisis, se priorizará una visión social y cultural del fenómeno.

La medicalización de la maternidad, bajo la hipótesis del inminente riesgo y en pro de la seguridad, generó la pérdida del protagonismo de los verdaderos actores del parto: la madre y el bebé. El médico obstetra se convirtió en el centro de la escena: es quién dirige el parto y la mujer solamente colabora con la tarea. En el proceso de medicalización de la sociedad, la natura se somete a la cultura, pero en el caso de la medicalización de la maternidad también podemos enmarcarlo en el contexto las relaciones de género: la mujer-natural se somete al hombre-cultural. La mujer pierde en este proceso uno de los pocos ámbitos que le era propio, un espacio del hacer y del saber de las mujeres de todos los tiempos.

Asimismo, si bien el someterse a las normas institucionales y a las autoridades profesionales se entiende orientado a la preservación de la salud, muchas veces las normas y los conocimientos médicos están más relacionados con la rentabilidad económica y la comodidad de los médicos, que con la causa de la salud. Existe un determinante económico que no solamente no es ajeno a la práctica de la medicina, sino que la condiciona, tendiendo a permanecer oculto bajo los mitos de la vocación médica y el ejercicio del poder médico.

En base a estas dos últimas interpretaciones, es posible percibir al poder médico sobre la maternidad como otra de las dominaciones de género existentes en nuestra cultura, que en el marco de la medicalización de la sociedad sirve a los intereses capitalistas dominantes. Teniendo en cuenta estos cuestionamientos acerca del ejercicio de la medicina, que no se trata de una ciencia pura sino que responde a determinantes culturales, las tecnologías aplicadas en el momento del parto pueden ser consideradas innecesarias, alienantes y hasta iatrogénicas. Estos reconocimientos no justificarían la presencia del médico en los partos normales, sino que la misma quedaría relegada a un papel limitado y marginal, y su intervención estaría justificada en caso de comprobarse patologías. En resumen, quedaría comprometido el papel central que actualmente ocupa el médico obstetra en el modelo tencocrático del nacimiento.

II Aspectos metodológicos

Acotando el amplio universo maternal, en el presente trabajo, se hará referencia a la experiencia maternal como aquella en la que a través del nacimiento se unen el hijo imaginado, el hijo gestado y el hijo nacido. Brazelton y Cramer⁷ hacen referencia a la fusión de tres bebés: el bebé imaginario de sueños y fantasías, el feto real pero invisible del que se percibieron movimientos y ritmos particulares que le otorgaron una personalidad, y el recién nacido que finalmente se puede ver, oír y abrazar. Con este nuevo ser se emprende la movilizadora construcción del apego, pero es posible rastrear el origen del mismo en las relaciones que se establecen con el feto en el embarazo e incluso previamente al mismo en el deseo de tener un hijo.

El trabajo acerca de la maternidad se centra en tres ejes temáticos de análisis: medicalización, género, y apego, que se interrelacionan a lo largo del mismo. Esquemáticamente se puede mostrar la manera en la que estos ejes se relacionan a través de las hipótesis de trabajo desde las que se parte y que guían el proceso de investigación.

Las hipótesis de trabajo son las siguientes: la medicalización de la sociedad ha consecuentemente llevado a la maternidad medicalizada; la naturaleza cultural de la maternidad requiere un análisis de género; la medicalización de la maternidad responde a una dominación de género; la maternidad medicalizada incide en el establecimiento del vínculo de apego; el inicio del vínculo de apego está determinado por relaciones de género.

En cuanto a la pregunta central que se busca responder a través de este estudio, es definida de la siguiente manera: **¿cómo incide la medicalización de la maternidad en el establecimiento del apego?** Si bien la medicalización de la maternidad es un proceso complejo que posee múltiples dimensiones, en el marco de este trabajo se referirá a los procedimientos del parto medicalizado que responden a un modelo tecnocrático de nacimiento, sus efectos sobre el inicio de la lactancia y la multiplicidad de mitos contradictorios acerca de la misma.

⁷ T. Berry Brazelton y Bertrand G. Cramer: "La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial", Barcelona, Paidós, 1990, p.23.

A partir de las interrelaciones entre los ejes de análisis anteriormente mencionados surgen las siguientes preguntas secundarias que se intentará responder a lo largo del desarrollo del trabajo monográfico. Las mismas pueden ser ordenadas de acuerdo a la siguiente secuencia lógica:

- ¿Qué es la medicalización de la sociedad?
- ¿Por qué medicalización implica un ejercicio de poder?
- ¿Cuál es la relación entre medicina y capitalismo?
- ¿Cuál es la concepción cultural del cuerpo?
- ¿Cómo se evidencia el disciplinamiento de los cuerpos a través de la medicina?
- ¿Qué significa el cuerpo femenino para nuestra sociedad?
- ¿Por qué es necesario analizar la maternidad desde una perspectiva de género?
- ¿Cuáles son las funciones de los mitos acerca de la maternidad?
- ¿Cómo surge el proceso de la medicalización de la maternidad?
- ¿Por qué el parto medicalizado puede ser analizado como un rito de pasaje?
- ¿Cuáles son los procedimientos del parto medicalizado y su justificación?
- ¿Cuáles son los efectos psicológicos y fisiológicos de los procedimientos?
- ¿Cómo incide el parto medicalizado en el inicio de la lactancia?
- ¿Cuáles son los mitos de la lactancia?
- ¿Qué es la medicalización de la lactancia?
- ¿Por qué existen discursos contradictorios acerca de la lactancia?
- ¿Cuál es la relación entre lactancia y apego?
- ¿Qué es el instinto materno?
- ¿Cuál es la relevancia del apego?
- ¿Qué puede aportar la perspectiva de género al concepto de apego?

CAPÍTULO I LA MEDICALIZACIÓN DE LA SOCIEDAD

I.1 El concepto de medicalización

Desde una perspectiva antropológica, en la diversidad de culturas, contextos geográficos y momentos históricos, el hombre ha creado “medicinas”: ha elaborado diferentes cuerpos de conocimiento que abordan el tema de la salud para poder enfrentar y dar respuestas concretas a las urgencias de la vida y la muerte⁸. Todas las sociedades han reflexionado acerca de la enfermedad, han designado sus agentes para tratarlas, han clasificado y utilizado medicamentos, han realizado tratamientos, y han transmitido estos conocimientos a las siguientes generaciones. Pero en el caso de la cultura occidental, en las sociedades industriales modernas, se estableció la hegemonía de las ciencias médicas sobre el resto de las medicinas. La responsabilidad de la salud colectiva e individual se delegó en las respuestas de la medicina científica, que se consolidó como fuente legitimada, única y oficial, para el tratamiento de las enfermedades.

La medicina se considera una disciplina relevante y especial: relevante, en tanto que afecta el fundamento físico y corporal de la existencia humana; y especial, porque abarca un amplio espectro dentro del canon de las ciencias⁹. La medicina ocupa ámbitos que van desde las bases teóricas de la ciencia hasta las prácticas médicas cotidianas, desde la explicación científica hasta la comprensión individual, desde los fundamentos experimentales de la salud y la enfermedad hasta la curación, el cuidado y la asistencia de los que sufren.

Sin embargo, la trascendencia del fenómeno de la medicina no reside únicamente en su amplitud, sino en su función normalizadora: el conocimiento y la práctica médica instituyen normas. Cuando desde la medicina se proponen modelos en términos de normalidad-anormalidad comienza a visualizarse la noción de medicalización.

El proceso de medicalización implica la expansión de los parámetros ideológicos y técnicos de los saberes de la medicina hacia espacios que anteriormente no se encontraban dentro de su tradicional dominio, afectando casi todos los ámbitos importantes de la vida social¹⁰. Por

⁸ Sonia Romero Gorski: “Transformaciones en el campo de la salud en el Uruguay: ¿una revolución cultural?”, en Bayce, et al: “La medicalización de la sociedad”, Montevideo, ecoteca, 1993, p.127.

⁹ Alfons Labisch: “características y condiciones de la actividad médica en la modernidad” en op cit., p.249.

¹⁰ Myriam Mitjavila: “El saber médico y la medicalización del espacio social”, Montevideo, FCS-DS, 1998, p.2.

esta razón el concepto de medicalización no se refiere solamente a la repercusión de la medicina en la asistencia y el tratamiento de las enfermedades, sino que supone la configuración de roles y pautas sociales de comportamiento. De esta manera, la medicina ocupa una posición dominante en nuestra cultura, estableciendo sistemas de valores y de creencias hegemónicos, que suprimen o neutralizan otras comprensiones diferentes de la enfermedad, de la vida y de la muerte.

Según Crawford¹¹ es posible atribuir dos acepciones a la noción de medicalización: la primera se refiere a las funciones de sustitución y de complementariedad con otros dominios institucionales; la segunda concierne a la expansión de la medicina en base a criterios de prevención. En el primer caso, la medicina ha intervenido progresivamente en las denominadas conductas socialmente desviadas, que anteriormente eran objeto de tratamiento por parte de otros ámbitos institucionales, como el derecho o la religión en términos de crímenes o pecados. En el segundo caso, la medicina ha ampliado su espectro de atención a situaciones de la vida cotidiana de los individuos, como trabajo, alimentación, sueño y ocio, estableciendo para los mismos modelos de estilos de vida en base a criterios de salud y enfermedad.

I.2 La salud como valor supremo de la sociedad uruguaya

Si bien es cierto que la práctica médica científica, como respuesta de la sociedad al fenómeno de la salud y la enfermedad, es propia de la cultura occidental, la sociedad uruguaya se convirtió en un representante destacado de la misma. Entendiendo a la medicalización de la sociedad como la permeación y el dominio del imaginario colectivo por el saber y el poder médico¹², la misma se transformó en uno de los aspectos más destacados y representativos de nuestra identidad cultural, desde principios del siglo pasado. En la reconstrucción histórica del fenómeno de la medicalización de la sociedad en el Uruguay del Novecientos, J.P. Barrán lo expresa afirmando que la sociedad uruguaya convirtió a la salud en un valor supremo, del cual derivó el poder opaco y absoluto del médico y el sometimiento inconfesado y total del paciente.¹³

¹¹ op. cit., p.6,7.

¹² José Portillo: "La medicina el imperio de lo efímero", en Bayce, et al: "La medicalización de la sociedad", Montevideo, ecoteca, 1993, p.17.

¹³ José Pedro Barrán: "Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. El poder de curar.", Montevideo, Ed. De la Banda Oriental, 1992, p.238.

La posición hegemónica y la expansión de las fronteras de la medicina es resultado de un proceso histórico en el que participaron diversos factores. En el caso de la sociedad uruguaya, entre 1900 y 1930 la medicalización se llevó a cabo en tres niveles, con diferente intensidad y ritmo histórico¹⁴. En primer lugar, el médico llegó a monopolizar el tratamiento de la enfermedad a partir de su rol creciente en el nivel de la atención. En segundo lugar, se produjo una variación en la mentalidad colectiva generada en el nivel de la conversión de la salud en uno de los valores supremos de la sociedad. En tercer lugar, la propagación del saber médico provocó cambios por parte de la sociedad en el nivel de asunción de conductas cotidianas y valores colectivos congruentes.

El poder médico fue el primero de los poderes tecnocráticos, basado en su identificación con la racionalidad y el profesionalismo, valores que en la modernidad se convirtieron en absolutos. Surge en este proceso el nacimiento de una nueva clase social, autodenominada como la clase médica y caracterizada por el ejercicio del poder, la soberbia del saber científico y el espíritu corporativo. Los propios médicos describieron al médico como filántropo, santo, pedagogo y reformador, con las virtudes del desapego al dinero del noble, el sacrificio del cristiano, la sabiduría del científico y la sensatez del burgués. Pero los roles mencionados superan el objetivo específico de la profesión, la cura de la enfermedad, y muestran la expansión de la influencia médica en ámbitos de la moralidad¹⁵.

El médico se convirtió en el mentor moderno de la conciencia individual en el seno de las familias liberales. Contando con el prestigio social y poder económico, la clase médica logró ocupar un lugar social entre los privilegiados. En un período de treinta años, pasó del monopolio de valores supremos de la modernidad, como el curar y el saber científico, a conquistar los espacios más influyentes, el relativo a su profesión, el imaginario social y la riqueza¹⁶.

La medicalización de la sociedad tuvo en el Estado batllista, como forma de designar una entidad más compleja en la que también influyeron otras fuerzas políticas, un fiel ejecutor y aliado, especialmente en lo que se refiere a la fundación de nuevos hospitales en todo el país¹⁷. El Estado apoyó permanentemente a la clase médica en especial porque su saber representaba la

¹⁴ op. cit., p.57.

¹⁵ José Pedro Barrán: "Aspectos de la medicalización de la sociedad uruguaya" en Bayce, et al: "La medicalización de la sociedad", Montevideo, ecoteca, 1993, p.167,168.

¹⁶ op. cit., p.170,171.

¹⁷ José Pedro Barrán: "Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. El poder de curar.", Montevideo, Ed. De la Banda Oriental, 1992, p.70.

cultura científica ante la ignorancia popular. En el marco del surgimiento del Estado moderno, el discurso médico desempeñaba una función disciplinante para la construcción del nuevo hombre que el orden establecido requería¹⁸.

La combinación del avance científico, el cambio cultural y el apoyo estatal, fue lo que promovió la medicalización de la sociedad y su principal consecuencia, el poder de la corporación médica¹⁹. Apelando a su influencia en la sociedad, el saber médico sirvió al orden establecido a través de sutiles e inadvertidas nuevas formas de disciplinamiento.

I.3 El disciplinamiento: relaciones entre saber y poder en la clínica moderna

I.3.1 El saber médico

En base a la estrategia interpretativa de Foucault²⁰, el saber abarca más que el conocimiento especializado, se trata de una comprensión profunda y de la existencia de un conjunto de reglas para la determinación de validez de enunciados de un dominio específico. El autor señala que el saber puede reconocerse como una expresión paradigmática a través de sus prácticas discursivas, que son definidas como el conjunto de reglas anónimas, históricas, determinadas en el tiempo y el espacio, que establecen en una época dada las condiciones de ejercicio de la función enunciativa.

J.Portillo²¹ señala tres aspectos del discurso médico. En primer lugar la relatividad del discurso médico, debido al hecho de que sus afirmaciones no son verdaderas, absolutas e imperecederas, aunque se pretenda lo contrario. En su calidad de práctica discursiva, va variando en función de sus condiciones socio-históricas de producción. A pesar de que pretende lo contrario, el discurso médico no es infalible: la medicina sabe y cura menos de lo que cree y hace creer.

El segundo aspecto es el de la dimensión mercantil del discurso médico. La medicina asume un rol capitalista, ya que detrás de ella se mueven poderosas industrias como la farmacéutica, el comercio de la aparatología y las corporaciones médicas, que determinan el discurso médico de acuerdo a sus intereses económicos.

¹⁸ op. cit., p.173, 174.

¹⁹ op. cit., p.238,239.

²⁰ José Portillo: "La medicina el imperio de lo efímero", en Bayce, et al: "La medicalización de la sociedad", Montevideo, ecoteca, 1993, p.21.

²¹ op. cit., p.22-25

Por último, la dimensión simbólica del discurso médico, siendo un aspecto notoriamente relevante y trascendente. Se refiere al vínculo histórico entre el chamán y el médico. Todas las sociedades humanas han necesitado de alguien que solucione, o pretenda solucionar, los problemas referentes a la vida y la muerte. Levi-Strauss señala que la eficacia de la magia implica la creencia en el poder de la misma, y la validez del hechicero y sus técnicas.

Generalmente el discurso médico es cognitivo pero no es comunicativo, se limita a transmitir información impidiendo la interacción subjetiva²². Por lo tanto, si una relación es socialmente más equilibrada de acuerdo a su capacidad de interacción subjetiva, a mayor asimetría en la relación se producirá una mayor dependencia, y por lo tanto mayor dominación.

I.3.2 El poder médico

Continuando con el pensamiento de Foucault, el poder no es algo anterior ni exterior al saber, sino un elemento co-constitutivo en la producción de la verdad del mundo moderno: no existe el saber por un lado y el poder por el otro.

Giddens²³ define al poder como la capacidad del actor para intervenir en una serie de eventos con el fin de alterar su curso, cuando la realización de los resultados depende de la actividad de otros. Se habla de dominación en el caso que el poder sea ejercido por unos hombres sobre otros. Para J.Portillo²⁴ el poder médico se ejerce, en términos de dominación, en la lucha que opone a los diplomados por la calificación cultural a los que no la tienen, enmarcados por su origen de clase.

El poder médico se encuentra respaldado por el saber médico, pero también tiene un sustento ético, entendiendo a la ética como la disciplina que estudia los aspectos normativos y legitimados por el cuerpo social. Pero si bien se trata de una ética principalmente consensual, también presenta variantes, reconocidas a partir de la mencionada lucha de clases. La ética del paciente no necesariamente coincide con la ética de la clase letrada. Los sujetos se relacionan situados en posiciones de desigualdad ante un saber específico y en función de opciones que pueden ser conflictivas, por lo tanto interesa debatir acerca de las garantías éticas, “el deber ser” de la medicina.

²² op. cit., p.30.

²³ op. cit., p.26.

²⁴ op. cit., p.26-30.

I.3.3 La clínica

El nacimiento de la institución médica, bajo la forma de la clínica moderna, no es solamente el resultado de una reconstrucción epistemológica de la enfermedad, sino que se desarrolla a expensas de una legítima manipulación del cuerpo individual: se crea una nueva manera de generar el saber a través del ejercicio del poder sobre los cuerpos. Los individuos son examinados, medidos, descritos, comparados, clasificados y juzgados. Para Foucault²⁵ al emplear técnicas disciplinarias para la subordinación de los cuerpos, en la clínica moderna se crean las condiciones de un modelo de sociedad en la que todo es regulado, calculable, racionalizado y eficiente.

Materializada en la clínica u hospital, la institución médica adquiere la figura del modelo panóptico de J. Bentham²⁶, basado en la ilusión del control y el poder absoluto sobre los pacientes. El grado de despersonalización de los usuarios es total, transformándose en la particularización de un número. Teresa Porzecanski²⁷ afirma que enfermar es entrar en un sistema institucional que despoja gradualmente al individuo de su “condición humana” ya que el tratamiento de la enfermedad supone una degradación permanente de la autoestima del enfermo, privándolo de su derecho como adulto a la autodeterminación y sometiéndolo a una desconsideración agresiva de su cuerpo.

La vida interna de las instituciones médicas configura un mundo que le es propio y se le presenta al paciente como autosuficiente, con reglas que trascienden la salud y afectan otros ámbitos. La excesiva burocracia promueve una atención deshumanizada, que el paciente vive como mecanismo muchas veces caótico, imposible de comprender en sus objetivos últimos, descomprometido en cuanto a las responsabilidades por los errores y gestor de arbitrariedades. En sus orígenes la medicina científica fue entendida como un movimiento democratizador y desmitificador, pero actualmente tiende a una práctica industrializada de la salud que responde a objetivos no tan claros incluso para los propios técnicos.

²⁵ Myriam Mitjavila: “El saber médico y la medicalización del espacio social”, Montevideo, FCS-DS, 1998, p.27,28.

²⁶ Joaquín Rodríguez Nebot: “El hombre medicinal”, en Bayce, et al: “La medicalización de la sociedad”, Montevideo, ecoteca, 1993, p.42,43.

²⁷ Teresa Porzecanski: “Medicalización y mitologías: los destinos del cuerpo físico y social”, en Bayce, et al: “La medicalización de la sociedad”, Montevideo, ecoteca, 1993, p.100-106.

J. Attali²⁸ ha definido a la medicina contemporánea, industrializada y tecnificada, como un “saber de vigilancia” que responde a una necesidad que las sociedades modernas se atribuyen sobre el sujeto, según la cual las instituciones se convierten en lugares de producción y de gestión de los perfiles de vida normales. De acuerdo a esta concepción, los técnicos de la salud ejercen un control arbitrario sobre el cuerpo enfermo, que los exime de sus responsabilidades directas sobre las decisiones tomadas sobre los pacientes. En esta práctica se combinan modalidades de manipulación y deshumanización de la dimensión física, que comprometen la integridad elemental de la persona. A pesar de esta destrucción de la dignidad humana, es notorio el deseo de internación frente a los problemas médicos: para el imaginario social existe un ámbito físico que lo resuelve todo²⁹.

I.4 La autoridad cultural y el prestigio social de la medicina

I.4.1 La autoridad en el ejercicio del poder médico

Entendiendo a la autoridad como la posesión o la pretensión que induce a confiar u obedecer, Mitjavila³⁰ expone el planteo de Starr acerca de las dos condiciones que la caracterizan en el ejercicio del poder médico: la legitimidad y la dependencia. La legitimidad se refiere a la aceptación de la pretensión de obediencia, mientras que la dependencia se vincula con la previsión de las consecuencias desfavorables de la no obediencia. A modo de pilares, estos componentes aseguran la estabilidad en las relaciones de autoridad y avalan el poder de la medicina para colonizar la vida social. Si bien puede presentarse tanto la coexistencia como la alternancia de ambas condiciones, existe una amplia gama de configuraciones variables en la incidencia de las mismas de acuerdo a los contextos involucrados.

Siguiendo con el desarrollo de Starr, distingue entre autoridad social y autoridad cultural³¹. En términos weberianos la autoridad social es la probabilidad de que un mandato, reconocido como legítimo de acuerdo a las normas prevalecientes en una sociedad, sea obedecido. Por otra parte, la autoridad cultural es la probabilidad de que ciertas definiciones particulares de la

²⁸ op. cit., p.106.

²⁹ José Portillo: “La medicina el imperio de lo efímero”, en Bayce, et al: “La medicalización de la sociedad”, Montevideo, ecoteca, 1993, p.32, 33.

³⁰ Myriam Mitjavila: “El saber médico y la medicalización del espacio social”, Montevideo, FCS-DS, 1998, p.32.

³¹ op. cit., p.34, 35.

realidad, así como juicios de significado y de valor, se impongan como válidas y verdaderas. El hecho de considerar al saber médico como conocimiento calificado, manifiesta la aceptación de su autoridad cultural, siendo la base sobre la que se desarrolla y se extiende la autoridad social de la medicina.

La autoridad cultural del saber médico se fundamenta en una serie de atributos³², entre los que se destacan: el conocimiento y la competencia profesional se encuentran validados por la comunidad de pares; los fundamentos racionales y científicos del conocimiento médico; la orientación de los juicios y la intervención médica hacia el valor central de la salud. En base a estas propiedades, la dimensión cultural de la autoridad es un atributo relevante del saber médico y resulta uno de los soportes principales de la medicalización del espacio social. Como corolario, la sociedad le adjudica a la medicina el mandato de diagnosticar, prevenir y corregir las desviaciones de sus miembros.

I.4.2 El prestigio social del médico

Siendo el agente de la medicalización, el médico se constituyó como un personaje clave del disciplinamiento y la vigilancia propios de la modernidad. Bayce³³ afirma que se le otorgó una autoridad superior e incuestionable en sus opiniones acerca de diversos temas para los cuales no poseía una formación específica, debido a su prestigio social como satisfactor de la necesidad de supervivencia y bienestar físico. Esta extensión de la autoridad de un ámbito hacia otros para los que no existe un carisma, experiencia o preparación especial, se denomina generalización del poder y del status.

Hacia fines de la modernidad aparece un nuevo estilo de médico, caracterizado como fugaz y monosilábico, burocrático y especialista. Bayce sitúa a este nuevo médico en la decadencia del poder y prestigio médicos, cuyas características lo distancian considerablemente de sus anteriores colegas: no tiene la humanidad del premoderno, ni la científicidad del hipermoderno, ni la confianza reconfortante del médico de familia³⁴.

El vasto universo de la posmodernidad se le presenta al médico en la forma de una competencia con medicinas populares, ancestrales, naturistas, alternativas y neomágicas, que

³² op. cit., p.37.

