

## **LACTANCIA MATERNA: DEBATES TEÓRICOS SOBRE SU PRESENCIA EN LA IDENTIDAD FEMENINA Y EN LAS REPRESENTACIONES DE LA BUENA MATERNIDAD<sup>1</sup>**

Autora: *Evelyn Gitz*<sup>2</sup>  
(evelyngitz@gmail.com)

**Fecha de Recepción: 28 de Abril de 2020**

**Fecha de Aceptación: 27 de Mayo de 2020**

### **Resumen**

A lo largo de la historia, se han ido generando debates sociales y discusiones teóricas desde la presencia de la maternidad como parte de la identidad femenina a la mitificación de la maternidad. Los posicionamientos teóricos y sociales ante estas cuestiones, frecuentemente resultan ser dicotómicos y enfrentados. Este trabajo pretende reflexionar sobre la lactancia materna desde un enfoque de género, mostrándola como una realidad socialmente compleja. A raíz de diferentes estudios abordados, se pretende repensar la lactancia materna en la identidad femenina y en las representaciones de la buena maternidad. La lactancia materna y cuidado con enfoque de género implica reorientar ambas a una responsabilidad colectiva que conlleva la necesidad de mejorar el apoyo social desde todos los ámbitos.

**Palabras clave:** lactancia materna, cuidado, salud, género.

### **Abstract**

Throughout history, social debates and theoretical discussions have generated from motherhood, from it being part of the feminine identity, to the mythification of it. Theoretical and

---

<sup>1</sup> Artículo revisado y aprobado para su publicación el día 27 de Mayo de 2020.

<sup>2</sup> Doctoranda en Salud Pública. Licenciada en Nutrición, Magister en Diseño y Gestión de Programas Sociales por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. ORCID ID 0000-0003-0526-5959 - <https://orcid.org/0000-0003-0526-5959> .

social positions on these questions frequently turn out to be dichotomous and confronted. This work tries to reflect on breastfeeding from a gender perspective, showing it as a socially complex reality. As a result of different studies, it is intended to rethink breastfeeding in the feminine identity and in the representations of good motherhood. Breastfeeding and care with a gender focus implies reorienting both to a collective responsibility, and likewise the need to improve social support from all areas.

**Keywords:** Breastfeeding, Care, Health, Gender.

### **Resumo**

Ao longo da história, debates sociais e discussões teóricas foram gerados desde a presença da maternidade como parte da identidade feminina até a mitificação da maternidade. As posições teóricas e sociais sobre essas questões frequentemente revelam-se dicotômicas e conflitantes. Este trabalho tem como objetivo refletir sobre a amamentação a partir de uma perspectiva de gênero, mostrando-a como uma realidade socialmente complexa. Como resultado dos diversos estudos realizados, pretende-se repensar a amamentação na identidade feminina e nas representações da boa maternidade. Amamentar e cuidar com perspectiva de gênero implica reorientar ambos para uma responsabilidade coletiva que passa pela necessidade de melhorar o apoio social de todas as áreas.

**Palavras-chave:** amamentação, cuidado, saúde, gênero.

### **Introducción**

La lactancia materna (LM) es el tiempo durante el cual el bebe<sup>3</sup> se alimenta de leche de la madre. Es la forma natural, normal y específica de la especie humana para alimentar a sus hijos e hijas. Es un proceso interactivo bidireccional entre la madre y el/la hijo/a con efecto en ambos, el éxito de ésta depende de la conducta de el/la lactante combinada con la conducta materna, estimulada por apoyo social y guiada por el apoyo emocional, conocimientos e información a la madre<sup>4</sup> (Muñoz, 2001).

---

<sup>3</sup> Cabe mencionar que se adhiere un enfoque de género pero se utiliza “el bebe” para referirse a 1 niñas y niños.

<sup>4</sup> Se asume madre en el caso de las personas gestantes.

La lactancia materna no puede entenderse adecuadamente sin ser considerada como la conjugación del aspecto biológico y el cultural.

A lo largo de la historia, se han ido generando debates sociales y discusiones teóricas desde la presencia de la maternidad como parte de la identidad femenina a la mitificación de la maternidad. Los posicionamientos teóricos y sociales ante estas cuestiones, frecuentemente resultan ser dicotómicos y enfrentados.