³³ Rafael Bayce: "El devenir histórico del poder y prestigio sociales del médico" en Bayce, et al: "La medicalización de la sociedad", Montevideo, ecoteca, 1993, p.219-220.

³⁴ op. cit., p.222.

contribuyen en el deterioro de su poder y prestigio social. Para amortiguar su descenso, el médico deberá replantearse la herencia de los excesos del racionalismo de la modernidad manifestados en su incapacidad para responder a las exigencias actuales: en lugar de despreciar, debería indagar, comprender y adoptar técnicas complementarias³⁵.

I.5 Relaciones del poder médico con otras esferas de poder

Barrán³⁶ plantea que en el proceso de la medicalización de la sociedad, el poder médico no solamente se infiltró sino que llegó a dominar con su saber el resto de los poderes y los saberes. El entramado de los poderes, en una sociedad jerarquizada como la del Uruguay de Novecientos, hace que los mismos se vinculen a un fin principal: la preservación del orden establecido. Un mantenimiento no solamente en términos de estructuras económicas y sociales, sino también en las concepciones y comprensiones presentes en la sociedad, que eran las que inicialmente permitían la reproducción de las primeras. De esta manera, el poder médico participó de las formas de ser del poder burgués y del poder masculino.

I.5.1 La medicina capitalista

Para Labisch³⁷ la medicina moderna representa en la sociedad industrial un factor productivo necesario y de descarga: los individuos, las familias y la sociedad toda le entregó a la medicina los aspectos referidos a su corporalidad. Por un lado, los trabajadores industriales y sus familias vieron aliviados sus problemas de enfermedad, invalidez y muerte. Por otro, la sociedad se vio librada de epidemias y muertes masivas a través de políticas sociales sanitarias. Asumiendo tareas que anteriormente eran desempeñadas por la propia familia o la comunidad, la medicina amplió sus fronteras a la educación y el control en el marco de la ideología dominante de la modernidad: la racionalidad productiva.

A través de la industrialización, el esfuerzo científico y tecnológico, y una gran inversión de capital, fue consolidándose una medicina capitalista, como instrumento del desarrollo

³⁵ op. cit., p.226.

³⁶ José Pedro Barrán: "Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. El poder de curar.", Montevideo, Ed. De la Banda Oriental, 1992, p.12-16.

³⁷ Alfons Labisch: "Características y condiciones de la actividad médica en la modernidad", en Bayce, et al: "La medicalización de la sociedad", Montevideo, ecoteca, 1993, p.237, 238.

capitalista en el terreno de la salud. Con la expansión del capitalismo y el consumo masificado, la medicina también comenzó a consumirse: los enfermos generan una demanda constante de mercancías de salud y la publicidad se encarga de producir necesidades adaptadas a la oferta. Siendo objetos de mercado sujetos a la oferta y la demanda, las mercancías de la salud han implicado imposiciones en la investigación y en la práctica médicas³⁸. Se señalan tres mecanismos por los que se lleva a cabo el avance de la medicina capitalista en la vida social: la expropiación depredadora, la imposición autoritaria y la externalización, con respecto a las concepciones y prácticas de la salud popular.

El primer mecanismo se refiere a la expropiación de conocimientos populares para convertirlos en mercancías, devolviéndolos en el mercado a través de productos industrializados y despreciándolos en sus formas originales. El segundo mecanismo ha sido la imposición autoritaria de una verdad de la salud, no solamente para los sectores populares, sino también para las clases dominantes, fijando las pautas de lo normal y lo anormal en la vida cotidiana. El tercer mecanismo es el de concebir la curación de las enfermedades como algo externo al organismo, vinculada a la producción industrial, por lo que se subestima las potencialidades curativas y regenerativas inherentes al propio cuerpo.

En este contexto, es posible referirse a un fenómeno que se entrelaza con el de la medicalización de la sociedad, el de la mercantilización de la medicina³⁹, que se vincula con la conversión en mercancía o dinero, de cada una de las partes del organismo y de todas las actividades relacionadas con la vida y la salud. Pero la cuestión ética sobre la relación entre la dimensión corporal y el mercado no es una cuestión reciente, sino que las dos concepciones del cuerpo humano, como mercancía o como valor, recorren toda la historia de la humanidad pero adquieren particularidades diversas de acuerdo a los contextos de referencia.

Es importante destacar que la medicina continúa apelando a su racionalidad científica, reafirmando el mantenimiento de su prestigio social, cuando en realidad responde también a otras tendencias racionales. La medicina no es de ninguna manera independiente del modelo cultural, ni presenta motivaciones que sean ajenas al mismo. Por el contrario, desde un punto de vista

³⁸ C. Urrutia; A. Boggio; A. Maguiña: "La enfermedad capitalista de la salud popular: hacia un replanteo saludable" en *Acción Crítica* 16, 29-44, 1984, p.29-33.

³⁹ Giovanni Berlinguer: "Ética, salud y medicina", Montevideo, Nordan L.I.C., CASMU, 1994, p.81,82.

antropológico, las características de la medicina van a estar delineadas por el lugar que ocupa en un determinado modelo cultural⁴⁰.

I.5.2 Medicina y patriarcado

El poder médico surge ligado a la organización jerárquica del Estado, a las Instituciones, y por lo tanto, al modelo patriarcal de familia, respetando la autoridad y las funciones diferenciadas de cada sexo y grupo generacional⁴¹. En la cultura patriarcal las diferencias sexuales se encuentran jerarquizadas en una oposición dualista: el varón es mejor que la mujer, y la mujer adquiere obligaciones concretas y funciones subordinadas al varón. Siendo el patriarcado una estructura social basada en la propiedad y posesión de la mujer, el capitalismo ha heredado sus pseudo valores ya que los mismos le son totalmente funcionales.

A través de los aprendizajes de género, se desarrollan distintas formas de sentir, actuar y estar para varones y mujeres, que se especializan en roles y funciones diferentes, desarrollando cualidades y habilidades acordes a las tareas previamente asignadas. Las especializaciones sexuales, interiorizadas a partir del proceso de socialización, no aparecen como producto de la cultura, sino como características naturales de uno y otro sexo. Esta naturalización de la ideología de género permite ocultar los beneficios que las estructuras dominantes obtienen de la presente distribución de roles y funciones: el mantenimiento y la reproducción del sistema de relaciones sociales, políticas y económicas vigentes⁴².

En esta perspectiva, el cuerpo femenino se encuentra relacionado no solamente con un determinado sexo, sino que es modelado por una realidad cultural, siendo total la identificación entre el cuerpo femenino y la función social de la mujer en el patriarcado. Basada en la capacidad natural de la mujer para parir y amamantar, la mujer fue confinada al ámbito doméstico, privado, relativo a las tareas del hogar, cuidado de los hijos y sometimiento al varón. A través de una educación corporal, se logró un cuerpo femenino dócil, disciplinado, controlado y productivo, estableciéndose como resultado de un nuevo dispositivo de poder, el de la sexualidad.

⁴⁰ Erwin H. Ackernknecht: "Medicina y antropología social: estudios varios", Madrid, Akal, 1985, p.128,129.

⁴¹ Sonia Romero Gorski: "Transformaciones en el campo de la salud en el Uruguay: ¿una revolución cultural?", en Bayce, et al: "La medicalización de la sociedad", Montevideo, ecoteca, 1993, p.134.

⁴² M. Mazzotti; G. Pujol; C. Terra: "Una realidad silenciada: sexualidad y maternidad en mujeres católicas", Montevideo, Trilce, 1994, p.17.

Los aportes de Foucault han resultado fundamentales en la reflexión acerca de la necesidad experimentada por la sociedad de ejercer control sobre los individuos a través de dispositivos de poder. Plantea que desde los orígenes de la sociedad capitalista el cuerpo constituye una realidad biopolítica y la medicina una de las estrategias biopolíticas. En el caso de los procesos de medicalización, esto se materializa en la función normalizadora del saber médico a través de ejercicio de un poder legitimado en función de sus objetivos manifiestos y de sus bases cognitivas⁴³.

Constituyendo un ámbito socializador, a través de la medicalización se legitiman elementos de los universos simbólicos que integran los sistemas de dominación desde los que surge: de clase y de género. Cuando la función normalizadora de la medicina, característica de la medicalización de la sociedad, se entrelaza con los valores propios de la cultura patriarcal, se inicia el proceso de la medicalización de la reproducción, la maternidad y la lactancia.

⁴³ M. Mitjavilla; L. Echeveste: "La medicalización de la reproducción humana", Serie Investigaciones 64, Montevideo, CLAEH, 1992, p.11,12.

CAPÍTULO II LA MATERNIDAD MEDICALIZADA

II.1 La maternidad como construcción cultural

II.1.1 Necesidad de un abordaje multidisciplinario de la maternidad

La experiencia de la maternidad se presenta en los diversos estratos de diversas sociedades como algo inherente al ser mujer. Se asume naturalmente, algo que las mujeres deben experimentar de acuerdo al mandato biológico. Pero, ¿están las mujeres determinadas a vivir la maternidad solamente como hecho biológico? En absoluto, la cultura desempeña un papel de enorme importancia en el condicionamiento de las acciones humanas. La cultura otorga a los hechos biológicos el significado con el que cada sociedad los interpreta.

Podría pensarse que vivir la maternidad es una experiencia unificadora para las mujeres desde el punto de vista biológico. Los términos madre y mamá provienen del latín, y hacen referencia a la realidad biológica de la maternidad: el primero significa matriz o útero y el segundo mama o teta. De acuerdo a esta definición terminológica, parece que la maternidad tiene su función inherente en la gestación, el parto y el amamantamiento de los hijos. Pero esto deja fuera varias posibilidades que se presentan como realidades para muchas mujeres de nuestra sociedad. En primer lugar en nuestra cultura el amamantamiento no se produce como una consecuencia natural del dar a luz a un hijo. En segundo lugar es posible ser madre sin haber gestado el hijo en el útero a través de la adopción, o haberlo gestado y ser simplemente “madre biológica” sin experimentar la maternidad por no haber deseado y/o experimentado ese embarazo. En tercer lugar, existiría una tercera categoría de mujeres “madres no reconocidas”, aquellas que viven y sufren intensamente la experiencia o la ausencia de su maternidad: mujeres que han sufrido la muerte de su bebé en el útero o en el nacimiento; mujeres que han experimentado abortos espontáneos de embarazos deseados; mujeres que nunca han concebido y esperan ansiosamente la confirmación de un embarazo. Todos estas mujeres con hijos imaginados, hijos gestados o hijos nacidos.

Lo anterior evidencia que el reduccionismo biológico tiene poco que aportar para un análisis de la maternidad, siendo una experiencia compleja de naturaleza biológico-cultural e incluso podría decirse que la reproducción es de orden biológica mientras que la maternidad es de orden cultural. Es justamente por su naturaleza que la maternidad puede ser analizada como

fenómeno psicológico, psico-social, social y cultural, buscando enriquecer su comprensión a través de los aportes de diversas disciplinas. ¿Por qué las mujeres necesitan “completarse” a través de la maternidad? La psicología tiene respuestas para esta cuestión. ¿Cuál es la trascendencia de las primeras interacciones para el surgimiento del vínculo entre madre-hijo? La psicología social puede brindar sus aportes para comprenderlo. ¿Cómo se evidencia que la mujer accede a un nuevo estatus a través de la maternidad? La antropología social y la sociología de género tienen algo para decir al respecto.

La riqueza de la temática permite que pueda ser abordada en profundidad desde diversos puntos de vista. Excede el objetivo de este trabajo un abordaje con estas características. Lo que se intentará es la complementariedad de los aportes de las diversas disciplinas. Un enfoque multidisciplinario tiene la ventaja de permitir una visión holística de la situación estudiada pero sin detenerse a analizar minuciosamente cada aspecto de la misma desde un único campo de conocimiento, abarcando así la complejidad del fenómeno.

II.1.2 Relevancia de la perspectiva de género para analizar la maternidad

Existe una multiplicidad de discursos culturales acerca de la maternidad, muchos de ellos contradictorios entre sí, referentes a los diversos aspectos del desarrollo de la relación madre-hijo. La futura madre puede comenzar a percibir dichas contradicciones desde el embarazo, pero seguramente las experimentará al momento del parto y la invadirán totalmente cuando tiene a su bebé en brazos. Existe una gran distancia entre los diversos mitos que envuelven la experiencia de la maternidad, intentando simplificarla y unificarla, y la vivencia real y concreta de ser madre.

Bruner⁴⁴ explica esta multiplicidad de discursos contradictorios de la siguiente manera: lo que denominamos cultura es una serie de significados públicos y compartidos en la que nos encontramos inmersos, y participamos en ella a través de discursos compartidos que sirven para negociar las diferencias. Dentro de cada cultura existen diversas subculturas que significan los mismos conceptos de maneras diferentes. En este caso, cada subcultura le dará un significado distinto al concepto de maternidad, y asimismo al vínculo madre-hijo.

Lo anterior hace referencia a la variabilidad subcultural dentro de una misma cultura. En el caso de la experiencia maternal, no tiene el mismo significado ser madre, por ejemplo, para una

⁴⁴ Jerome Bruner: “Actos de Significado. Más allá de la revolución cognitiva”, Madrid, Alianza, 1991, p.29.

mujer profesional que para una mujer perteneciente a la denominada “cultura de la pobreza”. Si bien hay variaciones subculturales de lo que se entiende por maternidad, también existe un proceso hegemónico en nuestra sociedad que se encuentra enmarcado por la ideología de género. Entendemos por género a una construcción simbólica que agrupa los aspectos psicológicos, sociales y culturales de lo femenino y de lo masculino, mientras que el sexo hace referencia a los componentes biológicos, anatómicos y del intercambio sexual en sí mismo. Es un producto del establecimiento de una clasificación y atribución de roles para cada uno de los sexos, que se construye y se reproduce en relaciones sociales orientadas al mantenimiento de las diferencias entre hombres y mujeres⁴⁵.

Este proceso de enculturación de la maternidad, es común a todas las mujeres: a la niña se le enseña que la función de la mujer es ser madre y que a través de la maternidad la mujer alcanza su realización, luego la niña se identifica con este rol a través de la percepción de su semejanza con su propia madre⁴⁶. A través de este proceso, el ejercicio de la maternidad de las mujeres funciona como otras actividades sexualmente diferenciadas, siendo producto del aprendizaje de un rol femenino y de la identificación con un rol determinado. Para entender las sutiles maneras en las que se perpetúa la dominación de género y plantear alternativas que permitan a las mujeres vivir la experiencia de ser madres libres de estereotipos creados culturalmente es necesario analizar la maternidad desde una perspectiva de género.

II.1.3 De la medicalización de la sociedad a la maternidad medicalizada

Es evidente que los sistemas dominantes de creencias y de valores afectan la experiencia de la maternidad debido a su naturaleza cultural. Se plantea así la influencia de un sistema dominante de creencias y de valores de nuestra sociedad moderna y de la cultura capitalista occidental, el de la medicalización de la sociedad sobre la maternidad.

Hemos analizado la posición dominante que la medicina ocupa en nuestra cultura: posee su conjunto de ideas desarrolladas históricamente y transmitidas socialmente, así como ideales explícitos e implícitos compartidos por el colectivo que establecen prioridades y normas de integración. La medicalización es el proceso de expansión de los parámetros, tanto ideológicos

⁴⁵ Luis Pérez Aguirre: “La condición femenina”, Montevideo, Trilce, 1995, p.74.

⁴⁶ L. Cabrera, S. Crismariu y F. Ferreira: “Acerca del instinto materno”, en Revista de Psicoterapia Psicoanalítica 3: 265-287, 1991, p.271.

como técnicos, de los saberes de la medicina hacia áreas de la vida social que anteriormente no se encontraban dentro de su tradicional dominio⁴⁷.

En este proceso de colonización de la vida social la medicina no incide solamente en el tratamiento y la asistencia médica, sino también en la configuración de roles y pactos sociales de comportamiento. El imaginario colectivo va siendo dominado por el saber y el poder médico, y la medicalización se va transformando en uno de los aspectos fundamentales de nuestra identidad cultural. Portillo⁴⁸ afirma que la sociedad posmoderna necesita de la medicina, por lo tanto se encuentra legitimada y su saber y su poder son muy difíciles de cuestionar.

Uno de las más reciente áreas de dominio de la medicina es la de los procesos naturales referidos al cuerpo de las mujeres: menarquia, menstruación, embarazo, parto, puerperio, lactancia, menopausia. Estos procesos, salvo ante la aparición de patologías, nos hablan de salud más que de enfermedad, pero bajo el modelo médico hegemónico se transforman en adecuados campos de estudio e intervención médica. Sin duda, entre ellos el más medicalizado es el parto, en el cuál se somete a un disciplinamiento al cuerpo sano que cumple con una función natural femenina.

De acuerdo a las ideas de Foucault⁴⁹, las prácticas discursivas y no discursivas de la medicina se han convertido simultáneamente en un campo de conocimiento y de dominación. Se ejerce poder sobre el cuerpo a través de una legítima manipulación basada en el conocimiento, o saber médico, de manera que se logra un cuerpo disciplinado, dócil. Justamente la clase de cuerpo femenino que sirve al mantenimiento y perpetuación de la dominación producto de las relaciones de género.

II.2 Mensajes de nacimiento: el parto medicalizado y sus efectos

El análisis de los diversos procedimientos que se efectúan de forma mecánica en los partos atendidos en las instituciones médicas, es de vital importancia para comprender cómo se juega en contra de un nacimiento más natural, humanizado y por consiguiente, un inicio de la lactancia satisfactorio. Cada uno de estos procedimientos tienen efectos fisiológicos y psicológicos sobre la

⁴⁷ Myriam Mitjavila: "El saber médico y la medicalización del espacio social", Montevideo, FCS-DS, 1998, p.2.

⁴⁸ José Portillo: "La medicina: el imperio de lo efímero", en Bayce, et al.: "La medicalización de la sociedad", Montevideo, ecoteca, 1993, p.17-20.

⁴⁹ Myriam Mitjavila: "El saber médico y la medicalización del espacio social", Montevideo, FCS-DS, 1998, p.26-31.

parturienta, y muchas veces estos efectos son perjudiciales para el normal desarrollo del parto⁵⁰. Se han realizado investigaciones que evidencian que dichas prácticas generalmente no cumplen con el propósito por el cual son utilizadas, e incluso causan directamente daño sobre la mujer o sobre el bebé, por lo que cabe preguntar ¿por qué se continúan realizando de forma rutinaria?. La respuesta parece indicar que estamos frente a procedimientos rituales y simbólicos. Bajo esta hipótesis David-Floyd realiza su análisis acerca de la medicalización del parto, afirmando que el nacimiento bajo el modelo tecnocrático es un rito de pasaje⁵¹.

Los ritos de pasaje son ceremonias rituales estudiados por Arnold van Gennep, cuyo rasgo más importante es que tienen que ver con el movimiento de individuos o grupos de una posición social y/o estatus a otra. Entre los ritos de pasaje se encuentran ceremonias de iniciación, relacionadas con la pubertad e inicio de relaciones sexuales, el embarazo y el nacimiento, el compromiso y el matrimonio, la guerra y los viajes, la muerte y los funerales, diversas etapas del ciclo de la vida.

Si bien se encuentran bajo una multitud de formas, siempre es posible identificar un modelo típico, ya sea expresado conscientemente o tan sólo sugerido. Las ceremonias se realizan conforme a este modelo de tres etapas ordenadas que dramatizan el cambio de estatus: separación, transición e incorporación. En primer lugar cuando el individuo cambia de un estatus social a otro, primero se separa física o simbólicamente; en segundo lugar pasa por una etapa transitoria en la que se llevan a cabo diversos rituales; y finalmente, en tercer lugar, se reincorpora a la sociedad, pero en un estatus diferente.

Bock⁵² afirma que los diversos ritos de pasaje poseen un papel importante en la vida de cada grupo social. A través de ellos se brindan medios uniformes para hacer frente a las “crisis vitales” que se dan en toda sociedad y sirven para dramatizar, tanto para el individuo como para el grupo, el avance de una persona dentro de una carrera social. Mediante del proceso de enculturación, el individuo aprende los comportamientos que su sociedad valora e internaliza el tipo de persona que la misma espera que se convierta. Generalmente el individuo se esfuerza por satisfacer estas expectativas sociales y de los valores de su cultura dependerá fundamentalmente

⁵⁰ Ver Anexo 2 del presente documento, en el que se realiza una síntesis de los procedimientos de rutina en los partos institucionales de acuerdo al análisis de David-Floyd, contextualizados a la atención de los partos en las instituciones uruguayas.

⁵¹ Robbie Davis-Floyd: Birth Messages, disponible en <http://www.birthpsychology.com/messages>

⁵² Philip Bock: “Introducción a la moderna antropología”, México, Fondo de Cultura Económica, 1985, p.107-112.

cual será el objeto de su empeño. Por esta razón las ceremonias de pasaje desempeñan importantes funciones psicológicas y sociales. Cuando no existen en una determinada sociedad, los individuos pertenecientes a ella suelen sentirse inseguros sobre su posición social, ya que el propio grupo no establece los parámetros de lo que se debe esperar de ellos.

En el caso de la medicalización del parto, la cuidadosa y precisa manipulación de símbolos poderosos, transmite un conjunto específico de mensajes a la mujer, su compañero, el recién nacido y al equipo médico de la institución. Luego, a través del relato de la experiencia los recientes padres continuarán transmitiendo el mensaje a sus familias y amigos, de forma que el mensaje impregna toda la red de relaciones de los progenitores, extendiéndose en el tejido social.

A través de los procedimientos ejercidos sobre el cuerpo de la mujer, se transmiten profundas creencias culturales referentes a la necesidad de control por parte de la sociedad de los procesos naturales, la debilidad e inferioridad del cuerpo femenino, la validez del patriarcado, la superioridad de la ciencia y la tecnología, la importancia de las instituciones. Asimismo la mujer es transformada en el proceso del nacimiento: la parturienta que ingresó a la institución es ahora, gracias a ella, una madre en el sentido biológico y social del término. Ha internalizado su creencia en la ciencia y su confianza en la tecnología, ha reconocido su inferioridad, y por lo tanto, ha aceptado los valores del patriarcado.

Desde el punto de vista antropológico, el proceso de transformación no es inherentemente negativo ni positivo: cada cultura necesita socializar a sus miembros en conformidad con sus normas, para ello establece rituales de acuerdo a las necesidades sociales. La medicalización del parto transforma un fenómeno natural en un proceso tecnocrático, donde el producto es la socialización de la madre y el bebé, a través de la transmisión de los principales valores de la sociedad, independientemente de considerarlos aceptables.

La mujer se encuentra atrapada en una especie de cadena de eventos, en el que uno va sucediendo al otro, y el modelo tecnocrático del parto surge como la opción apropiada y necesaria. Una vez que la mujer toma distancia de su parto y es capaz de relatar su experiencia, puede comenzar a visualizar lo sucedido. Entonces llega a percibir que lo que ha vivido no es más que la repetición mecánica de una serie de procedimientos, en el que uno lleva al otro, lejos de ser lo que imaginó, sino toda su vida al menos durante la gestación, vivir su parto. Su parto fue vivido por la institución médica, ella solamente se acomodó con mayor o menor resistencia al modelo.

II.3 La medicalización de la lactancia materna

La enculturación es definida por Bock como el proceso de aprender una cultura. El mismo se prolonga durante toda la vida del individuo de forma que cuando se ha convertido en adulto ha aprendido el núcleo común de creencias compartido por la mayoría de los miembros de su sociedad. Las primeras etapas del proceso de enculturación se inician incluso antes del nacimiento del individuo, ya que “las tradiciones de la sociedad comienzan a afectar al niño desde antes de su nacimiento”⁵³. Esto se debe a que cada sociedad tiene creencias en cuanto al niño que va a nacer y suponen que las mujeres embarazadas deben comportarse de determinada manera. Sus comportamientos en cuanto a la dieta, comer o no comer ciertos alimentos, hacer determinados ejercicios y abstenerse de otros, horas suficientes de sueño y descanso a lo largo del día, cambios en sus hábitos sexuales, evitar situaciones desagradables, determinadas interacciones con los otros y con el propio bebé, todo lo cual tiene consecuencias sobre el feto en formación concebido ya no como un ser pasivo en el vientre de su madre.

Lo mismo ocurre con las costumbres en lo que respectan al nacimiento, ya que las circunstancias que rodean al parto difieren grandemente de una sociedad a otra, y determinan las diversas maneras en las que se trata al niño luego de nacer⁵⁴. En el caso de la cultura occidental moderna, no solamente es medicalizado el parto sino también el tratamiento del recién nacido, que es sometido a una serie de procedimientos de rutina a manos del pediatra neonatólogo. El bebé es objeto de una doble medicalización: los efectos de la medicalización del cuerpo de su madre antes y durante el parto, y luego del mismo sobre su propio cuerpo. Esta medicalización del parto y del recién nacido tiene consecuencias sobre el inicio de la lactancia materna, condicionando el éxito o fracaso de la misma.

II.3.1 El parto medicalizado y el inicio de la lactancia

Los procedimientos llevados a cabo en el parto medicalizado no solamente se relacionan y condicionan la experiencia misma del parto, sino que muchos de ellos tienen una influencia directa o indirecta en el inicio y duración de la lactancia materna⁵⁵.

⁵³ Philip Bock: “Introducción a la moderna antropología”, México, Fondo de Cultura Económica, 1985, p.75.

⁵⁴ op. cit., p.78.

⁵⁵ Andrea Eastman: “Choices that affect breastfeeding”, disponible en <http://pregnancy.about.com/library/bibfchoice.htm>

En primer lugar es posible señalar la importancia de la filosofía de nacimiento del equipo médico que atiende a la parturienta. Esto implica que los procedimientos a realizar están condicionados por una visión más o menos intervencionista del equipo médico, por lo tanto subjetiva. Cuanto más se perciba el nacimiento y la lactancia como eventos normales de la vida, el equipo colaborará con la mujer y el funcionamiento de su cuerpo en lugar de tomar la iniciativa.

En el caso de Uruguay, este es un aspecto en el que las mujeres tienen muy poca oportunidad de conocer la filosofía del equipo que atenderá el parto, y se trata de una oportunidad mediada por la variable económica a la que solamente tienen acceso las mujeres que utilizan el sistema mutual, y que poseen los recursos económicos necesarios para solicitar los servicios particulares de su obstetra para atender el parto. Solamente en caso de tener la posibilidad de establecer una transacción mercantil tiene derecho a dialogar, recibir información, y plantear alternativas acerca de los diversos procedimientos y, eventualmente, llegar a algunos acuerdos. Incluso en este caso, el médico obstetra, una vez finalizado el parto y en sus posteriores visitas durante la internación, no aborda el tema de la lactancia como tal, sino en referencia al estado de las mamas. Tampoco el pediatra aborda el tema desde una perspectiva integral, sino solamente teniendo en cuenta el estado del recién nacido, estado que depende de múltiples factores, pero que generalmente es interpretado desde una perspectiva reduccionista: si el bebé no está tranquilo hay que darle complemento. La opinión del pediatra es determinante para el inicio de una lactancia exitosa y prolongada. A través del discurso médico, todos los pediatras están a favor de la lactancia materna, pero el apoyo real que un pediatra puede brindar al respecto es una cuestión subjetiva, determinada por las continuas contradicciones y mitos que abarcan los diversos aspectos de la lactancia y que se encuentran presentes en todo el tejido social. Nuevamente aparece la variable económica, ya que la única posibilidad que se presenta con seguridad de que el pediatra esté a favor de la lactancia materna es la consulta particular, teniendo referencias previas al respecto.

En segundo lugar se encuentran los diversos procedimientos. Entre ellos el primero que tiene influencia indirecta en la lactancia es el enema. Un enema durante el trabajo de parto estimula los intestinos, haciendo que las contracciones sean más intensas. Con contracciones más intensas la mujer estará pre-dispuesta a aceptar y solicitar medicación para hacer frente al dolor, y cualquier medicación de este tipo llega al feto, y una vez nacido puede afectar su habilidad para permanecer despierto y succionar adecuadamente.

El segundo procedimiento que tiene influencia sobre la lactancia es el trabajo de parto realizado en la cama. La mujer que realiza este tipo de trabajo de parto generalmente experimenta mayor dolor y el proceso es más lento. Un trabajo de parto lento puede llegar a ser calificado como en riesgo de falla en el progreso del mismo, lo que aumenta la posibilidad de inducir el parto. Mediante la inducción con oxitocina las contracciones son más intensas y dolorosas. Asimismo, al permanecer acostada sobre la espalda, el útero de la mujer comprime la venas que oxigenan la placenta y el bebé. Con poco oxígeno y fuertes contracciones el monitoreo puede mostrar alteraciones interpretadas como sufrimiento fetal. Una falla en el progreso del trabajo de parto y sufrimiento fetal son dos razones por las que generalmente se ordena una cesárea. Las medicaciones que acompañan las cesáreas pueden afectar la lactancia, así como también la separación que experimenta el recién nacido de su madre.

La oxitocina posee otro efecto sobre el cuerpo de la madre, es un antidiurético, lo que significa que hace retener líquidos, provocando en la reciente madre congestión de los senos. La congestión de senos, además de ser incómoda y dolorosa, puede conducir a la muerte de las células responsables de secretar la leche, teniendo un impacto indeseable en la producción de leche. También puede afectar negativamente el amamantamiento ya que es más difícil una buena prendida del bebé al pecho. Asimismo el uso de oxitocina predispone a la ictericia del recién nacido.

Los analgésicos afectan la percepción del dolor de la parturienta. Todo este tipo de drogas cruzan la placenta y pueden afectar al feto, y como recién nacido incidirá en cuanto a su deseo y habilidad para mamar. Un bebé dormilón junto con senos congestionados ponen en riesgo el inicio de cualquier lactancia. Fácilmente el pediatra recomendará complemento, perjudicando la confianza de la madre en su producción de leche.

La ruptura artificial de las membranas incrementa el dolor sentido en cada contracción. La cabeza del feto se comprime más con cada contracción, lo que puede provocar un descenso en su ritmo cardíaco, que el obstetra puede interpretar como sufrimiento fetal y ordenar una cesárea. El monitoreo fetal electrónico fue desarrollado para detectar temprano el sufrimiento fetal y disminuir la posibilidad de daño cerebral. Estudios han demostrado que el monitoreo no ha disminuído la incidencia de daño cerebral, y ha cuestionado su valor en la predicción del mismo. De hecho se argumenta que el monitoreo ha incrementado la tasa de cesáreas.

Los tactos vaginales son dolorosos, requieren que la mujer se acueste sobre su espalda,

pueden conducir a una temprana ruptura de las membranas, incrementan el riesgo de infección, y pueden llevar a confusiones si son realizados por diferentes personas. Además poseen un efecto desanimante sobre la mujer que percibe en los sucesivos tactos que no está dilatando como el equipo médico espera. Se le administra la inducción, y si con esto no consigue dilatar en el tiempo requerido, siendo observada a través de los tactos, se le diagnosticará incapacidad dilatante y se ordenará una cesárea. Anteriormente se señaló el efecto de la oxitocina y la cesárea sobre el amamantamiento.

En la posición ginecológica del parto la mujer se encuentra acostada sobre su espalda en el período expulsivo. El feto es empujado dificultosamente contra la gravedad, lo que puede llevar a que la etapa sea prolongada, esto genera fatiga y la incapacidad de empujarlo hacia afuera. Posiblemente el médico diagnosticará una desproporción en los hombros del bebé, y lo removerá con fórceps, luego de realizar una gran episiotomía. Lo más probable es que en los sucesivos partos la mujer esté convencida que no es capaz de pujar eficientemente, o que posee una desproporción pélvica, y se le realizarán cesáreas programadas.

La episiotomía puede afectar la lactancia. El dolor provocado por la herida, hace que la posición al sentarse no sea la adecuada, lo que impide que el bebé esté correctamente posicionado. La posición del bebé es fundamental para amamantarlo correctamente, que pueda recibir una cantidad suficiente de leche, y para que los pezones de la madre no duelan ni se agrieten. Asimismo la incomodidad de la herida y los cuidados que la misma requieren, influyen en el tiempo de cada mamada y en la frecuencia de las mismas.

II.3.2 La medicalización en el recién nacido y sus implicaciones indirectas

Una vez que el bebé ha nacido su propio cuerpo es objeto de medicalización. Al minuto de haber nacido se le practican cinco pruebas, evaluadas según el puntaje de Apgar, que incluye los siguientes controles: ritmo cardíaco, respiración, tono muscular, color de la piel, y respuesta a estímulos. La puntuación de cada control puede variar de 0 a 2, siendo 10 el valor del puntaje máximo. La mayor parte de los bebés tienen un puntaje entre 7 y 10, y cinco minutos más tarde se les practica un segundo examen. Muchas madres de bebés que han recibido un puntaje de Apgar alto se sienten aliviadas y orgullosas de que sus hijos sean tan saludables, mientras que las madres de bebés que recibieron un bajo puntaje de Apgar tienen a sentirse ansiosas.

De modo similar a cualquier nuevo producto, la sociedad inspecciona y clasifica al recién

nacido de acuerdo a los parámetros de calidad que la medicalización ha introducido. Si el puntaje es alto, la institución obtiene el crédito de un trabajo bien hecho. Si el puntaje es bajo, se refuerza la visión cultural de que la naturaleza es peligrosa, inconfiable e inferior a la cultura, de acuerdo a la inherencia defectuosa del cuerpo de la mujer para parir. El puntaje de Apgar es el primero de una larga serie de clasificaciones que la sociedad adjudica a sus miembros, y establece la confianza de la madre en los parámetros de la sociedad para juzgar a su hijo.

El primer procedimiento consiste en clipar el cordón cuando ha dejado de pulsar, y el bebé se encuentra a un nivel más bajo que el del útero. En el momento apropiado se colocan dos clips en el cordón, uno a poca distancia del ombligo y otro unos centímetros más lejos, para evitar que el cordón sangre, y el corte se realiza entre los dos clips. Seguidamente se extrae el líquido remanente de la boca, la nariz o las vías respiratorias.

Poco después del nacimiento el bebé es revisado para practicarle algunos exámenes específicos. Se controlará que sus rasgos faciales y proporciones corporales sean normales. Lo darán vuelta para asegurarse que la espalda sea normal, y que no aparezcan indicios de espina bífida. Controlarán el ano, para ver que esté perforado y revisarán los dedos de manos y pies. Lo pesarán y medirán la circunferencia de la cabeza y el largo del cuerpo. En unos segundos el producto es observado por la sociedad que verifica su calidad de acuerdo a los parámetros de normalidad establecidos.

El próximo procedimiento es el de higienizar al bebé. El recién nacido emerge del canal de parto cubierto de vernix y sangre, y algunas veces incluso meconio (movimientos intestinales fetales). En otras palabras, bajo el modelo tecnocrático el bebé nace “sucio” y necesita estar limpio lo más pronto posible. El vernix es una sustancia grasosa que previene la sequedad de la piel del recién nacido, debería ser masajeadó sobre su piel en lugar de quitarlo con agua y jabón. La sangre y el vernix son sustancias naturales que deben ser inmediatamente removidas de un producto de la sociedad. Lavar al bebé antes de dárselo a la madre es removerlo conceptualmente de su origen natural para comenzar inmediatamente el proceso de enculturación.

El tratamiento profiláctico de los ojos del recién nacido consiste en la administración de gotas de nitrato de plata, para prevenir el desarrollo de ceguera en caso que la madre tuviera gonorrea. Se basa en la teoría de que es imposible identificar a los bebés que realmente la necesitan. El nitrato de plata causa enrojecimiento, irritación e hinchazón en los primeros días de vida, interfiriendo con el aprendizaje visual y el ajuste al nuevo ambiente del recién nacido.

Muchas veces obstruye uno o los dos conductos lagrimales por meses. Nuevamente otro procedimiento que transmite a la madre y al padre, el mensaje de que son impuros ante los ojos de la sociedad, y es la ciencia y la tecnología la que debe salvar al bebé de su impureza.

Todos estos procedimientos, a los que se agregan la expulsión de la placenta, suturación de la episiotomía, higiene y traslado de la madre al cuarto, hacen que el momento de la primera prendida al pecho sea demorado, como mínimo aproximadamente una hora. Es justamente en esta primer hora de vida en la que el recién nacido se encuentra más alerta y dispuesto tranquilamente a prenderse naturalmente del pecho. Se hace referencia a la existencia de un “período sensitivo” inmediatamente posterior al nacimiento, de 30 a 60 minutos en los que el temprano contacto privado favorecerá la experiencia del apego. Pasado ese lapso de tiempo, generalmente el bebé se duerme profundamente extenuado por toda la experiencia vivida y puede que los intentos para lograr que se encuentre interesado en el pecho resulten infructuosos.

Por el contrario si una vez que el bebé ha nacido se lo deposita sobre el vientre de su madre, seguramente su mirada estará fija en su rostro y parecerá que está haciendo movimientos como para nadar hacia su pecho. El bebé se tranquilizará escuchando el rítmico sonido que constantemente formó parte de su vida intrauterina, y al mismo buscará lamer, hociocar, e incluso succionar el pezón de su madre. Los estímulos sobre el pezón favorecen la liberación de oxitocina, que estimulará las contracciones uterinas, facilitando la expulsión de la placenta y la inhibición del sangrado postparto. Para el bebé recibir el calostro le brindará beneficios inmunológicos y una fuente natural de vitamina K, sustancia esencial para la normal coagulación de la sangre, necesaria para prevenir hemorragias, por ejemplo, en el lugar del corte del cordón umbilical. Esta primera interacción satisfactoria con el pecho materno favorecerá una experiencia de lactancia positiva.

CAPÍTULO III EL APEGO EN LA MATERNIDAD MEDICALIZADA

III.1 El apego: el lazo que une al niño con su madre

Una vez que el parto ha finalizado la madre debe enfrentarse a un nuevo desafío: el de la construcción del apego con su bebé. Pero el lazo afectivo con el recién nacido no es completamente nuevo, sino que se construye sobre relaciones previas con un hijo imaginario y con el feto en desarrollo que ha formado parte de su vida durante todo el embarazo. Es a través del mismo que la mujer aprende a ser la madre de ese bebé único y particular.

Los aportes de Bowlby y Winnicott⁵⁶ han resultado fundamentales para los estudios de interacción entre madre e hijo. Estos teóricos iniciaron el análisis del período neonatal, observando y analizando las interacciones tempranas, y han tenido un profundo impacto en la comprensión de las mismas. Para Bowlby el recién nacido está preadaptado a cumplir un rol en el intercambio social con la persona que lo cuida, no se basa únicamente en la simple gratificación oral y su consecuente reducción de la tensión. Para Winnicott la madre y el hijo son vistos como una unidad única y sincronizada para fomentar el desarrollo del niño en la que la alimentación es solamente una entre varias esferas de interacción, por lo que se refiere al pecho como una técnica de prodigar cuidados maternos.

El primer cuidado maternal que surge luego del nacimiento es el de poner al bebé al pecho, y la “pareja lactante”⁵⁷ debe aprender a armonizar juntos. Este aprendizaje puede ser largo y requerir paciencia y tolerancia, dos atributos que generalmente no se encuentran en el modelo médico hegemónico. Por esta razón, la interacción temprana entre madre e hijo se encuentra condicionada por la medicalización de la maternidad.

La noción de apego fue introducida por Bowlby, psiquiatra de orientación psicoanalítica, en el primer volumen de su trilogía *Attachment and Loss*, aunque la primera traducción hacía referencia al término vínculo afectivo en lugar de apego. La hipótesis de Bowlby postula que “el lazo que une al niño con su madre es producto de una serie de sistemas de conducta, cuya consecuencia previsible es aproximarse a la madre”. La conducta de apego se trata de una

⁵⁶ T. Berry Brazelton y Bertrand G. Cramer: “La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial”, Barcelona, Paidós, 1990, p.139-142.

⁵⁷ Isca Salzberger-Wittenberg: “La relación asistencial. Aportes del psicoanálisis kleiniano”, Buenos Aires, Amorrortu, 1997, p.45-46.

conducta social, siendo la versión humana de una conducta claramente observable en muchas especies de animales, desde la visión biológico-etologista de Bowlby.

De acuerdo a la hipótesis de Bowlby el apego se define como un lazo afectivo que una persona establece con otra, que se manifiesta mediante intentos de alcanzar y mantener un cierto grado de proximidad y se favorece mediante conductas específicas⁵⁸. En el caso de los primeros meses son las acciones de la madre las que promueven el desarrollo del apego, asegurando y manteniendo la proximidad con el bebé. Bowlby plantea que no es posible hablar de una conducta de apego hasta que no haya pruebas de que el bebé no solamente reconoce a la madre sino que busca mantener su proximidad con ella a través de acciones específicas. A medida que el bebé va creciendo aparecen las reacciones favorecedoras de la proximidad como son la sonrisa, el llanto, la vocalización, y el aferrarse a la madre. Una vez que el bebé ha aprendido a gatear o caminar la manifestación típica del apego es seguir a su madre cuando ella ha salido de la habitación.

En el período neonatal el repertorio relativo a las reacciones del bebé es limitado, por lo cual es la madre quién debe esforzarse por mantener la proximidad física e iniciar interacciones entre ambos. A partir de los dos meses de vida, el bebé comienza a tomar cada vez más la iniciativa en la interacción con su madre. Sin embargo, el éxito o fracaso de los esfuerzos del bebé es proporcional a dos condiciones relacionadas. Por un lado, la sensibilidad materna en percibir, comprender y responder a las señales que emite su bebé, y por otro, el número y la naturaleza de las interacciones entre ambos.

Las manifestaciones de conducta de apego no son menos intensas ni menos frecuentes luego del primer año de vida, sino que permanecen durante el segundo año y la mayor parte del tercero. El cambio se produce cuando, alrededor de los tres años, el niño adquiere un grado mucho mayor de confianza hacia figuras subsidiarias de apego. Para un niño pequeño el hecho de ver a su madre con otro bebé en brazos puede provocar conductas de apego muy intensas, como mantenerse cerca de ella, agarrarla o querer ser alzado, y con frecuencia puede él mismo portarse como un bebé. Las conductas de apego nunca desaparecerán por completo pero se activarán de forma menos intensa y menos frecuente, continuando con esta tendencia durante varios años.

La teoría del apego conceptualiza el deseo de una relación emocional estrecha como algo específicamente humano, que cumple una función vinculada a la supervivencia. De acuerdo a esta

⁵⁸ Eloísa García Etchegoyhen: "El apego o vínculo afectivo. Un llamado de atención para las estrategias de intervención y estimulación temprana", Boletín I.I.N. Nro.219, Enero-Junio 1983, p-63.

función de supervivencia este deseo se encuentra presente en el recién nacido y continúa durante toda la vida hasta la vejez.

III.2 El apego y el instinto materno

La capacidad de generar apego está ciertamente determinada biológicamente, en tanto en todas las especies existe el impulso de sobrevivir: los infantes nacen indefensos y dependen de un cuidador adulto para su supervivencia. En el contexto de esta dependencia primaria, el apego se desarrolla cuando interviene la respuesta materna, mediada por factores personales y culturales. Por lo tanto, si bien existe un potencial genético para el apego es la cantidad y calidad, patrón e intensidad de las experiencias tempranas lo que permite un desarrollo pleno del mismo.

Esta concepción del establecimiento de una relación temprana, es contraria al mito del instinto materno, según el cual la madre sentirá amor incondicional por su bebé, de forma que le brindará los cuidados maternos necesarios para que su hijo se encuentre satisfecho. De acuerdo a este mito se trataría de un fenómeno natural, cualquiera sea el tiempo y el espacio en el que se encuentra la mujer, que encontraría en sí misma las respuestas que necesita para el ejercicio de su maternidad. Pero al recorrer la historia de las actitudes maternas, se refuerza la convicción de que el instinto maternal es un mito. No existe ninguna conducta universal que sea característica de las madres, sino por el contrario, se comprueba su carácter variable, puesto que se trata más bien de un sentimiento que puede existir o no, de acuerdo a los condicionantes de cada mujer, ya sean los propios o los culturales, es decir variables de su historia y de la Historia⁵⁹

III.2.1 Prehistoria del vínculo

Con respecto a la historia de cada mujer Brazelton y Cramer hacen referencia a la prehistoria del vínculo⁶⁰, afirmando que durante el embarazo, cada mujer refleja toda su vida previa a la concepción: las experiencias con sus propios padres, la resolución con mayor o menor éxito del triángulo edípico, la separación de sus progenitores, son aspectos fundamentales que influyen en su nuevo rol como madre. En su deseo de quedar embarazada, y posteriormente

⁵⁹ Elisabeth Badinter: "¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX". Barcelona, Paidós-Pomarc, 1981, p.309.

⁶⁰ T. Berry Brazelton y Bertrand G.Cramer: "La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial", Barcelona, Paidós, 1990, p.25.

adaptarse al embarazo han estado presentes ciertas necesidades insatisfechas de su niñez y adolescencia. Mientras la mujer va desarrollando su nueva identidad como madre, se produce una reacomodación de sus emociones y fantasías.

Estos autores postulan el surgimiento del apego parental en el propio embarazo⁶¹, estableciendo tres etapas separadas asociadas con el desarrollo físico del feto. La primera etapa es la de la aceptación de la noticia del embarazo, en la que la existencia real del embrión y posteriormente feto se evidencia en los síntomas y cambios en el cuerpo de la madre. La segunda etapa es la del reconocimiento del feto como un ser separado de su madre, lo cual ocurre con la percepción de los primeros movimientos fetales. La tercer etapa es la del aprendizaje del futuro hijo, en la que el feto contribuye a su propia individuación a través de sus movimientos, ritmos y niveles de actividad distintivos.

Cuando llega el momento del parto la madre debe enfrentarse a una conmoción de todo su ser: sus posturas anteriores, sus propios vínculos, su imagen de sí misma, están sujetos a cambios. Este trastorno es tan profundo que puede asemejarse a un estado patológico transitorio⁶². Como resultado del mismo la mujer debe reconocerse y adaptarse a su nueva realidad ineludible, apareciendo una nueva identificación maternal. La maternidad provoca una crisis en la existencia de la mujer, desestructurando los equilibrios conseguidos y estableciendo la necesidad de una nueva adaptación compleja y distinta.

En estas condiciones la nueva madre debe enfrentarse a enormes desafíos frente a su recién nacido: el abrupto término de la sensación de fusión con el feto y sus fantasías de plenitud por el embarazo; adaptarse a un nuevo ser que le provoca sentimientos de extrañeza; llorar al hijo imaginario y aceptar a las características del bebé real; superar el temor de inadecuación para cuidar al bebé; aprender a tolerar y disfrutar las exigencias que le impone la total dependencia del bebé⁶³.

Si observamos estas primeras interacciones entre madre e hijo y las comparamos con la eficacia y precisión de los animales, las mismas resultarán torpes e inseguras. A pesar de ello, es imposible negar que la etología ha realizado aportes fundamentales para apreciar la capacidad activa del recién nacido en la interacción. A través de los estudios de Lorenz⁶⁴ se incorporaron los

⁶¹ op. cit., p.42.

⁶² op. cit., p.60, 61.

⁶³ ibid

⁶⁴ op. cit., p.143.

conceptos fase crítica, impronta y mecanismos desencadenantes innatos. Las fases críticas son períodos de mayor disposición tanto del bebé como de su madre para la receptividad mutua y para adaptarse uno al otro, especialmente las horas siguientes al nacimiento. La impronta deriva de observaciones de polluelos de ganso al salir del cascarón que siguen a una figura parental y recuerdan con precisión las señales recibidas de la misma. Los mecanismos desencadenantes innatos son las respuestas conductuales hereditarias e incorporadas que determinadas señales provocan en el bebé.