En el mundo occidental, desde mediados del siglo XX, se ligó la lactancia materna con las ataduras femeninas por parte del patriarcado a la esfera doméstica, y a una concepción naturalizante y meramente reproductiva de la mujer. Hoy hallamos, sin embargo, una reevaluación de la lactancia materna desde ópticas bien distintas, que funcionan a la par que el nuevo reconocimiento, desde las ciencias de la salud, de los efectos altamente beneficiosos de la lactancia materna no solo para el bebé sino también, muy especialmente, para la madre. Muchas veces, en este sentido, no dar el pecho puede generar un claro prejuicio y sentido de culpa para la mujer.

Desde un punto de vista, la historiografía de la lactancia materna puede verse como una narración patriarcal, en tanto que:

- Ha sido restringida a un discurso femenino, cuando en realidad engloba contextos y consecuencias sociales más amplias;
- Al haber sido restringida al ámbito femenino, ha sido socialmente desprestigiada y considerada como actividad doméstica y privada, exenta de elementos valorables de una perspectiva socioeconómica, pública;
- Su concepción ha sido desarrollada por un discurso biologicista del “saber médico”, un modelo médico hegemónico que como plantea Menéndez (1992) presenta una postura a-histórica e individualista, propone la eficacia pragmática, considera a la salud como mercancía, el vínculo médico-paciente es asimétrico, la participación de los “consumidores” del servicio de salud es subordinada y pasiva, realiza acciones que tienden a excluir al “paciente” del saber médico, posee una identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio de exclusión de los otros modelos y tiene una tendencia al control social e ideológico.

Las representaciones sociales y estereotipos han ido cambiándose y modificándose en torno a dos posiciones dicotómicas acerca de la lactancia materna e incluso, según las épocas y/o los autores, los consejos y argumentos morales y éticos empleados se han ido impregnando de un mayor o menor grado de culpabilización hacia las mujeres (Pérez Bravo, 2015).

El enfoque de género aporta elementos analíticos que permiten examinar si en las estrategias de cuidado y salud dirigidas a mujeres, junto los argumentos científicos sobre las prácticas relacionadas con la reproducción y la maternidad como en las parejas, se “filtran” discursos cuyo fin es aportar al control social de las mujeres a través de la aparente indisociabilidad del rol de mujer = madre que refuerzan construcciones históricamente establecidas y sedimentadas. Construcciones que no ponen el acento en la información para la garantía del ejercicio de la autonomía de las mujeres, el derecho a la salud integral y a una maternidad informada y decidida.

### **La lactancia materna desde el cuidado**

El trabajo de cuidado puede ser definido como una función social que integra la serie de actividades, bienes y relaciones destinadas al bienestar cotidiano de las personas y que se desenvuelven en diversos planos, incluyendo el material, económico, moral y emocional (CEPAL, 2013a; Marco y Rico, 2013). Incluye la provisión de bienes esenciales para la vida, como la alimentación, el abrigo, la higiene y el acompañamiento, así como el apoyo y la transmisión de conocimientos, valores sociales y prácticas a través de los procesos de crianza (Bezanson y Luxton, 2006 en Razavi 2012).

El trabajo de cuidado puede ser voluntario en el contexto del amor, lo que involucra afectividad, deseos de protección, cooperación mutua y sentimientos de conexión y de interrelación positiva entre la persona que cuida y el receptor. Pero en otras ocasiones, y así lo muestra la literatura de los estudios de género, ese cuidado se produce dentro de los hogares de manera indeseada, involuntaria, coercitiva y responde a presiones psicológicas, culturales, sociales e incluso se utiliza la violencia física o sexual como dispositivo para que uno de los miembros del hogar —generalmente las mujeres— lo asuma. Esta tarea, y las múltiples actividades que implica, se hace dentro de un intercambio de obligaciones implícitas y explícitas que va desde los arreglos privados consensuados a deberes contractuales o sociales, y están vinculados a otros contratos que establecen los individuos como, por ejemplo, el matrimonio y la parentalidad, es decir, con las responsabilidades legalmente establecidas en cierto tipo de relaciones sociales. Esto puede significar, al momento en que se cuida, la renuncia —cuando es voluntaria— o la imposibilidad —cuando es indeseada— de invertir la energía y el tiempo del cuidado en otro tipo de actividades: el trabajo remunerado, el acceso a ingresos o la participación social ampliada y la participación política.