Esta distinción entre el comportamiento animal y el de la madre con su bebé es explicado por Vegetti en el hecho de que el recién nacido debe ser reconocido como el hijo real a partir de una extrañeza sustancial, un ser “otro” diferente del denominado “el niño de la noche”⁶⁵. Entre las hembras de los mamíferos y sus crías se da un comportamiento instintivo impersonal, una especie de continuación de la gestación, prolongándola fuera del cuerpo. Por el contrario, para las mujeres el encuentro con el recién nacido implica la disociación entre el niño imaginario y el niño real, entre la fantasía y la realidad, haciendo que el hijo nacido nunca coincide con el hijo esperado. La llegada del hijo del día provoca la desaparición de su doble nocturno, con inevitables sentimientos de melancolía y de pérdida en la madre.

Lejos de un determinismo instintivo la autora afirma que el vínculo de la madre con su bebé es principalmente cultural y como tal permite amplios márgenes de elección⁶⁶. La madre se desdobra ante el poder absoluto que tiene sobre su bebé dependencia: por un lado, se adapta a la satisfacción de las necesidades del niño de forma prodigiosa; y por el otro, progresivamente aparece una capacidad a la desadaptación, fomentando la emancipación y la autonomía del bebé.

III.2.2 La Historia del amor maternal

En el caso del condicionante de la Historia su análisis resulta nuevamente contrario a la idea de que por el hecho de convertirse en madre la mujer encuentra en sí misma las respuestas para ejercer su nueva condición: al hecho biológico y fisiológico del embarazo y parto debe corresponder una actitud maternal determinada. En su estudio acerca del amor maternal Badinter parte de la hipótesis de que las respectivas funciones de padre, madre e hijo son determinadas por

⁶⁵ Silvia Vegetti: “El niño de la noche: hacerse mujer, hacerse madre” Madrid, Cátedra, Universitat de València, Instituto de la Mujer, 1990, p.182.

⁶⁶ op. cit., p.255, 256.

las necesidades y los valores dominantes de una sociedad dada⁶⁷. La familia está enmarcada dentro de expectativas sociales acerca del desempeño de determinados roles, y a la vez la sociedad le adjudica un estatus que ocupar. En el caso de la mujer será una madre más o menos buena para satisfacer las necesidades de su hijo de acuerdo al hecho de que su sociedad valore o desprecie a la maternidad⁶⁸.

Badinter analiza los condicionantes culturales de la frialdad y tendencia al abandono de las madres de la Francia urbana del siglo XVII. Las madres burguesas una vez que el bebé había nacido, se negaban a amamantarlos, en una época en la que representaba una posibilidad de supervivencia mucho mayor, y lo enviaban al campo al cuidado de una nodriza que lo amamantaba de quince a veinte meses, pero el niño seguía a su cuidado entre los tres y los cinco años. En el siglo XVI esta costumbre era exclusiva de la aristocracia, pero en el siguiente se difunde en la burguesía y en el siglo XVIII se extiende a todos los estratos de la sociedad urbana: de los más pobres a los más ricos se generalizó el fenómeno de la entrega de bebés a nodrizas⁶⁹.

En esta entrega mercenaria morían muchos bebés, ya sea en el viaje o en su estadía en la casa de la nodriza y los que volvían a la ciudad lo hacía en un estado de lamentable abandono. En este gesto antinatural, las mujeres invocaron argumentos que ponían en juego su vida social para justificar sus motivos, entre ellos se destacaron que amamantar era perjudicial para su salud y belleza, y que no era un gesto distinguido sino poco decoroso, ridículo y desagradable. El marido también se vería privado de relaciones sexuales si la mujer estaba amamantando, porque se creía que el semen echaba a perder la leche. En esta perspectiva el bebé llega a un hogar como un obstáculo para la vida conyugal y para la satisfacción de los deseos personales de sus madre: cuidar del niño no es divertido ni elegante. Las razones para no ocuparse de sus hijos son las siguientes: el egoísmo que les hace preferir su libertad y su persona ante otra cosa, y el amor propio que les impide circunscribir su dignidad dentro de los límites de la maternidad.

A fines del siglo XVIII aparece un nuevo movimiento dedicado a recordar a las madres su función "instintiva", espontánea y natural⁷⁰. Apelando al sentido del deber, culpabilizando y amenazando, se aconseja a las madres a ocuparse personalmente de sus hijos y a amamantarlos.

⁶⁷ Elisabeth Badinter: "¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX", Barcelona, Paidós-Pomare, 1981, p.15.

⁶⁸ op. cit., p.16.

⁶⁹ op. cit., p.48-50.

⁷⁰ op. cit., p.116, 117.

En base a la exaltación de la maternidad como valor favorable a la especie y a la sociedad, la mujer debe ser ante todo madre y comienza a consolidarse el mito del instinto materno, el amor espontáneo de toda madre hacia su hijo. Uno de los mejores representantes de la nueva ideología del deleite y la responsabilidad parental fue Rousseau⁷¹. Las dulzuras de la maternidad son exaltadas, y se convierte en la actividad más esperada y envidiada por las mujeres. Por su parte, progresivamente los padres serán considerados cada vez más los responsables de la felicidad o infelicidad de sus hijos.

Esta nueva imagen de madre comienza a perfilarse y sus rasgos no dejarán de acentuarse en los dos siglos siguientes. Los nuevos lazos hacen imposibles las separaciones anteriores, ahora las madres viven al lado de sus hijos, un trabajo de tiempo completo que las acapara totalmente y es su principal razón de vivir. La casa se transforma en el nuevo reino de la mujer, un lugar privilegiado para las relaciones afectivas, cerrado a las influencias externas⁷². Este cambio generó dos clases de consecuencias: por un lado, permitió a una gran cantidad de mujeres comenzar a vivir su maternidad con alegría y orgullo, encontrando plenitud en una tarea que ahora la sociedad consideraba como honrosa y útil; por el contrario, ante una concepción tan definitiva y autoritaria del rol materno, se generó en otras mujeres una especie de malestar inconsciente ya que por presión ideológica se sintieron obligadas a ser madres sin desearlo verdaderamente⁷³.

En este estudio de la historia de las actitudes maternas, no se encontró ninguna conducta universal y necesaria de la madre, sino que por el contrario se demostró el carácter sumamente variable de acuerdo a su cultura del amor maternal. La conclusión es que el amor maternal es solamente un sentimiento, y como tal puede o no existir, puede darse y desaparecer, evidenciando su fuerza y su fragilidad al mismo tiempo, como tal nunca puede darse por supuesto⁷⁴.

III.3 Importancia del apego para el desarrollo

Los seres humanos creamos distintos tipos de lazos afectivos que establecen una conexión entre una persona y otra. En el campo del desarrollo infantil, el apego se refiere a un lazo afectivo específico caracterizado por las cualidades únicas de la relación especial que se forma entre

⁷¹ op. cit., p.146.

⁷² op. cit., p.173-175.

⁷³ op. cit., p.213.

⁷⁴ op. cit., p.309.

madre-infante o cuidador primario-infante, figuras de apego para el bebé. El apego tiene varios elementos que lo caracterizan: es una relación emocional perdurable con una persona específica; dicha relación produce agrado, seguridad, consuelo, sosiego y placer; la pérdida o amenaza de pérdida, de la persona provoca un intenso dolor o angustia.

Al estudiar la naturaleza de este tipo especial de relación entre el bebé y sus figuras de apego, se ha descubierto la importancia de la misma para el futuro desarrollo del niño⁷⁵. Se entiende que el apego ofrece el andamiaje funcional para todas las relaciones subsecuentes que el niño desarrollará. Esto es así debido a que estas primeras relaciones determinan una especie de molde para todas las relaciones futuras. En los primeros tres años de vida, el cerebro desarrolla el noventa por ciento de su capacidad y organiza la mayor parte de los sistemas y estructuras que serán responsables de todo el funcionamiento fisiológico, emocional, conductual y social para el resto de la vida.

En la mitad del primer año de vida, utilizando los comportamientos de apego y las reacciones ante ellos por parte de las figuras de apego, el bebé desarrolla una representación interna del apego, denominado modelo de trabajo interno. Las interacciones cotidianas del bebé con sus figuras de apego son la base para estos modelos de trabajo interno⁷⁶. Estas experiencias son integradas dentro de una globalidad, una organización básica de expectativas y de sentimientos concordantes, que acompañan la conducta del bebé en sus diferentes situaciones.

El factor más importante en el desarrollo del apego es el contacto físico positivo. Las experiencias gratificantes como mirar, sonreír, cantar, arrullar, acariciar y besar al bebé generan actividades neuroquímicas específicas en su cerebro que llevan a la organización normal de los sistemas y estructuras responsables del apego. Existen unos períodos críticos en los cuales estas experiencias gratificantes de interacción deben estar presentes para que el apego se desarrolle normalmente. Estos períodos críticos ocurren mayoritariamente en el primer año de vida y están asociados a la capacidad de la madre y el bebé para desarrollar una relación interactiva positiva. Por lo tanto, el establecimiento de un apego saludable del bebé con su madre o cuidador primario se asocia con una alta probabilidad de crear futuras relaciones saludables con otros, mientras que problemas en el apego pueden resultar en una base frágil para futuras relaciones.

Se ha demostrado que los niños que en las fases tempranas del desarrollo han

⁷⁵ Kachele; Hschmucker; Gbuchheim: "Desarrollo, apego y vínculo: nuevos conceptos psiconalíticos", Capítulo del libro *Psiconálisis, focos y aperturas*, p.188-189.

⁷⁶ *ibid*

experimentado una relación de apego segura desarrollan mientras van creciendo una sensación de seguridad interna, son más flexibles en situaciones de conflicto, tienen confianza en sus capacidades y competencias, son colaboradores y participativos. Por el contrario, las alteraciones emocionales se presentan cuando en la interacciones del bebé con su madre o cuidador primario no ha existido continuidad y coherencia en la respuesta a sus conductas⁷⁷. Las características más importantes para una buena interacción se dan cuando los padres han interpretado las señales iniciales del bebé y han acomodado su propio estilo reaccional para que la relación no sea exigente, rígida o unidireccional, es decir conductas parentales marcadas por la sensibilidad, flexibilidad y percepción⁷⁸.

III.4 El papel de la succión en el apego

Bowlby⁷⁹ establece seis reacciones que dan lugar a una conducta de apego: la succión, el llanto, la sonrisa, el aferramiento, el seguimiento y la llamada. El llanto y la sonrisa tienden a acercar a la madre hacia el bebé y mantenerla próxima a éste. El aferramiento y el seguimiento tienen como efecto la aproximación del bebé a la madre y mantenerse próximo a ella. La llamada comienza a partir de los cuatro meses, cuando el bebé comienza a “llamar” a su madre emitiendo grititos agudos, y posteriormente la llama por su nombre. En el caso de la succión Bowlby plantea que su clasificación no es tan sencilla y requiere un análisis en profundidad.

De acuerdo a su hipótesis el apego se desarrolla de manera independiente a una necesidad fisiológica de alimentación, pero no ocurre lo mismo con respecto a la succión⁸⁰. La succión suele interpretarse simplemente como el medio para que el bebé se alimente, pero todos los bebés primates pasan mucho tiempo succionando el pezón de su madre, aunque la mayor parte del tiempo no obtienen ningún alimento. La consecuencia de esta succión no nutritiva es el estrecho contacto con la madre. La succión desempeña entonces dos funciones distintas: una, relativa a la nutrición, y otra, relativa al apego. Cada una de estas funciones es importante en sí misma, y suponer que la función alimenticia es la esencial mientras que la del apego es secundaria es

⁷⁷ Eloisa García Etchegoyhen: “El apego o vínculo afectivo. Un llamado de atención para las estrategias de intervención y estimulación temprana”, Boletín I.I.N. Nro.219, Enero-Junio 1983, p.63,64.

⁷⁸ op. cit., p.67,68.

⁷⁹ John Bowlby: “El vínculo afectivo”, Buenos Aires, Paidós, 1976, p.284.

⁸⁰ op. cit., p.297.

erróneo. En realidad el tiempo dedicado a la succión no nutritiva es mucho mayor que el nutritivo.

El determinante cultural aparece en la forma en la que se satisface dicha necesidad de succión no nutritiva de los bebés⁸¹. En sociedades más primitivas, este tipo de succión el bebé lo suele dirigir hacia el pecho de su madre. La madre permanece en estrecho contacto con su bebé, y casi siempre se mantiene dentro de su campo visual o auditivo, tanto durante el día como en la noche. Se utiliza el rebozo para cargar al bebé de forma que tiene un fácil y continuo acceso al pecho, dejando en libertad los brazos para trabajar, mientras que durante la noche el bebé duerme junto a su madre. En las comunidades más desarrolladas, la succión no nutritiva suele dirigirse hacia un sustituto del pezón materno, como el chupete o el dedo del propio bebé. Asimismo muchas veces la madre designa un sustituto que desempeñará sus funciones durante un período más o menos prolongado del día, dependiendo de variables personales, culturales y económicas. Sin embargo, cualquiera sea el objeto hacia el cual dirige la succión no nutritiva, el bebé al que se le permite tal conducta crece más satisfecho y relajado. Esto se debe a que generalmente acuden a ella cuando se encuentran inquietos o alarmados, como forma de consuelo.

Desde esta perspectiva de la succión desempeñando dos funciones diferentes al satisfacer las necesidades simultáneas de nutrición y apego, es posible concebir el acto de amamantar no solamente como la forma óptima de alimentar al bebé. Esta idea se ha visto reforzada a través de los múltiples mitos que condicionan la experiencia de la lactancia materna.

III.5 Mitos de la lactancia materna

Ante una pregunta concreta acerca de las necesidades de un recién nacido, las diversas sociedades darán diversas respuestas. Por lo que es notorio que las mismas no van a depender de un “instinto materno” que satisface naturalmente las necesidades de un niño recién nacido, sino de las tradiciones culturales presentes en la sociedad en la que nace. En el caso de la cultura moderna occidental, la primera respuesta que surge es en referencia a la alimentación del recién nacido: necesita ser alimentado. El resto de las preguntas que derivan de esta respuesta, el cómo, cuándo, y porqué de la lactancia materna se encuentran plagados de una serie de mitos presentes tanto en el entramado social como en los discursos médicos.

⁸¹ op. cit., p.334,335.

Los mitos son relatos explicativos de fenómenos naturales o sobrenaturales, que se encuentran en todas las sociedades y que son aceptados como verdades incuestionadas. Es interesante notar la facilidad con la que determinados enunciados se pueden transformar en mitos cuando se encuentran avalados por el discurso médico en una sociedad medicalizada. En general, las personas no cuestionan lo que dice el doctor, y en especial cuando se trata de una madre reciente que está aprendiendo a cuidar y relacionarse con un nuevo ser.

Los mitos acerca de la lactancia materna pueden agruparse en una serie de categorías⁸² referentes a la producción de leche, en cuanto a su calidad y cantidad; frecuencia y duración de las mamadas; tamaño de los pechos y forma de los pezones, y el cuidado de los mismos; uso de mamaderas y chupetes; utilización de complemento o leches maternizadas, administración de hierro y vitamina D; situaciones especiales de salud de la madre; bebés enfermos o con necesidades especiales; dieta y hábitos maternos; anticoncepción y embarazo; atractivo sexual de los pechos; edad y forma en la que se debe llevar a cabo el destete. Todos estos mitos acerca de la lactancia materna condicionan desfavorablemente el amamantamiento, dificultando la vivencia de una experiencia única e irrepetible entre una madre y un bebé determinados.

Desconociendo el papel de la succión no nutritiva, la mayoría de los mitos presentes en la sociedad, y especialmente en el discurso médico, se sustentan en la limitación conceptual de la lactancia materna como la forma óptima de alimentar al bebé. De esta manera se ignora o minimiza al amamantamiento como una forma de relación entre la madre y el bebé, que satisface múltiples necesidades del niño no solamente la necesidad de recibir alimento. El bebé quiere mamar cuando tiene sueño, cuando está asustado, cuando está enfermo, cuando está frustrado o cuando necesita consuelo. Una visión más integral del amamantamiento es esencial para promover no solamente la lactancia materna, sino para promover el fortalecimiento del apego.

⁸² Ver el Anexo 2 del presente trabajo, en el que se realiza un amplio desarrollo enunciando y refutando los principales mitos de la lactancia materna.

CONCLUSIONES

I La incidencia de la maternidad medicalizada en el inicio del apego

En el proceso de medicalización de la vida, la medicina ocupó y usurpó los lugares y los tiempos más trascendentales de la vida humana. El poder de la medicina surgió y se desarrolló en interrelación con otros poderes funcionales a los valores de la cultura occidental moderna. Los sistemas de dominación de clases y de género, a través de sus expresiones en la burguesía y el patriarcado, aportaron sus postulados para configurar una nueva dominación, la de saber. En correspondencia la medicalización reforzó la continuidad de los principales sistemas de valores y creencias del modelo cultural de pertenencia.

La dimensión corporal de la existencia fue reducida al ámbito de la medicina. En el auge de la racionalidad, el cuerpo atentaba contra la razón, y por lo tanto debía ser disciplinado a través del culto racional a la salud. Los seres humanos pasaron de ser cuerpos a poseer cuerpos, extraños y ajenos a su propia percepción. Se buscaron las respuestas fisiológicas en la figura del médico: el único ser capaz de descifrar los misterios corporales, el funcionamiento normal y el patológico. La institución médica, vehículo del dispositivo de poder médico, se transformó en el lugar donde se debe nacer y donde se debe morir.

En este contexto se entiende al cuerpo femenino como naturalmente determinado para la maternidad, desconociendo la función social y cultural de la maternidad, y reduciendo las variedades históricas y antropológicas de sus manifestaciones a un único paradigma, de acuerdo al cual la ubicación de la mujer es en el ámbito privado, como madre y ama de casa. Pero medicalización mediante, el desempeño de su rol se encuentra subordinado al poder médico. Contradictoriamente roles en apariencia naturales, no lo fueron en lo que se refiere a la pérdida del arte femenino de cuidar y curar propios de otras épocas y culturas. La mujer ya no es capaz de parir, amamantar, criar a sus hijos o cuidarlos en las comunes enfermedades infantiles, sin la asistencia y consejo médico. Si anteriormente contaba con la ayuda de sus congéneres para atender este tipo de situaciones, ahora todo saber popular es desplazado y desvirtuado.

Este proceso de medicalización de la maternidad se advierte claramente ante la experiencia concreta de la mujer al transformarse en madre, frente al ~~nacimiento~~ de su bebé en las

instituciones médicas. El modelo tecnocrático del parto transmite a la mujer poderosos mensajes, que son interiorizados sin cuestionamientos. Entre ellos se destaca el de su propia corporalidad: su cuerpo “naturalmente” dotado de la capacidad de parir, posiblemente es defectuoso para hacer nacer a su bebé, por lo que requerirá del conocimiento y asistencia del saber médico. La mujer deposita su confianza, ya no en su cuerpo y en sus fuerzas para parir, sino en el discurso médico sin cuestionamientos: la mujer somete su cuerpo al disciplinamiento, que se ha transformado en un cuerpo extremadamente dócil debido a su estado de vulnerabilidad física, emocional y social. Vulnerabilidad física y emocional por el proceso de parto en sí mismo, que a su vez se acrecienta en el ejercicio del poder médico, y vulnerabilidad social en dos aspectos interrelacionados. Por un lado, en cuanto a la dominación de clase, notoria en la poca o nula posibilidad de incidir en los procedimientos del parto de acuerdo a sus recursos económicos para ser asistida por su obstetra de confianza. Por otro lado, en referencia a la dominación de género de la que es objeto, evidenciada en la violencia contra la mujer por acciones o conductas que le pueden ocasionar daño o sufrimiento, ya sea físico o psicológico.

Sometida al disciplinamiento, la mujer inicia su maternidad sin ser la protagonista activa de la extraordinaria experiencia del nacimiento y de los primeros contactos con su bebé, siendo estas interacciones iniciales entre la madre y el bebé de carácter estructurante para la nueva pareja. Los procedimientos de rutina sobre la madre y el bebé se practican a pesar que muchos de ellos generan obstáculos fisiológicos y psicológicos para el inicio del apego. Por un lado, los obstáculos fisiológicos se refieren a las consecuencias negativas para un comienzo de la lactancia materna satisfactorio y exitoso. A modo de citar un ejemplo de este tipo de obstáculo, cualquier procedimiento del parto medicalizado que intensifique las contracciones, hará que la mujer procure medicamentos para aliviar su dolor, los mismos llegarán al bebé, y es probable que dificulten su capacidad para permanecer despierto y succionar efectivamente. Por otro lado, se presentan obstáculos psicológicos, propios de la experiencia de disciplinamiento que la mujer ha vivenciado a lo largo de su parto. La mujer ha interiorizado en mayor o menor medida la idea de que fue incapaz de parir a su hijo sin la asistencia médica, esto puede generarle una serie de conflictos internos basados en desconfianza en sí misma para hacerse cargo de los cuidados que su bebé requiere, e incluso temor a dañarlo.

El inicio de la lactancia materna en las primeras horas de vida del bebé, e incluso en los primeros días es fundamental para que la experiencia sea satisfactoria para ambos. El bebé va

estableciendo un patrón de succión desde sus primeras prendidas al pecho, si no lo hace efectivamente porque se encuentra adormilado y con escasos reflejos, no podrá obtener el calostro suficiente para estar satisfecho. En unos días cuando el calostro se transforma en leche abundante, tampoco podrá sacarla, los senos estarán congestionados, no podrá prenderse correctamente, lastimará los pezones de su madre, y comienza un círculo vicioso de pechos llenos pero bebé inquieto y difícil de contentar, hasta que la leche comienza a disminuir por la falta de vaciamiento de los pechos.

Ante este tipo de situaciones, la madre podrá sentirse presionada por los diversos mitos de la lactancia, y posiblemente no encuentre la ayuda que necesita para superar los problemas o las dudas que se le puedan presentar. Si espera a la consulta pediátrica, muchas veces no se le ofrecerá la información necesaria y suficiente en cuanto a la lactancia materna, debido a que solamente se la concibe como la forma óptima de alimentación, en la que se prioriza la cantidad de gramos que el bebé ha engordado en el mes. De esta manera se subestima o directamente se ignora los otros aspectos del amamantamiento en cuanto a las diversas necesidades que satisface, es decir, como una experiencia facilitadora del apego cuando resulta gratificante y placentera para ambas partes de la pareja lactante.

Lamentablemente, lejos está de ser una vivencia con esta característica cuando los consejos pediátricos se limitan al “dele pecho a demanda”, “en forma exclusiva hasta los seis meses” y “hasta el primer año”. El qué, el cómo y el por qué de estas aseveraciones queda sin respuestas para la mayoría de las mujeres que concurre al consultorio, especialmente cuando se trata de madres pertenecientes a sectores carenciados. Más allá de las premisas básicas anteriormente mencionadas, los discursos médicos acerca de la lactancia no solamente varían de profesional en profesional en base a los diversos mitos, sino también de acuerdo al nivel socio-económico de su destinataria. Esquemáticamente, la desigualdad de clase se manifiesta de la siguiente manera: a menor nivel socio-económico mayor desempeño de un rol de vigilancia socializadora por parte del médico, y a mayor nivel socio-económico de la madre las estrategias discursivas del médico tenderán a ser más intelectivas y más contractuales.

Por otro lado también aparece la desigualdad de género en el consultorio pediátrico: la madre generalmente asiste sola o en compañía de una abuela o una tía, aún en los casos en los que el bebé cuenta con la figura parental masculina de referencia. El modelo de parentalidad pediátrico está caracterizado por una marcada división sexual de los roles, en el que la alimentación del bebé

es una responsabilidad exclusivamente materna. Podría argumentarse en la función natural materna de la lactancia, pero la realidad es que para poder amamantar la madre necesita, entre otros, el apoyo de su pareja, que debería ser capaz de comprender las implicaciones de este tipo de relacionamiento entre ella y el bebé. Además, el pediatra no debería asumir como natural el confinamiento de la madre al ámbito doméstico, y el bebé deberá ser alimentado por el padre u otras personas cuando la madre se encuentra ausente, o cuando no le es posible o no desea atender las veinticuatro horas del día, siete días a la semana, los requerimientos de su bebé.

La lactancia que se inicia de forma satisfactoria para ambos en sus primeros días, seguramente va a resultar una experiencia gratificante, en la medida que la madre cuente con el apoyo necesario para continuarla el tiempo que ella disponga. Para esto es necesario contar con la información pertinente para prevenir y corregir eventualidades que pudieran impedir el desarrollo exitoso del amamantamiento. Este tipo de experiencias favorecerá un apego seguro entre la madre y el bebé, de vital importancia para su desarrollo integral.

Por el contrario, cuando la lactancia materna fracasa, basada en interacciones que no resultan gratificantes para uno o para ambos participantes de la relación, lo que afectará la calidad del apego, que puede volverse inseguro. La madre posiblemente se sienta culpable en mayor o menor medida, al no poder desempeñar su función nutricia natural. Pero si bien todas las mujeres estamos biológicamente capacitadas para amamantar, el amamantamiento es una construcción social históricamente condicionada, por lo que su éxito o fracaso depende de múltiples factores. Incidir en estos factores, para potenciar una experiencia de apego satisfactoria es objeto de intervención del Trabajo Social.

II Relevancia de la temática para el Trabajo Social

El área materno-infantil de la salud ha sido uno de los campos profesionales típicos del Trabajo Social a lo largo de su evolución histórica. Asimismo, el trabajo con grupos de mujeres ya sea a nivel de desarrollo de la comunidad, o desde Organizaciones No Gubernamentales (O.N.G.) que abordan cuestiones de género. Estos espacios de inserción profesional constituyen ámbitos en los que sería necesario reflexionar acerca de la medicalización de la maternidad.

En general, para las mujeres abordar el tema de la maternidad resulta movilizador, cualquiera sea la etapa de su vida en la que se encuentran. Depende justamente del perfil de los

grupos con los que se trabaje los diferentes énfasis de la temática. En grupos de adolescentes y jóvenes, se priorizará la prevención de embarazos no deseados y elaboración de proyectos de vida alternativos a una maternidad pretendidamente natural, un trabajo de construcción de la mitología maternal. En grupos de mujeres, la temática podrá ser abordada a partir de las vivencias personales para transformarlas colectivamente en experiencias generadoras de conciencia crítica en cuanto a las condiciones de dominación genérica que vive la mujer al momento de convertirse en madre y los desafíos cotidianos que se le presentan en adelante debido a su maternidad. Pero es con grupos de embarazadas dónde la reflexión acerca de la medicalización de la maternidad adquiere mayor relevancia, con el objetivo de devolver a la mujer el protagonismo activo en su parto y en las primeras interacciones con su bebé, favoreciendo el inicio del apego.

En el ámbito de la preparación para el parto y la maternidad, es necesario trabajar en equipos interdisciplinarios para generar nuevas propuestas tendientes a la humanización de la medicina en el trato que tradicionalmente le ha reservado a las mujeres en los partos, y la promoción integral de la lactancia materna, sin dobles discursos y sin imposiciones. Para posibilitar estos cambios, se plantea la necesidad de un esfuerzo de autocrítica a la interna de los equipo de salud, en base a dos estrategias de intervención.

En primer lugar, las mujeres tienen derecho a dar su consentimiento informado, un proceso a través del cual las personas que están recibiendo un cuidado de salud pueden tomar decisiones al respecto. Para que esto sea posible, se debe tener suficiente información que incluya: una descripción del tratamiento o procedimiento, los riesgos y beneficios del mismo tanto para ella como para su bebé, alternativas con sus respectivos riesgos y beneficios, y las consecuencias de no aceptarlo. La mujer debe ser consciente que así como otras especialidades de la medicina, la obstetricia no es una ciencia exacta y muchos de sus procedimientos son realizados rutinariamente. Lo que se pretende es que las mujeres puedan participar en el proceso de tomar decisiones acerca de las prácticas obstétricas que son frecuentemente utilizadas en los partos medicalizados.

En segundo lugar, las mujeres deberán tener información necesaria y suficiente acerca de la lactancia materna no solamente como la forma óptima de alimentar al bebé, sino como una forma de relacionamiento, que como tal debe ser vivida sin imposiciones externas a la pareja lactante. La mujer será capaz de reconocer los mitos sociales acerca del amamantamiento y contar con las herramientas necesarias para vivir una experiencia gratificante, si es su deseo, en una

lactancia exitosa y prolongada. Se pretende desechar concepciones rígidas de la lactancia como hecho natural que toda madre debe experimentar, independientemente de sus motivaciones, desconociendo que se trata de una práctica social construida culturalmente.

Para que este tipo de propuesta sea viable, el Trabajador Social deberá intervenir con el sujeto en tres instancias y buscando modificaciones a tres niveles.

Con respecto al sujeto de intervención, en una primera instancia se deberá atender a las mujeres en el embarazo, en un rol fundamentalmente informativo y concientizador, ya sea a través de grupos de embarazadas o en forma personal. Una segunda instancia sería la de apoyo personal a la mujer, en lo que respecta a la defensa de sus derechos y la denuncia en casos de abusos de poder, ya sea en el momento del parto y en la posterior estadía en la institución médica, hasta el alta médica. Finalmente, una tercera instancia que consistiría en el seguimiento de la mujer una vez que vuelve a su hogar y debe enfrentarse a los cotidianos desafíos que se le presentan frente a su maternidad.

Los tres niveles de intervención serían para brindar a las mujeres el apoyo necesario para potenciar una experiencia de maternidad gratificante y facilitadora del apego con su bebé. En un primer nivel se encuentra la familia, estableciendo una distinción entre los casos en los que se cuenta con la figura paterna y los casos en los que dicha figura está ausente. En la primera situación, se priorizará revalorizar el rol paterno, no solamente como ayuda o apoyo a su mujer en el parto y durante el puerperio, sino como partícipe fundamental en la construcción del apego con su bebé. Cuando el padre está ausente, cada caso debería ser evaluado en particular, buscando la contención que la mujer y su bebé necesitan, y si es posible, una sustitución de la figura paterna.

Un segundo nivel lo constituye el propio equipo de salud, potenciando una relación comunicativa con la mujer en el marco de un parto humanizado y la promoción integral de la lactancia materna. En un proceso de tales características, la mujer debe ser capaz de reconocer sus derechos y sus responsabilidades frente al equipo de salud. Entre sus derechos se encuentran: solicitar y recibir información completa sobre su salud y la de su bebé, obtener respuestas claras y completas, dar consentimiento o rechazo informado frente a cualquier procedimiento, y ser tratada con respeto, dignidad y consideración por sus deseos. Entre sus responsabilidades se destacan: ser honesta en cuanto a su historia clínica; hacer preguntas cuando tiene dudas; seguir los consejos de salud; reportar cualquier cambio en el estado de salud; no automedicarse; y aprender a discutir sus opciones y deseos.

Finalmente, el tercer nivel es el de la comunidad, en cuanto se requieren cambios en la organización social que alivien la carga exclusiva de la crianza de los hijos a las familias en general, y a las madres en particular. Excede el propósito de este trabajo el planteo de la maternidad y el trabajo de las mujeres, pero no deja de notarse la carencia de apoyo comunitario y la distancia entre la realidad y el discurso médico acerca de la mujer restringida al ámbito doméstico y dedicada a la crianza de los hijos. Asimismo contradicciones estatales, de promoción de la lactancia materna y ausencia de legislación laboral que realmente la proteja, como por ejemplo: lactancia exclusiva y libre demanda hasta los seis meses, y a la vez, imposibilidad de trabajo de medio tiempo durante ese período o inexistencia de reglamentaciones para facilitar la extracción de leche materna en el lugar de trabajo. Por otra parte se presenta la dificultad de reinserción laboral para las mujeres, en los casos en los que los costos de recurrir a guarderías privadas no justifican la continuidad de la madre en el mercado laboral, que debe intercambiar su salario para que otros críen a sus hijos, al menos durante los primeros años de vida. Frente a situaciones como las mencionadas, es evidente que la comunidad necesita plantearse y brindar respuestas en beneficio de las mujeres y sus hijos, procurando una mejor calidad de vida en un momento decisivo y fundamental de la vida humana.

Lo que se pretende con un Trabajo Social de estas características es restituir a la mujer su rol protagónico con respecto a su maternidad. Lamentablemente, parecería que el parto como momento constitutivo de la maternidad, posee un valor simbólico y social demasiado importante para dejarlo en las manos de las mujeres. En oposición a esta tendencia, se deben iniciar procesos de generación de conciencia crítica, acerca de los mecanismos de reproducción de la dominación de género a partir de las posiciones totalmente asimétricas del poder y el saber por un lado, y la ignorancia y la dependencia por el otro. Es allí, donde es necesario superar la imagen de una paciente obediente, sumisa y pasiva, por la de una mujer consciente del proceso de nacimiento, autónoma y activa. A partir de una experiencia de este tipo, la mujer estará en mejores condiciones para enfrentarse a la construcción del apego con su bebé, sin imposiciones, ni juicios de valor, con la información necesaria y suficiente, y plena confianza en sí misma para desarrollar los cuidados maternos necesarios para el bienestar de su bebé.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- ACKERKNECHT, Erwin H. Medicina y antropología social: estudios varios. Madrid: Akal, 1985.
- BADINTER, Elisabeth. ¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX. Barcelona: Paidós-Pomairé, 1981.
- BARRAN; BAYCE; CHERONI; DE MATTOS; LABSICH; MOREIRA; PORTILLO; PORZECANSKI, RODRIGUEZ; ROMERO; VIÑAR. La medicalización de la sociedad. Montevideo: ecoteca, 1993.
- BARRAN, José Pedro. El poder de curar. Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos 3v. Montevideo: EBO, 1995.
- BARRAN, José Pedro. La ortopedia de los pobres. Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos 3v. Montevideo: EBO, 1995.
- BARRAN, José Pedro. La invención del cuerpo. Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos 3v. Montevideo: EBO, 1995.
- BERLINGUER, Giovanni. Ética, salud y medicina. Montevideo: Nordan; L.I.C: CASMU, 1994.
- BOCK, Philip. Introducción a la moderna Antropología Cultural. México: Fondo de Cultura Económica, 1985.
- BONAPARTE, Héctor. Unidos o dominados: mujeres y varones frente al sistema patriarcal. Rosario: Homo Sapiens: CENUR, 1997.
- BOWLBY, John. El vínculo afectivo. Buenos Aires: Paidós, 1976.
- BRAZELTON, B; CRAMER, B. La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial. Barcelona: Paidós, 1990.
- BRUNER, Jerome. Actos de Significado. Más allá de la revolución cognitiva. Madrid: Alianza, 1991.
- CABRERA, L; CRISMARIU, S; FERREIRA, F. Acerca del instinto materno. Revista de Psicoterapia Psicoanalítica 3: 265-287, 1991.
- FERNANDEZ, Ana María. La mujer de la ilusión: pactos y contratos entre hombres y mujeres. Buenos Aires: Paidós, 1994.
- GARCÍA ETCHEGOYHEN, Eloísa. El apego o vínculo afectivo. Un llamado de atención para las estrategias de intervención y estimulación temprana. Boletín I.I.N. Nro.219, Encro-Junio 1983, p-63-68
- IRIGARAY, Luce. Yo, tú, nosotras. Madrid: Cátedra: Universitat de València: Instituto de la Mujer, 1992.
- KACHELE; HSCHMUCKER; GBUCHHEIM. Desarrollo, apego y vínculo: nuevos conceptos psiconalíticos. Folleto. Capítulo del libro Psiconálisis, focos y aperturas.
- LÓPEZ GIL, Marta. El cuerpo, el sujeto, la condición de mujer. Buenos Aires: Biblos, 1999.
- LIPOVETSKY, Gilles. La tercera mujer: permanencia y revolución de lo femenino. Barcelona: Anagrama, 1999.
- MAZZOTTI, M; PUJOL, G; TERRA, C. Una realidad silenciada: sexualidad y maternidad en mujeres católicas. Montevideo: Trilce, 1994.
- MITJAVILA, Myriam. El saber médico y la medicalización del espacio social. Montevideo: FCS-DS, 1998.

- MITJAVILA, M; ECHEVESTE, L. La medicalización de la reproducción humana. Serie Investigaciones 64. Montevideo: CLAEH, 1992.
- MOORE, Henrietta L. Antropología y feminismo. Madrid: Cátedra: Universitat de València: Instituto de la Mujer, 1991.
- MOREIRA, Hilia. Cuerpo de mujer: reflexión sobre lo vergonzante. Montevideo: Trilce, 1994.
- PAUCHARD, Héctor. La problemática del rol de mujer y de madre. Santiago de Chile: Revista Trabajo Social 45: 45-52, 1985.
- PEREZ AGUIRRE, Luis. La condición femenina. Montevideo, Trilce, 1995.
- PICHON-RIVIERE, Enrique. Vínculo. Aportes: revista de la Escuela de Psicología Social de Montevideo "Dr. Enrique Pichon-Rivière"; 2: 22-27
- PICHON-RIVIERE, E; TARAGANO, F. Teoría del vínculo. Buenos Aires: Nueva Visión, 1985.
- QUIJANO, Mercedes. ¿Qué aportan las amas de casa a la riqueza de las naciones?. Revista de Ciencias Sociales 1: 91-105, 1986.
- ROSSETTI, Lella. Las brujas de occidente: apuntes sobre la relación medicina-mujer. Acción Crítica 16: 45-45, 1984.
- SALZBERGER-WITTENBERG. Isca. La relación asistencial. Aportes del psicoanálisis kleiniano. Buenos Aires: Amorrortu, 1997.
- SAMUNISKI, F; MAZZOTTI, M; GRELA, C. Maternidad y violencia ideológica. Montevideo: Revista Trabajo Social 4: 18-20, 1987.
- STOPPARD, Miriam. Concepción, embarazo y parto. Londres: Javier Vergara Editor, 1994.
- TORRES, Cristina. El trabajo doméstico y las amas de casa: el rostro invisible de las mujeres. Montevideo: CIEDUR, 1988.
- TURNER, Bryan. El cuerpo y la sociedad: exploraciones en teoría social. México: F.C.E, 1989.
- URRUTIA, C; BOGGIO, A; MAGUIÑA, A. La enfermedad capitalista de la salud popular: hacia un replanteo saludable. Acción Crítica 16: 29-44, 1984.
- VALCARCEL, Amelia. Sexo y filosofía: sobre "mujer" y "poder". Barcelona; Bogotá: Anthropos: Siglo del Hombre, 1994.
- VEGETTI FINZI, Silvia. El niño de la noche: hacerse mujer, hacerse madre. Madrid: Cátedra: Universitat de València: Instituto de la Mujer, 1990.
- VIDELA, Mirta. Maternidad: mito y realidad. Buenos Aires: Nueva Visión, 1990.
- VIDELA, Mirta. Parir y nacer en el hospital: de la psicoprofilaxis obstétrica a la psicoprofilaxis perinatal interdisciplinaria. Buenos Aires: Nueva Visión, 1993.

FUENTES DOCUMENTALES

M.S.P.; UNICEF; OPS-OMS; IBFAN. Promoviendo la lactancia materna. Programa de promoción de la lactancia materna. Autores: Nut.Florencia Cerruti, Ps.Nora d'Oliveira.

Instituto Nacional de Estadística y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF-Uruguay. Mujeres uruguayas en cifras. Un aporte para la conferencia Mundial de la Mujer en Beijing 1995.

PÁGINAS WEB

DAVIS-FLOYD, Robbic. Birth Messages. Disponible en <http://www.birthpsychology.com/messages>

EASTMAN, Andrea. Choices that affect breastfeeding, 1997. Disponible en <http://pregnancy.about.com/library/blbfchoice.htm>

NEWMAN, Jack. Breastfeeding Myths. Disponible en
http://www.breastfeeding.com/all_about/all_about_myths1.html
http://www.breastfeeding.com/all_about/all_about_myths2.html
http://www.breastfeeding.com/all_about/all_about_myths3.html
http://www.breastfeeding.com/all_about/all_about_myths4.html

ANEXO 1 PROCEDIMIENTOS DE RUTINA EN LOS PARTOS MEDICALIZADOS

A continuación se realiza una síntesis del estudio de David-Floyd, adecuada a los procedimientos de rutina de los partos medicalizados en Uruguay, información verificada por una Obstetra Partera recibida en la Escuela de Parteras, de la Facultad de Medicina, Universidad de la República, y en ejercicio de la profesión. El análisis consiste en una descripción de los procedimientos, la justificación de su implementación por parte del discurso médico, los posibles efectos fisiológicos y psicológicos, y el mensaje cultural que se transmite a través de los mismos.

La silla de ruedas

La mujer llega a la institución médica cuando el trabajo de parto ha comenzado y luego de realizar el trámite burocrático de ingreso, se le ofrecerá o se le ordenará sentarse en una silla de ruedas. Si bien se argumenta su uso con la posibilidad de un desmayo o una caída, el efecto de la utilización de la silla de ruedas es mayormente psicológico. Bajo un modelo tecnocrático, el parto es visto como un proceso mecánico en el que un mal funcionamiento puede ocurrir en cualquier momento por lo que la institución médica asume que debe estar preparada ante esta posibilidad.

Como primer paso en el proceso, la mujer recibe el mensaje de que para la institución ella está discapacitada y enferma, su cuerpo se ha tornado en débil y dependiente, aún cuando hasta el momento del ingreso ella fue capaz de llegar hasta allí por sus propios medios. El mensaje también llega a su compañero, que la comienza a visualizar más débil, más pasiva, y más frágil que antes. Se categoriza a la mujer en que no debería o no es capaz de caminar, cuando caminar es una de las más beneficiosas acciones que debería realizar una mujer en trabajo de parto. Como cualquier inicio en un rito de pasaje se intenta romper las categorías del sistema necesarias para asegurar la apertura al nuevo aprendizaje.

La separación del compañero

La presencia del compañero durante el período dilatante y expulsivo está permitida e incluso actualmente en Uruguay se encuentra amparada por ley. Sin embargo la mujer es separada de su compañero en los primeros procedimientos que se le practican. Estos incluyen: examen ginecológico para comprobar el estado del cuello del útero, rasurado del vello pubiano, cambio de su ropa por el atuendo que la institución determina, y administración del enema.

La razón del personal médico para no permitir que el compañero esté presente en estos momentos es que no le resultará agradable ver estos procedimientos y a su vez las enfermeras sienten que pueden realizar sus tareas de rutina con mayor comodidad si se encuentran a solas con la paciente.

Los efectos positivos de la presencia del compañero incluyen: disminución de la ansiedad y el miedo, aumento de la concentración para realizar las técnicas de respiración y relajación, aumento de la autoconfianza, y disminución del estrés emocional. La ausencia del compañero genera lo contrario, y sus efectos son mayores cuanto más avanzado se encuentra el trabajo de parto, siendo mínimas si la mujer recién está en pre-parto y comenzando a percibir dolor.

La separación entre la mujer y su compañero no hace más que demarcar claramente las fronteras rituales: el cuerpo de la mujer pertenece ahora a la institución médica y sus representantes, médico, partera y enfermeras. El padre es testigo del nacimiento no solamente de un niño, sino de su mujer como madre, de sí mismo como padre y de su familia como nueva unidad social. Dos son los mensajes que se envían: la institución tiene el derecho de separar al hombre de la mujer, a través de una autoridad mayor que la de la familia, y la mujer en trabajo de

parto va a parir un nuevo miembro de la sociedad, por lo que su cuerpo pertenece a la institución y debe ser marcado como tal.

El rasurado del vello pubiano

La razón del discurso médico para el rasurado del vello pubiano es la de mantener la asepsia de la zona genital. Se argumenta que es importante para evitar cualquier riesgo de infección debido a los continuos exámenes genitales que se realizan, resultando más cómodo para el equipo médico si la zona genital se encuentra rasurada, y también para efectuar la episiotomía con precisión. Cualquiera de estos tres argumentos es insostenible. En primer lugar, no es necesario eliminar el vello púbico para mantener la higiene de la zona genital. En segundo lugar la comodidad de las parteras y médicos no sería tan esencial si no se realizaran tactos vaginales innecesarios. En tercer lugar la episiotomía no debería ser una práctica de rutina tal como se la realiza actualmente, y de ser necesaria el rasurado debería realizarse solamente en el área en la que la misma se practica.

Es importante entonces reconocer el valor simbólico de este ritual. Son dos los mensajes poderosos que se transmiten. En primer lugar, la genitalidad de la mujer ahora perteneciente a la institución, deja de ser algo sucio y dedicada al goce sexual, para ser convenientemente higienizada y dedicada a la maternidad. En segundo lugar, la genitalidad de la mujer deja una característica propia del cuerpo adulto para volver a tener una de las características de la genitalidad en la infancia, un cuerpo que se vuelve nuevamente dependiente como el de una niña.

La ropa de la institución

La sustitución de la ropa de la mujer por la de la institución médica, se basa en la idea de que es más limpia y más práctica para los diversos procedimientos que se van a efectuar. Generalmente se trata de una especie de poncho, atado a los costados o a la espalda, con fácil acceso a la zona genital para facilitar los tactos vaginales, y con el logo de la institución médica.

La ropa que utilizamos individualiza nuestra identidad, sustituirla comunica el mensaje de que ya no se es un ser autónomo, sino dependiente de la institución: un uniforme con el que se deben obedecer las órdenes pasivamente y sin quejarse. Ante la sociedad, la mujer pertenece ahora a la institución, se encuentra marcada por su logo y no es libre de irse si es su elección. Asimismo, esta vestimenta comienza el poderoso proceso de inversión simbólica: la parte más privada del cuerpo de la mujer se transforma en el más pública.

El enema

El enema es administrado con la intención de disminuir la posibilidad de que materia fecal sea expulsada durante los pujos, y consecuentemente reducir el riesgo de infección. Otra razón para la utilización del enema es la de prevenir que heces endurecidas en el recto puedan actuar como tumor previo, por lo que a través de su administración se estimula el progreso del período expulsivo. También se argumenta evitar la vergüenza que le produciría a la madre si expulsara materia fecal durante los pujos.

Sin embargo existe evidencia que indica que el enema no disminuye la posibilidad de eliminación de heces durante el parto y tampoco disminuye la incidencia de contaminación fecal durante el parto. Tampoco es sostenible la noción de que los enemas favorecen un parto más corto. Lo que sí es posible afirmar es que su utilización produce considerable dolor y tensión en la parturienta. La mujer debe en medio de las contracciones movilizarse hasta el baño con urgencia, con las molestias típicas del uso de un enema, en lugar de permanecer concentrada en el trabajo

que su cuerpo está realizando.

El enema se reconoce como un ritual de limpieza de la parte baja del iniciado en diversos ritos de pasaje. En este caso, el enema constituye una intensificación de la inversión simbólica que se produjo con el rasurado del vello pubiano: la parte más privada es ahora propiedad institucional. El mensaje consecuente es el mismo: las partes privadas de la mujer son sucias, y ahora que no son privadas le corresponde a la institución médica como representante de la sociedad hacerlas limpias.

La permanencia en la cama

Para una institución médica la cama es simplemente el lugar donde debe estar el paciente. La mujer en trabajo de parto no está exenta de esta idea y se la concibe como débil y en peligro de caer si se levanta demasiado de la cama y camina por los pasillos. Es probable que las enfermeras se quejen de no poder llevar un buen control de las parturientas ambulantes. Por otra parte permanecer en la cama se transforma en necesario cuando se utiliza el monitoreo fetal electrónico o ante la administración de medicamentos por vía intravenosa. Pero el hecho de yacer boca arriba durante el trabajo de parto puede traer numerosos inconvenientes y llegar a ser peligroso, sin embargo es frecuentemente la posición en la que se le solicita a la parturienta que permanezca, entre otras razones para facilitar los tactos vaginales.

En esta posición la salida cardíaca se reduce, la vena cava inferior y la aorta abdominal son comprimidas, resultando en una reducción de la circulación sanguínea en la madre, lo que lleva a una reducción del suministro de sangre al bebé, posiblemente provocando sufrimiento fetal y la consecuente cesárea de urgencia. Además las contracciones tienden a ser cada vez menos efectivas en esta posición, siendo mejor permanecer parada o de no ser posible, acostada sobre un lado.

Las mujeres que permanecen paradas o caminando, tienden a tener partos más cortos y a requerir menos medicación contra el dolor. Las que están acostadas tienden a solicitar más calmantes debido a la siguiente razón: al permanecer en la cama el progreso del trabajo de parto se enlentece y debido a ello, generalmente se administra el goteo de oxitocina, que provoca contracciones más fuertes, más largas y más dolorosas que las normales, y hay entre ellas un período de relajación menor.

El mensaje que transmite el hecho de permanecer en la cama es el siguiente: la parturienta es un paciente, una enferma. Una vez que el trabajo de parto se hace más intenso, posiblemente la mujer comience a internalizar el mensaje llegando a pensar de sí misma: "estoy enferma". Otro importante aspecto es que al permanecer acostada, se evita que la mujer se encuentre al mismo nivel de contacto visual con el equipo médico. Al tener que hablarle hacia abajo, se la pone en una significativa desventaja conceptual e interaccional: el que sabe y ordena arriba, la que ignora y acata abajo.

Por el contrario, la mujer que se mueve y se posiciona flexiblemente a sí misma, de acuerdo a sus necesidades y su comodidad, es una mujer que se muestra poderosa, saludable, en control de su propio trabajo de parto y del nacimiento de su bebé.

La abstención de comida y de bebida

La comida y la bebida para la mujer en trabajo de parto no están permitidas en la mayoría de las instituciones médicas. La digestión se hace levemente más lenta en los partos no medicados, y muy lenta cuando se trata de partos en los que se han utilizado algún tipo de calmantes. La razón fundamental por la que se prescribe la abstención es por el hecho de que la mujer puede necesitar anestesia general y existe el peligro de aspirar los contenidos del estómago que no han sido

digeridos si vomita al encontrarse anestesiada. Pero la realidad es que los ácidos gástricos después de horas de ayuno son más tóxicos que los usuales, y debido a la posición adoptada para la anestesia, acostada sobre la espalda, se aumenta el riesgo de inhalación gástrica y la posibilidad de aspiración de los mismos.

El ayuno causa que el útero se contraiga menos eficientemente y el trabajo de parto sea más lento. La mujer en el parto necesita energía rápida para mantener el incremento del ritmo cardíaco. Es verdad que el tiempo de digestión de la comida sólida se ralentiza, tal como el de los atletas, pero también es cierto que necesitan mantener elevado el nivel de la glucosa de la sangre. Por lo tanto deberían ingerir sustancias altas en carbohidratos para obtener energía rápida, fluidas para mantener la hidratación, y bajas en grasa para digerirlas fácilmente, tales como las bebidas que toman los deportistas de alto rendimiento.

Culturalmente existe una relación entre la alimentación y los iniciados que viven la experiencia de un rito de pasaje. Puede ser que se los excluya de alimentos altamente valorados que los identifican como miembros completos de la sociedad. En otros casos cuando no existe un ayuno completo, determinados alimentos son administrados por otros, como símbolo de su debilidad y dependencia. El hecho de negar a la mujer en trabajo de parto el acceso a los alimentos y bebidas que ella desea es una confirmación de su pérdida de autonomía, asegurándole que solamente la institución es la que podrá brindarle la nutrición que necesita.

La vía intravenosa

El suero intravenoso administrado en el brazo de la mujer, supuestamente compensa la comida y la bebida que le ha sido negada. A su vez facilita la administración tanto de oxitocina como de calmantes. Pero el azúcar y agua administrada por vía intravenosa presenta un daño potencial tanto para la madre como para el bebé. Si se utiliza dextrosa, causa un aumento temporal de energía, lo que hace que el páncreas genere más insulina, resultando en una rápida caída en el nivel de azúcar de la sangre y en un rápido bajón de energía, que llega a la extenuación. Cuando se trata de glucosa, también causa problemas, especialmente la retención de líquidos, con posibles consecuencias como arritmia cardíaca, desequilibrio de electrolitos, y edema pulmonar. También se ha demostrado que a mayor nivel de administración de glucosa menor tolerancia al dolor.

Los riesgos sobre el bebé incluyen severa hipoglicemia luego del nacimiento, que lleva a una excesiva producción de insulina por parte del páncreas en respuesta a la alta concentración de azúcar en la sangre. También se encuentra entre las posibles causas de ictericia neonatal y excesiva pérdida de peso.

Existe también la incomodidad que representa para la mujer en trabajo de parto movilizarse con el suero y el soporte de metal, teniendo cuidado de no estrangular el cordón, lo que puede ser un factor determinante en su decisión de permanecer en la cama.

El significado simbólico del suero administrado por vía intravenosa es poderoso: se trata del circuito que une a la mujer con la institución de forma análoga al cordón umbilical que une a su bebé con ella. Se ha transformado en un ser dependiente de la institución para vivir. La mujer que está a punto de parir es la que da vida, y tanto la institución como la sociedad no podrían subsistir de no ser así, pero el mensaje es claramente opuesto, ahora es la institución la que da vida a la mujer.

El goteo

La oxitocina es la hormona que estimula las contracciones uterinas, y una forma sintética de la misma puede ser utilizada tanto para inducir como para acelerar el trabajo de parto. Debería ser indicada cuando se diagnostica una disfunción uterina, una condición en la que las contracciones del trabajo de parto no son efectivas para producir la dilatación del cuello del útero. No es el caso en el que se administra esta droga bajo el modelo tecnocrático del parto, sino que por el contrario existe un uso generalizado de la misma. El trabajo de parto es concebido como un proceso productivo continuo y cualquier enlentecimiento del mismo es interpretado como anormal o disfuncional, y requiere la intervención de la institución.

El modelo tecnocrático también interpreta como disfuncional que el parto no se haya desencadenado dos semanas después de la fecha probable de parto, así como en el caso que el mismo no comience luego de la ruptura de las membranas. Si la probable fecha de parto es inadecuada, la inducción resultará en el nacimiento de un bebé prematuro. En el caso de que el trabajo de parto no comience en las veinticuatro horas posteriores a la ruptura de las membranas, se inducirá para prevenir el riesgo de posibles infecciones, que en su mayoría pueden ser provocadas por las propias manipulaciones a las que la mujer se ve expuesta.

Si bien es cierto que los partos en instituciones médicas tienden a ser más cortos que los que se realizan en el hogar, esto se debe a la combinación de intervenciones utilizadas para favorecer un parto rápido, en especial la administración de oxitocina. Pero el riesgo principal es para el feto: la creciente presión de las contracciones puede comprimir el cordón umbilical y comprometer un suministro adecuado de oxígeno. Las contracciones tienden a ser más largas, más fuertes, y con períodos más cortos de relajación entre una y otra. Con cada contracción uterina el suministro de sangre a través de la placenta se corta temporalmente, el ritmo cardíaco del bebé disminuye y el monitor electrónico muestra alteraciones.

La mujer corre el peligro de rotura uterina, por lo que se establece que la dosis de oxitocina sea la mínima posible y que no sea dejada sola una vez que se ha iniciado el goteo. A su vez el incremento del dolor debido a las contracciones inducidas, hace que la mujer solicite medicación para tolerarlo mediante calmantes.

Bajo el modelo tecnocrático el parto se visualiza como mecánico y lineal, en el que las diferentes etapas deben sucederse en una específica medida de tiempo. Tal como si se tratara de un producto que sale de la fábrica en un tiempo determinado, el bebé debe salir de su madre. Cuando el progreso del parto de una mujer no conforma los tiempos de producción, debe acelerarse con el goteo, un eslabón más en la cadena de eventos del nacimiento.

La administración del goteo envía los siguientes mensajes a la mujer en trabajo de parto: que el concepto de tiempo en el parto es lineal, mensurable y valorado; que su cuerpo es una máquina; que su máquina tiene defectos porque no está produciendo al ritmo que debería; que la institución tendrá cuidado de que se cumpla el tiempo de producción, que el tiempo institucional es mejor que su propio ritmo interno y su experiencia individual de parto.

Los analgésicos

La dilatación del cuello del útero y las contracciones uterinas causan dolor, por lo que se administra medicación para alivio del mismo. La idea es que las mujeres puedan descansar tranquilamente entre las contracciones, y seguramente sentirán el pico de la contracción pero el dolor no sería intolerable.

Pero todas las drogas que se administran en el trabajo de parto cruzan rápidamente la placenta y alteran el ambiente fetal cuando penetran en el sistema circulatorio del bebé, minutos

después de haber sido administradas a la madre. Cuando un bebé nace con drogas en el torrente sanguíneo, el hígado que es uno de los últimos sistemas en madurar, puede demorar varios días en desintoxicar dicha droga. Como resultado puede presentar retraso en la respuesta a determinados estímulos, interferencia con la alimentación (reflejo de succión y de rotación), irritabilidad, alteraciones en los ciclos de alerta/sueño, dificultad para el apego, fatiga, decoloración de la piel (azul en lugar de rosada), e ictericia. Poco se sabe acerca de los efectos a largo plazo de la administración temprana de este tipo de drogas, pero lo que se puede afirmar es que los organismos que se exponen a sufrir daño tempranamente no tendrán tan buen rendimiento ante situaciones que los perturben como aquellos que no han sido dañados.

A pesar de esto, para muchas mujeres los analgésicos dan alivio del dolor y la tensión y pueden hacer la diferencia entre una experiencia de parto positiva o traumática. Aunque tampoco existe garantía de que esto sea así, como lo experimentan muchas mujeres que esperan un completo alivio luego de la primera dosis y se sienten confundidas y perturbadas al ver que no es así.

En nuestra cultura existe la idea de que el dolor es malo. El sistema médico está comprometido con el alto valor del alivio. Quizás rechazamos el dolor, porque nos recuerda nuestra propia debilidad, nuestra dependencia de la naturaleza, mientras que el alivio nos demuestra nuestra dependencia de la sociedad.

Los analgésicos que recibe la mujer en el trabajo de parto intensifican el mensaje de que su cuerpo es una máquina, una máquina que no funciona bien si no es con la ayuda de la institución médica. Además este procedimiento refuerza el concepto de la separación entre mente y cuerpo: lo que la mujer siente está desconectado de lo que su cuerpo hace. Ahora debe confiar plenamente en la institución y sus representantes para que la guíen en una dirección.

La amniotomía

La ruptura artificial de las membranas se realiza a las parturientas en las instituciones con el propósito de acelerar el trabajo de parto. El procedimiento es simple: se inserta un instrumento similar a una aguja de crochet a través del cuello del útero, rasgando y rompiendo el saco amniótico.

Si se permite que las membranas se rompan espontáneamente, en la mayoría de los casos, esto sucederá cuando se encuentra en trabajo de parto avanzado o cuando la dilatación cervical está completa. Si bien es cierto que la ruptura artificial agiliza el trabajo de parto, si se realiza una vez que el mismo está bien establecido, también es cierto que aumenta el peligro de una infección debido a los exámenes genitales y/o la inserción de instrumental. También puede suceder que se trate de una falsa alarma y se confunda con un trabajo de parto real, y al realizar la ruptura de las membranas muy pronto el parto debe desencadenarse en veinticuatro horas y para ello se recurre a la inducción con oxitoxina. Esta complicación puede evitarse si el procedimiento solamente se realiza cuando se han alcanzado los cinco o seis centímetros de dilatación.

Un efecto perjudicial para el bebé es que al romper las membranas se quita la protección del líquido amniótico sobre su cabeza lo que implica una mayor presión durante las contracciones, y el cordón umbilical puede llegar a comprimirse resultando en una reprivación de oxígeno y consecuentemente sufrimiento fetal. También sobre la madre las membranas ejercen un trabajo amortiguador. El perineo se va estirando en forma gradual, no forzada, por lo que se reduce el riesgo de desgarros.

La amniotomía fue una de las prácticas más tempranas realizadas por los primeros obstetras en el SXVIII, como forma de intervenir en el progreso del trabajo de parto. Desde

entonces romper las membranas transmite, a la mujer en trabajo de parto, el efectivo significado de que ella no puede tener al bebé sin la ayuda de la institución. Cuando se realiza con el propósito de agilizar el trabajo de parto, se refuerza e intensifica la urgencia de la institución en condensar la experiencia de la mujer en una determinada unidad de tiempo. El mensaje es claro: la cultura sabe más que la natura.

El monitoreo fetal electrónico

El ritmo cardíaco del feto durante el trabajo de parto refleja su condición. Durante la contracción, el patrón normal es que el ritmo cardíaco disminuye y vuelve a elevarse una vez que la contracción termina. El ritmo cardíaco debe ser monitorizado porque ciertas fluctuaciones en el patrón, tales como una caída al final de una contracción, pueden constituirse en una situación de vida o muerte que requiera una intervención de emergencia. Antes de la invención del monitor fetal electrónico en la década del cincuenta, las parteras y doctores monitoreaban el corazón del bebé con un estetoscopio en el abdomen de la madre, que actualmente son utilizados en muchos casos. Los monitores electrónicos ligados a la madre por largos cinturones alrededor de su abdomen, imprimen la frecuencia cardíaca fetal y la intensidad, duración y frecuencia de las contracciones uterinas, de manera que las desviaciones de los patrones normales pueden ser identificadas.

Parte de lo que hace cuestionable el monitoreo electrónico, es el hecho que no se han establecido claramente los grados aceptables de variación del ritmo cardíaco fetal. En algunos casos, incluso fluctuaciones extremas resultan en bebés perfectamente normales que nacen sin la intervención tecnocrática. A su vez, numerosos estudios han establecido que el monitoreo electrónico no es más efectivo que auscultar manual y periódicamente para identificar las fluctuaciones.

El inventor del monitor fetal electrónico, el Dr. Edward H. Hon, identificó varios factores que podían tener un efecto adverso sobre el ritmo cardíaco fetal. Lo interesante es que muchos de estos factores son directamente generados o hechos más peligrosos a través de la intervención institucional: infecciones fetales producto de los excesivos tactos vaginales, compresión del cordón debido a la impropia posición maternal o a la administración de oxitocina, el pasaje de las drogas que se le administraron a la madre, etc.

A través de diversos estudios se evaluaron los efectos del monitoreo electrónico, comparando mujeres en trabajo de parto a las que aleatoriamente se les asignaba monitoreo manual o electrónico, y el resultado fue el mismo: más mujeres que eran monitoreadas electrónicamente terminaban con partos por cesáreas. La principal razón por la que se alegaban estas cesáreas era sufrimiento fetal y desproporción céfalo-pélvica, razones que no pueden ser probadas o refutadas.

Aparte del riesgo de una cesárea innecesaria, otro riesgo que provoca el monitoreo electrónico es producto de la inmovilización que genera. Esto puede disminuir el suministro sanguíneo al útero y por lo tanto también el del feto, provocando un ritmo cardíaco anormal. En este caso el monitoreo electrónico termina produciendo las anormalidades que se supone debe medir.

Quienes apoyan el uso del monitor fetal electrónico argumentan que en los años setenta disminuyó drásticamente la tasa de muerte perinatal. Pero los críticos responden que esta disminución es atribuible a otros factores, como el descenso de embarazos no deseados, mejoras en el cuidado prenatal y nutrición materna, y el aumento del intervalo entre embarazos.

Una parte importante de los ritos de pasaje constituye el adorno de los iniciados de forma

que su transformación sea visible físicamente. En sociedades “primitivas”, estos ornamentos constituyen objetos que representan los valores más profundos y las creencias de dicha sociedad. En el caso del monitor fetal electrónico, el “ornamento” posee un gran significado simbólico. Se trata de una máquina que en sí misma se ha convertido en el símbolo de la alta tecnología obstétrica. Es notorio cómo una vez que se comienza a utilizar ligado al cuerpo de la mujer, médicos, parteras y enfermeras lo convierten en el punto focal del trabajo de parto. Incluso la propia mujer se visualiza a sí misma a través de la máquina, lo que modifica su percepción e interpretación del proceso del parto.

Bajo el modelo tecnocrático, la información que producen las máquinas es considerada con mayor autoridad que la que producen las personas. Antiguamente el médico era totalmente dependiente del reporte verbal del paciente y su propio conocimiento ante la observación y examinación del paciente. Con la invención de tests y procedimientos, se ha separado físicamente a los médicos de sus pacientes. En el caso del trabajo de parto se repite esta tendencia de toda la medicina, se pasa de la mujer como foco central al diagnóstico de la máquina, lo que perpetúa el alto valor cultural del conocimiento objetivo sobre la experiencia subjetiva. Se refuerza la idea que es la máquina quien realmente sabe lo que está ocurriendo, y que la interpretación de dicho conocimientos lo mejor tanto para la madre como para el bebé.

Si nos detenemos a visualizar a la mujer en trabajo de parto, podemos comprender claramente cual es el mensaje que se está transmitiendo. Se encuentra acostada en una cama con ropa de la institución, conectada por vía intravenosa a suero y diversas drogas, ligada a una máquina que graba permanentemente el funcionamiento de su cuerpo y la respuesta de su bebé. El mensaje es uno de los valores más profundos de nuestra cultura: la tecnología es suprema, y la mujer es totalmente dependiente de ella y de la institución que la controla y la administra.

Los tactos vaginales

Tanto médicos como parteras insertan sus dedos enguantados en la vagina de la mujer para comprobar si se ha borrado el cuello del útero, cuántos centímetros ha dilatado, si las membranas permanecen intactas, y cómo progresa el descenso del bebé en la segunda fase. En el modelo tecnocrático los exámenes ginecológicos son muy importantes ya que si el cuerpo de la mujer no responde a lo esperado en un tiempo previamente determinado, se debe intervenir para que concuerde con los parámetros normales.

Los tactos vaginales son generalmente muy dolorosos. El dolor que causan se intensifica si se realizan en el punto máximo de la contracción, que es cuando se obtiene mayor información. Cada examen aumenta la posibilidad de una infección, especialmente si las membranas se han roto. La tensión y la ansiedad que causan estos tactos, pueden resultar en la interrupción de los ejercicios de respiración y el ritmo natural del trabajo de parto, además del estrés emocional que provoca saber que no está progresando bien.

Cualquier estrategia que la mujer intente a favor de su propio bienestar, ya sea respirar, caminar o tomar una ducha, es interrumpida por la realización de estos constantes exámenes. Solamente bajo el modelo tecnocrático se observa una práctica tan invasiva, desorganizadora y dolorosa, empleada con tanta frecuencia y regularidad. En otras culturas se anima a la mujer a pujar cuando siente la urgencia de hacerlo, no cuando llega a una medida arbitraria de diez centímetros. Esta medida es requerida por la estandarización de la experiencia del parto, más que por una necesidad fisiológica de la madre o del bebé.

Los frecuentes exámenes genitales poseen un significado preciso para la mujer: su cuerpo debe funcionar en un tiempo determinado, si no lo hace, su cuerpo es defectuoso y es la institución

la encargada de tomar control sobre el mismo. Asimismo, en tanto son dolorosos, poseen una función dentro del proceso ritual de pasaje del iniciado: la ruptura de su sistema de categorías, para facilitar psicológicamente la apertura en la recepción de la nueva experiencia. Se intensifica el proceso de inversión simbólica que comenzó con el rasurado, enema, y el uso de la ropa de la institución. Una serie de extraños introducen profundamente sus manos en su vagina hasta el cuello del útero, lo que constituye el extremo opuesto de sus ideas usuales acerca del relacionamiento apropiado entre sí misma y la sociedad.

La anestesia peridural

Si bien en nuestro país el uso de anestesia peridural no se encuentra suficientemente extendido, en otros contextos es otra de las tantas prácticas de rutina dentro del modelo tecnocrático del parto. En nuestro caso se trata de una práctica de “privilegio” ya que solamente pueden acceder a ella, las mujeres que previamente lo han acordado con el equipo médico que la atenderá en el parto, transacción monetaria mediante. Es interesante notar que el único procedimiento que alivia todo el proceso del trabajo de parto bajo el modelo tecnocrático está destinado a quienes pueden pagarlo y el resto de las mujeres deben limitarse solamente a sufrirlo. Pero, ¿qué hay detrás de este alivio que provoca la administración de la anestesia peridural?

El proceso de administración es complejo. Brevemente, una anestesia local que es inyectada en la región lumbar de la espalda de la mujer para adormecerla, y luego una aguja fina y hueca es insertada en el espacio peridural, la región que rodea la médula espinal dentro de la columna vertebral, y se inserta un tubo llamado catéter en la aguja. Se quita la aguja, dejando el catéter en la posición indicada y se introduce la anestesia a través de este tubo. El catéter se adhiere a la piel mediante cintas y su extremo es sellado con un filtro por el que periódicamente se administrará otras dosis de anestesia. Todo el proceso lleva alrededor de veinte minutos y la anestesia comienza su efecto a los pocos minutos.

Es importante notar el grado de variación en el efecto de la anestesia peridural sobre la experiencia de las mujeres en trabajo de parto: una dosis adecuada puede eliminar el dolor de las contracciones sin reducir ni la urgencia ni la habilidad de la mujer para pujar, mientras que una elevada puede eliminar completamente todas las sensaciones de la mujer inhabilitándola para pujar, lo que aumenta la probabilidad de aplicación de fórceps y de cesáreas. Asimismo, existe una amplia variación del efecto de la anestesia peridural sobre la mujer individualmente. Cada cuerpo puede responder de forma diferente a lo que el anestesista espera: algunas mujeres encuentran que continúan experimentando dolor cuando esperaban estar totalmente libres de él, mientras que otras que deseaban experimentar las sensaciones que les permitieran pujar se encuentran incapacitadas para hacerlo debido a la total insensibilidad provocada.

Existen varias desventajas potenciales para la madre debido al uso de la anestesia peridural, que incluyen desde disminución de la presión, dolor de espalda a largo plazo, hasta parálisis de los músculos respiratorios si existe una punción lumbar accidental. Los peligros para el bebé incluyen privación de oxígeno, enlentecimiento del ritmo cardíaco, aumento de la acidez en la sangre, pobre tono muscular, lo que afecta la habilidad del bebé para succionar adecuadamente. Si la peridural es administrada antes que la mujer entre en la fase activa, puede resultar en un marcado enlentecimiento del trabajo de parto. Durante la segunda etapa del trabajo de parto, la anestesia peridural puede disminuir la habilidad de la mujer para pujar provocando un retraso en la expulsión del bebé, provocar problemas para el correcto descenso del bebé y/o rotación espontánea de la posición adecuada, lo que aumenta la incidencia de la utilización de fórceps.

Anestesiarse a una mujer que está por dar a luz intensifica el mensaje de que su cuerpo es una máquina, y que esa máquina puede funcionar aún sin su cooperación. La anestesia peridural transforma en realidad física un concepto cultural, uno de los principios fundamentales de la cultura occidental: cuerpo y mente están separados. La mujer internaliza este principio ya que se encuentra despierta durante todo el proceso pero deja de sentir lo que está sucediendo en su cuerpo.

La dilatación completa

Se entiende que la cabeza del bebé no pasará por el cerviz de su madre a menos que la dilatación esté completa, es decir de diez centímetros. Si la mujer comienza a pujar antes que la dilatación esté completa, la cabeza del bebé será innecesaria y dolorosamente aplastada sobre el piso de la pelvis lo que puede provocar que el cerviz se rasgue. Asimismo pujar tempranamente puede provocar edema del cerviz, por lo que la dilatación completa llevará más tiempo y será más dolorosa de alcanzar. Pero una vez que la dilatación es completa, el bebé debe ser empujado a través del cerviz lo más rápido posible, ya que se entiende que la etapa expulsiva es dura tanto para la madre como para el bebé por lo que se propone que no se prolongue más de dos horas.

Por lo tanto una vez que la dilatación está completa, el equipo médico inmediatamente comienza a exhortar a la mujer a pujar, tanto si siente la imperiosa necesidad de hacerlo como si no la siente. Pero cuando el bebé está próximo a nacer, la mujer debe ser trasladada a la sala de partos y para evitar que el bebé nazca en el pasillo se la exhorta a dejar de pujar con el mismo vigor con el que se le dijo anteriormente que lo hiciera.

La imperiosa necesidad de pujar surge como reflejo involuntario debido a la presión de la cabeza del bebé sobre el piso de la pelvis y el recto. La mujer puede no llegar a tener la dilatación completa e igualmente sentir el deseo de pujar, y la evidencia indica que pujar suavemente en esta situación puede colaborar a alcanzar la dilatación completa. Por otra parte, si bien es cierto que pujar antes que la dilatación sea completa puede ser perjudicial, también es cierto que pujar sin tener la urgencia de hacerlo luego que la dilatación es completa también puede serlo. El esfuerzo muscular debe ser suave y continuo, de modo que los tejidos y músculos del perineo y la vagina tengan tiempo suficiente para distenderse y acomodar la cabeza del bebé.

Una vez que el cerviz está completamente dilatado y la cabeza del bebé baja por el canal de parto, el resto del útero que hasta ese momento estaba firmemente apretado alrededor del bebé, ahora se amolda flácidamente sobre el resto de su cuerpo. Las contracciones continúan siendo intensas pero no se perciben como tales debido a que no apretan al bebé lo suficiente como para empujarlo en su descenso por el canal de parto. Debido a las contracciones en esta fase de reposo, el útero reduce su tamaño hasta volver a adecuarse a su contenido. Es entonces que las mismas comienzan a ser nuevamente efectivas empujando el resto del cuerpo del bebé por el canal de parto, por lo que el reflejo involuntario de pujar es estimulado. La fase de reposo ha terminado, y la misma puede haber llevado desde unos minutos a dos o tres horas.

Durante esta etapa de reposo se debería animar a la mujer a descansar recargando energía para la siguiente fase y darse tiempo para meditar en lo que ha sucedido y lo que va a suceder, el momento esperado por el que ha trabajado tan duramente. Esta fase, a pesar de ser común, es ampliamente ignorada por la institución y en general no se le da el tiempo necesario para que ocurra naturalmente.

A pesar que las cabezas de los bebés difieren en su tamaño, la estandarización de la producción requiere confianza en una determinada medida: el cerviz deberá dilatarse diez centímetros sin importar el tamaño del bebé que pasará a través de él. Desde el modelo tenocrático

el cuerpo de la mujer en trabajo de parto es una máquina del que saldrá un producto, por lo tanto tiene sentido que se estandarice el tamaño de la abertura por la que emergerá el mismo, así como su tiempo de producción. Además, debido al permanente peligro de daño del producto como consecuencia del mal funcionamiento de la máquina maternal, lo mejor para el mismo es salga lo antes posible. La exhortación a pujar o a dejar de hacerlo constituye una negación de la validez de los imperativos rítmicos naturales por los que atraviesa el cuerpo de la mujer en trabajo de parto e intensifica el mensaje de la mecanicidad de su parto y de la subordinación a las expectativas institucionales.

La sala de partos

El nacimiento del bebé en la sala de partos se presenta necesario para el personal de maternidad por varias razones. Entre ellos se incluye la esterilidad del ambiente, el beneficio de luces especiales y la disponibilidad de los diversos instrumentos. Cuando el parto es inminente la mujer es trasladada a la sala de partos con el efecto psicológico de tener que moverse cuando está lista para pujar, lo que implica un creciente estrés y dolor, y un gran esfuerzo físico de trepar de una cama a otra cuando el bebé está por emerger de su cuerpo. Se debe acostar sobre la alta cama que se encuentra en el centro de la habitación, abrir las piernas apoyándolas sobre los estribos, con su genitalidad totalmente expuesta y directamente iluminada.

En la medicina occidental, la sala de operaciones constituye el lugar donde el cirujano demuestra su pericia en la manipulación del cuerpo-máquina humano. Desde su comienzo la obstetricia ha intentado justificarse a sí misma en su valor médico en relación a otras ramas de la medicina en las que la patología de la propia enfermedad o del tratamiento de los accidentes lo deja de manifiesto. Por lo tanto los procedimientos obstétricos son paralelos a los de otras áreas de la medicina más directamente reconocidas y respetadas. El nacimiento del bebé, punto culminante del trabajo de parto, deberá llevarse a cabo en la sala de partos, equivalente obstétrico de la sala de operaciones.

Sabiendo que es el lugar en el que tendrá lugar el nacimiento de su bebé, el traslado a la sala de partos posee una alta carga emocional tanto para la mujer como para el personal que la está asistiendo. La efectividad del proceso se pone de manifiesto en la veloz intensificación en el número de las acciones rituales que se llevan a cabo sobre el cuerpo de la mujer una vez que ha entrado en el santuario de la medicina, donde cada uno tiene allí su función, una tarea específica a realizar.

La posición ginecológica

Si bien la posición ginecológica del parto, acostada sobre la espalda, puede traer numerosos inconvenientes, continúa siendo considerada la más satisfactoria. Las razones para esta valoración se refieren al modelo tecnocrático: la paciente está en una posición ideal para que se pueda atender cualquier complicación que pueda surgir, siendo la más fácil para realizar intervenciones obstétricas, incluyendo el mantenimiento estéril, administración de anestésicos locales, realización y reparación de episiotomías, etc.

Entre los problemas generados por esta posición se incluyen: la necesidad de un esfuerzo mayor para empujar al bebé hacia arriba siguiendo la curva del canal de parto; el dolor puede ser más intenso debido a que el peso del cuerpo de la mujer se apoya en el coxis forzándolo hacia adelante lo que provoca un estrechamiento en la zona pélvica; el parto puede ser más largo debido a que los tejidos del canal de parto no logran abrirse por el descenso natural del bebé; existe una compresión de importantes arterias que interfieren en la circulación y presión sanguínea,

resultando en una disminución en el suministro de oxígeno al feto; las contracciones tienden a ser más débiles, menos frecuente y más irregulares en esta posición, a lo que se agrega la necesidad de pujar más fuerte contra la gravedad; aumenta la necesidad de episiotomías y la posibilidad del uso de fórceps; inhibe la expulsión espontánea de la placenta.

La posición ginecológica completa el proceso de inversión simbólica iniciado con la utilización de la ropa de la institución, invirtiendo los patrones corporales de relacionamiento con el resto del mundo: las piernas ampliamente abiertas y sus genitales totalmente expuestos. Siendo el último de los rituales de inversión completa la transformación individual de la mujer y tiene lugar en el momento culminante de la experiencia de iniciación, el nacimiento mismo. En esta posición la vagina de la mujer es la que entra en relacionamiento con la sociedad, lugar normalmente ocupado por su cabeza. El valor cultural se centra en el bebé, quien va a emerger hacia arriba. En nuestra cultura “arriba es bueno, abajo es malo”, por lo que los bebés producto de la ciencia y la tecnología deben nacer hacia arriba en oposición a los bebés que naturalmente nacen hacia abajo siguiendo la fuerza de gravedad.

Fuera del control tecnocrático, la mujer prefiere ser libre para variar su posición en el momento de parir, quizás descansando sobre su costado entre contracciones o sentándose en cuclillas para pujar. Pero este comportamiento poco mecánico es incompatible con el modelo tecnocrático, además la mujer misma está tan condicionada a parir acostada que a muchas ni siquiera se les ocurre la posibilidad de alternativas.

El ámbito estéril

El cuidado de la esterilización del ambiente es necesaria en las instituciones médicas debido al enorme número de gérmenes que se encuentran concentrados allí. En el caso de los partos la esterilización es necesaria ya que la episiotomía realizada de rutina hace del nacimiento un procedimiento quirúrgico con una alta chance de infección para la madre. Además la extracción manual de la placenta, común en los nacimientos hospitalarios, acarrea también una posibilidad de infección para la mujer. La vulva y el perineo de la mujer son restregados con desinfectante y se cubren las zonas alrededor de ellos con campos estériles de forma que lo único que se encuentra expuesto es la zona genital.

Actualmente no se utiliza atar las manos de la mujeres con correas, pero se las exhorta a no tocar la zona y en la mayoría de los casos tampoco al propio bebé una vez que nace. La profunda creencia de que la mujer está sucia mientras que el bebé está limpio se manifiesta en el hecho de permitir que el bebé descansa sobre el abdomen de la madre sin contaminar el ámbito estéril, mientras que a su madre se le prohíbe tocarlo con sus manos para evitar su contaminación.

Los campos estériles que cubren todo, salvo la región genital, refuerzan la inversión simbólica que se completó con la posición ginecológica, la única parte que siempre está cubierta en público es ahora la única que se encuentra descubierta. La esterilización del cuerpo de la mujer conlleva el mensaje de que ella misma y su sexualidad son intrínsecamente sucias. La sociedad es la que debe llevar a cabo un ritual de purificación sobre ella, mientras que el bebé es limpio y puro, producto de la sociedad.

La episiotomía

Cuando en el parto, la cabeza del bebé está expuesta en un diámetro de 3 o 4 centímetros, se efectúa un corte quirúrgico sobre la estirada piel del perineo, ya sea hacia el ano (corte en línea media) o hacia abajo y hacia afuera (corte medio lateral), para agrandar el paso vaginal y que sea más fácil la salida de la cabeza y los hombros del bebé. Se entiende que la episiotomía acorta la

etapa expulsiva, reduce la posibilidad de que el bebé sufra de privación de oxígeno, y evita desgarramientos y daños en los tejidos de la vagina y el perineo.

Pero la creencia de que el nacimiento sin episiotomía puede resultar en prolapso del útero o debilitamiento del soporte de la vejiga debido al estiramiento excesivo de los músculos, nunca ha sido probada. Lo que se ha comprobado es la estrecha relación entre desgarros, posición ginecológica (de espaldas y con estribos) y episiotomías, siendo los desgarros severos casi inexistentes cuando la mujer puede elegir su posición al momento del parto. Asimismo diversos estudios sostienen que existen más probabilidades de desgarros severos del perineo cuando se han efectuado episiotomías. La razón es análoga a la de una tela que se intenta rasgar tirando con fuerza desde dos de sus extremos y difícilmente se rompe, a menos que se haya realizado un pequeño corte en el medio de la tela. Esto es lo que muchas veces sucede con la episiotomía, pero se argumenta que un corte “limpio”, es decir recto, es más fácil de reparar que un pequeño desgarro naturalmente provocado. Seguramente así lo sea para quien está realizando la sutura, pero no para la mujer que deberá soportar una dolorosa cicatrización en el puerperio y molestia en las relaciones sexuales durante meses.

La episiotomía tiene una función de ritual de mutilación en el rito de pasaje: sus genitales llevarán para siempre la marca de su iniciación, una línea recta que marcará la separación entre la natura y la cultura. La vagina es por excelencia el símbolo de la natura, poderosamente sexual y creadora, y es a través de la episiotomía que los representantes de la sociedad la destruyen y la reconstruyen de acuerdo a las creencias culturales y el sistema de valores. La idea de que una herida recta cicatrizará más rápido que un desgarro dentado, se basa en la creencia de la superioridad de la cultura sobre la natura. Llevando en su cuerpo una línea recta, que como tal no existe en la naturaleza, la mujer evidencia su pertenencia a la cultura.

Por otra parte, la episiotomía es conceptualmente útil a los obstetras. Siendo la cirugía central en la medicina occidental, como forma extrema de manipulación del cuerpo-máquina humano, la rutinización de la episiotomía constituye el instrumento de legitimación del parto como procedimiento quirúrgico.

Sobre todas estas cosas, la episiotomía refuerza el mensaje de los otros procedimientos acerca del tiempo de producción, la deficiencia inherente del cuerpo de la mujer para dar nacimiento y la supremacía del hombre-cultura sobre la mujer-natura en la producción social del bebé.

ANEXO 2 LOS PRINCIPALES MITOS DE LA LACTANCIA MATERNA

A continuación se enunciarán y refutarán varios de los mitos más comunes relacionados con la lactancia materna que condicionan desfavorablemente la experiencia del amamantamiento.

Mitos acerca de la producción de leche

Algunas leches no sirven (no es buena, no engorda al bebé, es aguada, se queda con hambre).

Todas las leches maternas son buenas y suficientes para el bebé. No hay madres que no tengan leche óptima para alimentar a su bebé. Cada especie de mamíferos tiene la leche adecuada para su cría. Este mito también se reafirma cuando se hace mención a “la buena leche que tiene” o “lo fuerte que es la leche” de una madre en particular por el hecho que su bebé engordó bastante.

Muchas mujeres no producen suficiente leche. Por el contrario, la mayoría de las mujeres producen más cantidad de leche que la necesaria. El problema de la mayoría de los bebés que aumentan poco de peso, no es que su madre no tenga suficiente leche, sino que el bebé no está obteniéndola. La principal razón por la que un bebé no tiene toda la leche disponible es porque no se prende bien al pecho. Por eso es importante que alguien que tenga el suficiente conocimiento le enseñe a la madre, en el primer día, cómo ayudar al bebé aprenderse correctamente del pecho.

No hay suficiente leche en los primeros tres o cuatro días luego del nacimiento. A veces así parece porque el bebé no está bien prendido al pecho y es incapaz de sacar la leche almacenada. Una vez que la producción de leche es abundante, aunque el bebé esté mal prendido puede igualmente obtener suficiente leche. Pero un bebé que en los primeros días no se prende correctamente, no consigue sacar suficiente leche. Por esta razón el bebé sigue hambriento luego de estar incluso dos horas prendido al pecho y es incapaz de tomar la primera leche materna, llamada calostro. La pequeña cantidad de calostro que tiene la madre es exactamente lo que el bebé necesita y es lo mejor que el bebé puede recibir debido a la cantidad de defensas que le transmite. Cualquier persona que sugiera a la madre ordeñarse para ver cuanto calostro tiene, no entiende la lactancia materna y debería ser ignorada.

Ordeñarse es una buena forma de conocer la cantidad de leche que tiene la madre. La cantidad de leche que la madre puede ordeñarse depende de múltiples factores, incluido su propio nivel de estrés. Un bebé que mama bien puede obtener mucha más leche que la que su madre puede sacarse. Ordeñar la leche la única información que brinda es la cantidad que la madre puede sacar, no la que sus pechos pueden producir.

Las mujeres con pechos pequeños producen menos leche que las de pechos grandes. Algunos pechos tiene más grasa que otros, y por esta razón el tamaño de los pechos cambia de mujer a mujer. Pero la “fábrica de leche” es la misma para todas las madres. Los pechos pequeños tienen la misma capacidad de producir leche que los pechos grandes. Lo que hace que una madre tenga más o menos leche es la cantidad de veces que pone a su bebé al pecho.

Las mujeres cuyos pechos no crecieron o crecieron poco durante el embarazo, no producen suficiente leche. Hay muy pocas mujeres que no pueden producir suficiente cantidad de leche, pero igualmente pueden continuar amamantando con la ayuda de un suplementador de amamantamiento¹. Algunas de estas mujeres afirman que sus pechos no crecieron durante el

¹ Los suplementadores del amamantamiento están diseñados para proporcionar al niño un flujo continuo de alimento suplementario mientras que está mamando y estimulando el pecho y el pezón. Son particularmente útiles cuando un pecho no está produciendo demasiada leche. Pueden ayudar a mantener al niño al pecho durante más tiempo con un buen patrón de succión. Un suplementador consiste en una bolsa, botella o vaso de alimento lácteo con un tubo fino, a través del cual puede pasar el alimento, que se deja junto al pezón en la boca del niño. El flujo de leche debe regularse

embarazo. A pesar de esto, la gran mayoría de las mujeres a las que no le crecieron los pechos en el embarazo producen más que suficiente leche.

La madre cuyos pechos no parecen llenos, tiene poca leche. Los pechos no necesitan sentirse llenos para producir abundante leche. Es normal para la mujer que amamanta que sus pechos no se sientan llenos cuando su cuerpo se adapta a las necesidades de su bebé. Esto puede suceder repentinamente luego de un largo tiempo de amamantar, o tan pronto como dos semanas luego del nacimiento. El pecho nunca está “vacío” y siempre va a producir leche cuando el bebé comienza a mamar.

La leche de las madres que amamantan puede simplemente “secarse”. Si esto llegara a suceder, es algo extraño. Aparte de variaciones de día en día, o de mañana a noche, la producción de leche no cambia repentinamente. Pero hay cambios que pueden ocurrir y hacen parecer que la producción de leche es inesperadamente menor:

- Un aumento en las necesidades del bebé, debido a los llamados días de crecimiento. Aproximadamente a las tres y a las seis semanas, y a los tres y a los seis meses, el bebé cambia su patrón de mamadas completamente: sus necesidades de crecimiento requieren mayor cantidad de leche y aumentando las frecuencias de las mamadas, obtiene lo que necesita. En unos pocos días de amamantar frecuentemente, las demandas del bebé se normalizan.
- Un cambio en el comportamiento del bebé. A las cinco o seis semanas, más o menos, los bebés que se quedaban profundamente dormidos cuando el flujo de leche se enlentecía, tienden a soltarse del pecho y/o llorar cuando esto sucede. La leche no se le ha secado a la madre, sino que el bebé ha cambiado. Es bueno comprimir el pecho con la mano para ayudar al bebé a conseguir más leche.
- El bebé no está mamando bien. Esto generalmente se debe a que el bebé está tomando mamaderas o usando chupetes, y aprendiendo formas de succionar diferentes que son inapropiadas para el pecho. Si el bebé realmente no está obteniendo lo suficiente, utilizar mamaderas solamente empeorará las cosas. Si es absolutamente necesario, se puede recurrir al complemento administrado de forma que no interfiera con el amamantamiento. Pero generalmente puede hacerse mucho antes de recurrir al complemento.

Mitos relacionados con la frecuencia y duración de las mamadas

El bebé debe estar en el pecho 20 (10, 15) minutos de cada lado. En primer lugar es necesario realizar una distinción entre “estar en el pecho” y “mamar”. Si un bebé está realmente mamando durante la mayoría de los 15-20 minutos del primer lado, no va a querer mamar del segundo lado. Pero si el bebé solamente mama por un minuto del primer lado, luego se duerme o mordia el pecho, y hace lo mismo con el otro lado, ninguna cantidad de tiempo va a ser suficiente. El bebé va a mamar más tiempo y mejor si su prendida al pecho es correcta. Por esta razón es obvio que la regla de que “el bebé toma el 90% de la leche del pecho en los primeros 10 minutos” no es cierta.

Los bebés pueden permanecer en el pecho por dos horas porque les gusta succionar. Es verdad que los bebés necesitan succionar, pero la mayoría de los bebés que permanecen en el pecho por tanto tiempo, probablemente tengan hambre, incluso cuando están aumentando bien de peso. De nuevo la diferencia entre “estar en el pecho” y “mamar”. Una mejor prendida del bebé al pecho permite que efectivamente esté mamando, y pase más tiempo bebiendo la leche disponible. La madre puede ayudar al bebé a beber más leche comprimiendo el pecho con su mano cuando el bebé ha dejado de tragar por sí mismo. Los bebés de hasta cinco o seis semanas pueden quedarse

de manera que el pecho reciba suficiente estimulación antes de que se satisfagan el hambre y la sed del niño.

dormidos en el pecho debido a que el flujo de leche es lento, y no necesariamente porque tuvieron suficiente para comer.

Las madres deben mirar el reloj para amamantar bien a su bebé. Por el contrario, las madres deben mirar a su bebé y darle de mamar de acuerdo a su demanda, cada vez que el bebé lo pida y por el tiempo que lo necesite para estar satisfecho. No todos los bebés tienen el mismo ritmo para mamar, a veces necesitan más tiempo y a veces menos. Los típicos “10 minutos de un lado y 10 del otro, cada tres horas” se basan en informaciones incorrectas acerca de la composición de la leche materna², el tiempo en la que el bebé la digiere³, y de la lactancia en general, como una forma de relacionamiento más que solamente una forma de alimentación del bebé.

Los bebés que son amamantados a demanda tienden a tener cólicos. Los bebés amamantados que tienen cólicos generalmente aumentan rápido de peso y demandan ser alimentados frecuentemente. Muchos de los bebés con cólicos los tienen no porque maman frecuentemente, sino porque no toman como deberían la segunda leche, más alta en grasa. Típicamente, el bebé mama bien los primeros pocos minutos, luego se duerme o mordisquea. El bebé se llenó de leche baja en grasa y por eso necesita mamar frecuentemente. El hecho de tomar la leche baja en grasa resulta en gas, llanto y movimientos de vientre acuosos. La madre debe procurar que el bebé mame más tiempo del primer lado y pueda obtener también la segunda leche, comprimiendo el pecho una vez que el bebé no está tragando activamente.

Mitos relativos al estado de los pezones

Es normal sentir dolor al amamantar. A pesar que cierta sensibilidad en los primeros días es relativamente común, esto es una situación temporal que debe durar solamente unos pocos días y nunca debería ser tan molesto como para que a la madre no soporte dar el pecho. Limitar el tiempo de las mamadas no previene las molestias iniciales normales. Cualquier dolor mayor que una leve molestia es provocado por una mala prendida al pecho y si no se mejora en tres o cuatro días no debe ser ignorado. Un repentino dolor que aparece luego que no se han tenido dificultades por un tiempo, puede ser producto de una infección de hongos en los pezones.

Si a la madre le sangran los pezones no debería amamantar. A pesar que la sangre puede hacer que el bebé vomite un poco más de lo normal o que aparezca en sus evacuaciones, no es una razón para dejar de amamantarlo. Los pezones que duelen y sangran no son peores que los pezones que duelen y no sangran. El problema es el dolor que la madre está teniendo, y esto puede ser aliviado considerablemente con buenos consejos. A veces a la madre le sangran los pezones desde dentro y no está asociado con dolor. Esto generalmente ocurre en los primeros días luego del nacimiento y se va en unos pocos días. La madre debería amamantar y si no para el sangrado, consultar porque la causa del problema debe ser investigada.

La madre debe lavar cada vez sus pezones antes de amamantar al bebé. Los bebés que toman mamadera requieren una cuidadosa atención en la higiene porque las leches maternizadas no brindan protección contra infecciones y porque la mamadera es un buen sitio para el cultivo de

² La primera leche de una mamada tiene más agua, y sirve para calmar la sed del bebé (por esa razón los bebés exclusivamente amamantados cuando hace calor demandan muchas mamadas breves). Es la leche que se encuentra almacenada en los senos lactíferos. La segunda leche, que viene con el reflejo de eyección, es una leche con más grasa, que satisface el hambre del bebé y es la que lo hace engordar. Se produce en los alvéolos y sale directamente por los conductos. Por la característica de la composición de la leche materna es importante darle al bebé del primer pecho hasta que esté satisfecho, y luego ofrecerle el otro pecho, si está despierto o en la próxima mamada.

³ La leche de materna se digiere mejor y más rápido que las leches maternizadas. Mientras que las primeras lo hacen en aproximadamente una hora y media, las segundas lo hacen entre tres y cuatro horas.

bacterias contaminantes. Por el contrario, la leche materna protege al bebé de infecciones. Además, lavar los pezones antes de cada mamada hace que la lactancia sea innecesariamente complicada y le quita a los pezones la protección de sus aceites naturales.

Las mujeres con pezones planos o invertidos no pueden amamantar. Los bebés no maman del pezón, sino del pecho. A pesar que puede ser más fácil para un bebé prenderse de un pezón prominente, no es necesario que el pezón sobresalga de la areola. Un inicio de lactancia adecuado, generalmente previene problemas y las madres con cualquier tipo de pezón podrán amamantar de forma correcta. Los intermediarios no deberían usarse al menos durante los primeros días. Puede parecer una solución, pero el uso prolongado de los mismos resulta en una pobre alimentación y poco aumento de peso, y a la larga hace más difícil que el bebé se prenda correctamente al pecho. Si al principio el bebé no se prende bien al pecho, con la ayuda apropiada, lo hará a la larga. Los pechos cambian la forma en las primeras semanas, y mientras la madre mantenga una buena producción de leche, el bebé se prenderá, más tarde o más temprano.

Mitos en comparación con el uso de mamadera

Es más fácil dar la mamadera que amamantar. Esto no debería ser así, pero lo que sucede es que la lactancia materna se hace difícil porque las mujeres generalmente no reciben la ayuda que necesitan para tener un buen comienzo. Si bien un pobre comienzo puede hacer de la lactancia un asunto difícil, también puede superarse. Amamantar generalmente es más difícil al principio, pero se vuelve más fácil con el tiempo.

Amamantar ata a la madre. Esto depende de como se mire: un bebé puede ser amamantado en cualquier lugar, en cualquier momento, entonces, llegar a ser amamantar es liberador para la madre. No se necesita llevar mamaderas o la lata de leche maternizada, no hay que calentar la mamadera y no hay que preocuparse por la higiene.

No se puede saber la cantidad de leche materna el bebé está tomando. No hay forma de medir la cantidad que el bebé está tomando, pero no significa que no haya forma de saber si el bebé está teniendo lo suficiente. La mejor forma de saberlo es observar si el bebé está realmente mamando del pecho por varios minutos cada vez que es amamantado, si se lo escucha tragar. También vigilando la cantidad de pañales que el bebé moja y ensucia por día⁴, y si aumenta bien de peso.

Las leches maternizadas modernas son casi tan buenas como la leche materna. Lo mismo se ha dicho desde 1900, pero las leches maternizadas modernas son solo superficialmente similares a la leche materna. Cada avance en una deficiencia en las leches maternizadas es publicitada como una ventaja. Fundamentalmente las leches maternizadas son copias inexactas basadas en conocimientos antiguos e incompletos acerca de lo que realmente es la leche materna. Las leches maternizadas no contienen anticuerpos, no contienen células vivas, no contienen enzimas y no contienen hormonas. Lo que contienen es mucho más aluminio, manganeso, calcio e hierro que la leche materna. También contienen significativamente más proteínas que la leche materna. La proteínas y las grasas son fundamentalmente diferentes de las que se encuentran en la leche materna. No varían desde el comienzo de una comida hasta el final, o desde el primer día al séptimo día, o al mes, o de mujer a mujer, o de bebé a bebé. Cada leche materna es adecuada para un bebé en particular, mientras que las leches maternizadas se adecúan a todos los bebés, y no a uno en concreto. Generalmente tienen éxito en hacer que el bebé crezca bien, pero hay más en la lactancia materna que hacer que el bebé crezca rápido.

⁴ El bebé debe mojar entre 4 a 6 pañales descartables por día, o entre 6 a 8 de tela. Si es un bebé menor de mes y medio, debe evacuar por lo menos dos veces en el día. Si es mayor puede pasar varios días sin ir de cuerpo y es perfectamente normal.

La publicidad de las leches maternizadas y las muestras gratis no influyen las decisiones de las madres acerca de la lactancia materna. Entonces, ¿por qué las compañías de leche maternizadas se empeñan en que las madres reciban específicamente sus muestras? Estas muestras y su publicidad, ¿promueven el amamantamiento? Las compañías de leche maternizadas asumen los costos que las muestras y la publicidad les implican, ¿para hacer que las madres amamenten por más tiempo? Las compañías argumentan que quieren que, si las madres utilizan leche maternizada, utilicen su marca. Pero en la competencia entre una y otra, las compañías compiten contra la lactancia materna.

Dar leche materna y leche maternizada al mismo tiempo puede causar problemas al bebé. La mayoría de las madres que amamantan no necesitan utilizar leches maternizadas, y en los casos en los que parece necesario un complemento, generalmente pueden resolverse los problemas sin llegar a utilizarlas. A pesar de esto, cuando el bebé realmente necesita un complemento, no hay razón por la que la leche maternizada no pueda ser administrada junto a la leche materna.

Los bebés deben aprender a tomar la mamadera antes que se resistan a hacerlo. A pesar que muchas madres deciden utilizar la mamadera por varias razones, no hay una razón por la que el bebé deba aprender a tomarla. Por el contrario, no hay grandes ventajas en el hecho de que el bebé tome la mamadera. A los seis meses de edad, el bebé puede aprender a tomar líquidos de una taza, a pesar que le puede llevar varias semanas hacerlo eficientemente. Si la madre igualmente quiere que el bebé aprenda a tomar la mamadera, debe esperar hasta que el bebé esté mamando bien por cuatro o seis semanas, y luego dársela ocasionalmente. A pesar de esto, algunos bebés que toman bien la mamadera a las seis semanas, la rechazan cuando tienen tres o cuatro meses, incluso cuando se las han dado regularmente. Dar la mamadera cuando la lactancia materna no va bien no es una buena idea y generalmente hace más difícil el amamantamiento.

No existe la confusión de pezones. Un bebé que, por ejemplo, fue alimentado exclusivamente con mamadera en sus dos primeras semanas de vida, seguramente no va a querer tomar el pecho cuando se le ofrezca, incluso si la madre tiene una abundante producción de leche. Un bebé que solamente se ha alimentado del pecho de su madre por tres o cuatro meses, seguramente no va a querer tomar la mamadera. Algunos bebés prefieren el lado izquierdo o el derecho sobre el otro. Los bebés que utilizan mamadera también pueden preferir algún tipo de tetina en lugar de otra. Existe entonces la preferencia de un cierto tipo de pezón o tetina sobre otro. El asunto es determinar que tan pronto puede ocurrir. Si las circunstancias son apropiadas puede ocurrir luego de una o dos mamaderas. Un bebé que está teniendo dificultades para prenderse adecuadamente puede no haber usado nunca una tetina artificial, pero comenzar a utilizarlas difícilmente mejorará las cosas, por el contrario las empeorará. Contradictoriamente los que argumentan en contra de la confusión de pezones, también aconsejan a las madres a utilizar pronto la mamadera para que el bebé no la rechace.

Mitos acerca del consejo médico

Los médicos saben mucho acerca de la lactancia materna. Obviamente, hay excepciones. Muy pocos médicos occidentales aprenden algunos aspectos del amamantamiento en las universidades de medicina. Incluso es menor el número de médicos que aprenden los aspectos prácticos para ayudar a las madres a amamantar y mantener la lactancia por largo tiempo. Luego de los estudios curriculares, la mayoría de la información referente a la alimentación del bebé que los médicos reciben, la proporcionan los representantes y la publicidad de las compañías de leches maternizadas.

Los pediatras saben mucho acerca de la lactancia materna. Nuevamente, hay excepciones. En la

residencia, la mayoría de los pediatras no aprenden nada formal acerca de la lactancia materna. En muchos casos, el amamantamiento es percibido como un “obstáculo para el buen cuidado médico” de los bebés hospitalizados.

Mitos acerca de las necesidades nutricionales adicionales del bebé

Los bebés amamantados necesita tomar agua cuando hace calor. La leche materna contiene toda el agua que el bebé necesita, siempre que sea amamantado a demanda.

Los bebés amamantados necesitan tomar un suplemento de vitamina D. A excepción de circunstancias extraordinarias, por ejemplo si la madre tuvo deficiencia de vitamina D durante el embarazo, no es necesario dar un suplemento al bebé. Durante el embarazo el bebé reservó lo necesario, y un poco de exposición a la luz solar (indirecta), de forma regular, le da al bebé toda la vitamina D que necesita.

La leche materna no contiene suficiente hierro para cubrir las necesidades del bebé. La leche materna contiene suficiente hierro para cubrir las necesidades del bebé. Si el bebé nace a término, tendrá suficiente hierro en la leche de su madre al menos durante sus primeros seis meses. Las leches maternizadas contienen demasiado hierro, pero esa cantidad es necesaria para asegurar que el bebé absorbe lo suficiente como para prevenir una deficiencia de hierro. Pero el hierro en las leches maternizadas se absorbe mal, y la mayoría se va en sus evacuaciones. Generalmente, no hay necesidad de dar otro alimento al bebé amamantado antes de los seis meses de edad⁵.

Los bebés amamantados necesitan otro tipo de leche después de los seis meses. La leche materna le da al bebé todo lo que hay en las otras leches e incluso más. Los bebés mayores de seis meses deben comenzar con sólidos principalmente porque necesitan aprender a comer y porque necesitan otra fuente de hierro, que entre los siete y los nueve meses, no la obtienen en suficiente cantidad en la leche materna. Por esto la leche de vaca o las leches maternizadas no son necesarias mientras el bebé está mamando. A pesar de eso, si la madre desea darle leche de vaca luego de los seis meses, no hay razón por la que el bebé no pueda tomarla. Siempre que el bebé esté mamando varias veces por día y recibiendo una amplia variedad de alimentos sólidos. La mayoría de los bebés mayores de seis meses a los que se les ofrece leche maternizada por primera vez, no la aceptan por su sabor.

Mitos relativos a la salud de la madre y el bebé

Si la madre tiene una infección debe dejar de amamantar. Solamente en muy pocas excepciones, el continuar amamantando protegerá al bebé. Para cuando la madre presenta los síntomas, seguramente le habrá pasado al bebé la infección, ya que ha estado incubándola por varios días antes de saber que estaba enferma. La mejor protección para el bebé contra la infección de su madre es continuar amamantándolo. Si el bebé se enferma, será más leve si continúa mamando. Por otro lado, quizás sea el bebé el que transmitió la enfermedad a su madre, pero no muestra síntomas porque estaba siendo amamantado. En el caso de una infección en los pechos, incluyendo abscesos, a pesar de ser muy dolorosa, no es una razón para dejar de amamantar. Por el contrario, la infección cederá más rápido si la madre continúa amamantando del lado afectado.

Si la madre está tomando medicamentos no debe amamantar. Hay muy pocos medicamentos que la madre no puede tomar mientras está amamantando. Una pequeña cantidad de la mayoría de medicamentos aparece en la leche materna, pero generalmente es una cantidad tan pequeña que no es de importancia. Si el medicamento realmente no es recomendable, pueden existir sustitutos que

⁵ La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida del bebé.

sean seguros. La pérdida del beneficio de amamantar tanto para la madre como para el bebé debe ser analizada al momento de evaluar si la lactancia materna debe terminar.

Las madres que reciben vacunas deben dejar de amamantar por 24 horas (o tres días, o dos semanas). No hay riesgo para el bebé e incluso puede beneficiarse. La única excepción es cuando el bebé tiene una inmuno deficiencia. En ese caso, la madre no debería recibir vacunas de un virus vivos debilitados, incluso si el bebé es alimentado artificialmente con mamadera.

Las madres deben dejar de amamantar si han tenido que hacerse radiografías. Las radiografías comunes, de tórax o dentales, no afectan la leche o al bebé, y la madre puede amamantar sin problemas. Las mamografías son difíciles de leer mientras la madre está amamantando, pero igualmente pueden hacerse y la madre no debe dejar de amamantar para hacerlas. Además existen otras formas de investigar un bulto en el seno. En el caso de realizarse un estudio que requiera dejar de amamantar por un tiempo, la madre puede extraerse la leche necesaria antes del estudio, y continuar ordeñándose para mantener la producción de leche mientras alimenta al bebé con leche materna extraída.

Si la madre debe ser operada, debe esperar un día antes de volver a amamantar. La madre puede amamantar inmediatamente después de la cirugía, y tan pronto como esté lista para hacerlo. Ni los medicamentos utilizados como anestesia, ni los analgésicos, ni los antibióticos, requieren que la madre deje de amamantar, excepto bajo circunstancias excepcionales. Las instituciones médicas deberían contar con servicios para acomodar tanto a la madre como al bebé cuando alguno de ellos requiere hospitalización, así pueden continuar con la lactancia. Las reglas que restringen el amamantamiento son más por la comodidad del personal médico que por el beneficio de la madre y el bebé.

Si el bebé tiene diarrea o vómitos, la madre debe dejar de amamantarlo. La mejor medicina para la gastroenteritis de un bebé es amamantar y suspender otros alimentos por un corto tiempo. La leche materna es el único fluido que el bebé necesita cuando tiene diarrea o vómitos, excepto en circunstancias excepcionales. Utilizar una solución de rehidratación oral es solamente para la conveniencia económica de las compañías que las fabrican, generalmente los mismos laboratorios de las leches maternizadas. El bebé se calma mamando y la madre también puede estar tranquila. Si el problema es de intolerancia a la lactosa, el bebé puede recibir medicamentos antes o después de mamar, pero esto no es común en bebés amamantados. En el caso de intolerancia a la lactosa producto de gastroenteritis, desaparecerá con tiempo. Una leche maternizada libre de lactosa no es mejor que la leche materna. La leche materna es mejor que cualquier leche maternizada.

Mitos sobre bebés con necesidades especiales

Los bebés prematuros necesitan tomar la mamadera antes que puedan empezar a mamar. Los bebés prematuros se estresan menos siendo amamantados que con una mamadera. Un bebé tan pequeño como de 1200 gramos, e incluso más pequeño, puede ser puesto al pecho tan pronto como esté estable, a pesar que no aprenda a prenderse correctamente por unas semanas. Mientras tanto está aprendiendo a hacerlo y el estrecho contacto lo beneficiará tanto a él como a su madre. El peso o la edad gestacional no importan tanto como el hecho de que el bebé está listo para mamar, determinado por los movimientos de succión que realiza. El hecho que un bebé sea prematuro no implica que haya más razones para darle la mamadera que a un bebé nacido a término. Cuando el complemento es realmente necesario, hay formas de hacerlo sin utilizar tetinas artificiales.

Los bebés con labio o paladar hendido no pueden mamar. Los bebés con labio hendido generalmente pueden hacerlo bien, pero por el contrario a muchos bebés con paladar hendido les

resulta imposible prenderse bien. Lo que no hay duda es de que si no se intenta la lactancia no va a resultar. La habilidad del bebé para mamar no parece depender de la severidad de la hendidura. El amamantamiento debería comenzar, usando los principios de un buen comienzo de lactancia materna. Si se le ofrecen mamaderas se va en contra de la habilidad del bebé para mamar del pecho. El bebé necesita ser alimentado, y si no se está prendiendo bien al pecho, debería utilizarse una taza en lugar de una mamadera. La alimentación con el dedo a veces es exitosa para los bebés con labio o paladar hendido, pero no siempre.

Amamantar a mellizos es demasiado difícil. Amamantar mellizos o gemelos es más fácil que darles la mamadera, siempre y cuando la lactancia marche bien. Por esta razón es tan importante que se tenga especial cuidado en que las madres que han tenido bebé múltiples tengan un buen inicio de lactancia. Muchas mujeres han amamantado exclusivamente incluso a trillizos. Obviamente lleva mucho tiempo y trabajo, pero los bebés múltiples siempre lo requieren sea cual sea la forma de alimentarlos.

Mitos acerca de la dieta y hábitos maternos

La madre que amamanta debe tener cuidado con lo que come. En realidad la madre debería intentar llevar una dieta balanceada, pero no necesita comer ni dejar de comer alguna comida en particular: no necesita beber leche para producir leche y no necesita dejar de consumir comida condimentada, ajo, repollo o alcohol. Lo único que debería es comer una dieta normal saludable. A pesar que puede haber casos en los que algo que la madre come afecte al bebé, no es lo usual. Generalmente, los cólicos, gases y llanto pueden ser mejorados al cambiar las técnicas de amamantamiento, más que la dieta de la madre.

La madre que amamanta tiene que comer más para tener suficiente leche. Las mujeres con una dieta baja en calorías, generalmente tienen suficiente leche, al menos hasta que el consumo de calorías es críticamente bajo por un largo tiempo. En general, el bebé conseguirá la leche que necesita. Algunas mujeres se preocupan de que si comen poco por unos días, esto afectará su leche. No hay motivo para esta preocupación. Estas variaciones no afectarán la cantidad o la calidad de su leche. Es común que se diga que las mujeres necesitan 500 calorías extra por día para amamantar. Esto no es verdad. Algunas mujeres comen más mientras están amamantando, pero otras no, y otras incluso comen menos, sin ningún tipo de daño para ellas mismas o para el bebé o para la producción de leche. La madre debería comer una dieta balanceada de acuerdo a su apetito. Las reglas acerca de la comida hacen la lactancia innecesariamente complicada.

La madre que amamanta debe beber muchos líquidos. La madre debe beber de acuerdo a su sed. Algunas madres se encuentran sedientas todo el tiempo, pero muchas otras no beben más de lo habitual. El cuerpo de la madre sabe si necesita más líquido y se lo hace saber a través de la sensación de sed. No es cierto que debe beberse al menos una cierta cantidad de vasos al día. Nuevamente, estas reglas no hacen sino complicar innecesariamente la lactancia.

La madre que amamanta no debería tomar alcohol. Una razonable cantidad de alcohol no debería ser problemática. Así como en el caso de la mayoría de los medicamentos, muy poco alcohol aparece en la leche de la madre. La madre puede tomar un poco de alcohol y continuar amamantando tal como lo hace habitualmente. Prohibir el alcohol mientras se amamanta es otra forma de hacer la vida de las madres innecesariamente restringida.

La madre que fuma es mejor que no amamante. La madre que no puede dejar de fumar igualmente debería amamantar a su bebé. Amamantar reduce los efectos negativos del humo del cigarrillo en los pulmones del bebé. Además, la lactancia confiere grandes beneficios para la salud tanto de la madre como del bebé. Sería mejor si la madre no fumara, pero si no puede dejar de hacerlo, o al

menos disminuir la cantidad, entonces es mejor que fume y amamante a que fume y no amamante.

Mitos acerca de anticoncepción y embarazo

Amamantar no genera ninguna protección de embarazo. Si bien no es una práctica totalmente segura, de hecho, amamantar no es un mal método como forma natural de espaciar los embarazos, y da una cierta protección confiable los primeros seis meses después del nacimiento del bebé. Es un método relativamente seguro siempre que se cumplan las siguientes condiciones: el bebé es menor de seis meses; la lactancia es a demanda y exclusiva (sin mamadera ni chupete); la madre no ha tenido un período menstrual normal luego del nacimiento. Luego de los primeros seis meses, la protección es menor pero continúa presente. Es común en otras culturas donde las mujeres amamantan como mínimo por dos años, que tengan bebés cada dos o tres años sin ningún método artificial de anticoncepción.

Las mujeres que amamantan no pueden tomar pastillas anticonceptivas. La cuestión es acerca de la exposición del bebé a las hormonas femeninas, a las que igualmente está expuesto a través del amamantamiento. El bebé solamente obtiene una pequeña cantidad mayor de estas hormonas a través de las pastillas. A pesar de esto, algunas mujeres que toman pastillas, incluso las de menor contenido hormonal, experimentan una disminución en la producción de leche, debido al estrógeno. Generalmente, por el hecho de que muchas mujeres producen más leche que la que el bebé necesita, esto no tiene importancia. Pero en ciertas ocasiones, el bebé lo nota, comienza a quejarse, y no queda satisfecho con las mamadas. Los bebés responden a la velocidad del flujo de la leche, por lo que incluso puede notarlo con una buena producción de leche, pero que no es tan rápida como solía ser. Dejar de tomar las pastillas generalmente hace que las cosas vuelvan a la normalidad. Si es posible, las mujeres que amamantan deberían abstenerse de las pastillas, al menos hasta que el bebé esté tomando otros alimentos. Incluso si el bebé es mayor, el suministro de leche puede disminuir significativamente. Si las pastillas deben ser utilizadas, es preferible que sea una pastilla solamente de progesterona sin estrógeno.

La mujer que queda embarazada debe dejar de amamantar. Si tanto la madre como el niño lo desean, pueden continuar con la lactancia. Hay mujeres que incluso continúan amamantando al niño mayor luego del nacimiento del nuevo bebé. Muchas mujeres deciden dejar de amamantar una vez que se han embarazado porque los pezones les duelen, o por otras razones, pero sin que exista ninguna urgencia médica necesaria para hacerlo. De hecho, existen buenas razones para continuar amamantando. La producción de leche puede disminuir durante el embarazo, pero si el bebé está tomando otros alimentos, esto no es un problema.

Mitos relacionados con el atractivo sexual de los pechos

La mujer que tuvo una cirugía de aumento de senos no puede amamantar. La mayoría de estas mujeres lo puede hacer muy bien. No hay evidencia de que el amamantamiento con implantes de siliconas sea perjudicial para el bebé. Ocasionalmente esta operación es realizada a través de la areola. Estas mujeres tienen problemas con el suministro de leche, como cualquier mujer que tuvo una incisión en la línea de la areola.

La mujer que tuvo una cirugía de reducción de senos no puede amamantar. La cirugía de reducción disminuye la capacidad materna de producir leche, pero como muchas madres producen más leche de la necesaria, a veces las madres que han tenido esta cirugía son igualmente capaces de amamantar exclusivamente a sus bebés. En esta situación, el establecimiento de la lactancia debería realizarse con especial cuidado. A pesar de esto, si parece que la madre no produce suficiente leche, puede continuar amamantando y utilizando complemento, teniendo en cuenta los

consejos de alguien especializado, de manera que no interfieran con el amamantamiento.

A la mujer se le estropean los senos al amamantar. La forma de los pechos es algo propio de la constitución de cada mujer. El embarazo puede cambiar la forma y el tamaño de los senos, generalmente los agranda. Los tejidos se distienden y cuando los pechos dejan de estar congestionados luego de la gran cantidad de leche inicial, tienden a caer más que antes. No es el amamantar lo que los “estropea”, sino los cambios hormonales generados en el embarazo. Además el hecho de hablar de senos estropeados hace referencia a una concepción cultural de los pechos fundamentalmente como objetos sexuales, dentro de un determinado prototipo que se considera atractivo, un parámetro más de la apreciada belleza femenina.

Es más cómodo no amamantar en público. Si bien es una decisión de cada madre en particular, la misma está determinada por los prejuicios sociales producto de una apreciación de los pechos fundamentalmente como objetos sexuales. Es verdad que los pechos tienen una función sexual, pero no es ésta su función natural sino una función cultural. La función natural de los pechos es la de amamantar a los bebés. La función cultural de los pechos es la de procurar el placer sexual. Es entonces normal que se muestren pechos desnudos en programas de televisión, publicidades, desfiles, playas, y llama la atención cuando una madre está amamantando a su bebé en lugares públicos. Es ignorante pensar que sería mejor amamantar en el auto, o en el baño, o permanecer en la propia casa. No son pocas las madres que esperan el destete de sus hijos como la oportunidad de volver a disfrutar de la vida social, siendo un factor determinante en la duración de la lactancia.

Mitos acerca del destete

El bebé debe ser amamantado hasta que cumpla un año. No debería determinarse una limitación temporal a la lactancia materna. El amamantamiento es una forma de relacionamiento entre madre e hijo, no solamente una forma de alimentar al bebé. Como tal, merece un destete gradual en el que ambas partes de la pareja lactante, o al menos, una parte, se sientan preparados para pasar a otras etapas de relacionamiento. El destete no debería producirse simplemente por presión social, ya sea del círculo de familiares y amigos, consejo o indicación del pediatra, o literatura para padres. La arbitrariedad de la fecha del primer cumpleaños como el tiempo del destete queda de manifiesto en diversos estudios antropológicos, históricos y transculturales.

Amamantar más de un año es anormal y malo para el niño. Amamantar de dos a cuatro años era la regla en la mayoría de las culturas desde los orígenes de la raza humana sobre el planeta. Solamente en el último siglo el amamantamiento ha sido visto como algo que necesita ser limitado. Es un mito presente en la sociedad moderna occidental que una lactancia prolongada genera una relación de demasiado dependiente entre la madre y el niño. Los estudios a largo plazo revelan lo contrario: no son niños sobre-dependientes, ya que en la edad pre-escolar tienden a ser muy seguros de sí mismos, confiados, y por lo tanto, más independientes. Ellos mismos han dado gradualmente los pasos hacia el destete, siendo gentilmente alentados por su madre, lo que los hace sentirse seguros en su logro⁶.

⁶ La OMS recomienda la lactancia materna en los dos primeros años de vida del niño.