El cuidado sostenido y cotidiano, en este sentido, al ser un trabajo asignado social y culturalmente y que responde a una obligación dentro de determinado tipo de relaciones contractuales, también instala límites y obstáculos para el desarrollo de las personas —sobre todo de

las mujeres— en toda su potencialidad o al menos limita sus opciones de vida (Pautassi y Zibecchi, 2010). Desde un enfoque de derechos, el cuidado debe ser analizado como un derecho propio y universal. El derecho al cuidado es el “derecho a cuidar, a ser cuidado y al autocuidado” (Pautassi, 2007). Desde que se precisó el alcance de este derecho, los estudios sobre el tema tienen en cuenta esta triple perspectiva que, a su vez, está fuertemente atravesada por el género a partir de las obligaciones que la sociedad impone a las mujeres (y que muchísimas mujeres adoptan como naturales). Pone en discusión las implicancias y derivaciones que trae el concebirlo como un asunto público con una responsabilidad fundamentalmente estatal para garantizarlo a través de instituciones, infraestructura y servicios públicos. Es imprescindible la participación, regulaciones y arreglos en el ámbito público y privado (con la familia y el mercado) y sobre quienes deben ser los sujetos obligados a prestar cuidado (para sí o para otros) (Pautassi, 2007) y no solo reconocidos en relación con la condición de trabajadora asalariada. Fuentes de datos como la Encuesta de Actividades de Niños, Niñas y Adolescentes (Eanna) arrojan resultados similares: la madre suele ser la principal responsable del cuidado de la progenie en la mayoría de los hogares, tanto en el ámbito urbano como en el rural.

La lactancia materna es parte del cuidado. Es un proceso interactivo bidireccional entre la madre y el/la hijo/a con efecto en ambos, el éxito de ésta depende de la conducta de el/la lactante combinada con la conducta materna, estimulada por apoyo social y guiada por el apoyo emocional, conocimientos e información a la madre (Muñoz, 2001). Hablar de lactancia, es hablar simultáneamente de aspectos biológicos y culturales y ambos se despliegan en el tiempo con trayectorias particulares y no siempre convergentes.

Numerosos estudios realizados demuestran las ventajas de la lactancia materna tanto para la salud de el/la lactante (menos otitis, neumonías, diarreas, meningitis, alergias, etc.) como para la salud de la madre (reducción del riesgo de cáncer de mama, de ovarios, osteoporosis, fractura de cadera, etc.), además de los aspectos psicosociales y de ahorro económico que se asocian a este proceso (Blázquez, 2000).

En la estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (OMS, UNICEF, 2003) y en la última publicación del Ministerio de Salud y otros documentos previos, se considera que la lactancia materna exclusiva debe mantenerse hasta los 6 meses de vida del bebé para continuar con la lactancia materna hasta los 2 años, como mínimo, complementada adecuadamente con otros alimentos inocuos.

Naturalmente, llevar a cabo esta práctica lactante en las sociedades posindustriales resulta casi incompatible con la actividad laboral (fuera del hogar), y teniendo en cuenta la inflexibilidad espaciotemporal de producción capitalista.

Las significaciones hasta la fecha atribuidas a la lactancia materna desde una perspectiva crítica no han sido muy positivas, especialmente desde que la incorporación de las mujeres al mercado laboral constituyó un objetivo principal de autonomía de todas las mujeres. Cuando la distinción de los espacios público-privado se solidificó en el sistema de producción industrial, la teta se vinculó per se a lo privado, lo doméstico. Generalmente, en los sistemas binarios, siempre hay una parte en tensión, y lo privado y doméstico es considerado de menor prestigio social. Por ende, la práctica lactante nunca obtuvo ningún tipo de consideración de prestigio.

Hoy se demanda y reclama para que el cuidado sea asumido también por los varones, y que se genere la corresponsabilidad.

Además, durante la lactancia materna tanto la madre como el bebé presentan un cierto modo de diversidad funcional: funcionan de otra manera (por ejemplo, en las pautas de sueño, irregulares y no siempre acordes con el ciclo diurno-nocturno), y a ello habrían de acomodarse los espacios públicos y las concepciones que les subyacen si desean ser acogedoras de tal diversidad.

En líneas generales, la literatura sobre las políticas públicas de conciliación familia y trabajo destaca, en primer término, que uno de los resultados no previstos de estas políticas ha sido que sólo han servido para que “concilien” las mujeres, reforzando la idea que el cuidado intrageneracional es una responsabilidad femenina, con una muy escasa participación de los varones (Torns Martin, 2005).

### **Transmisión de estereotipos de género**

Los estereotipos de género hacen referencia a una serie de ideas impuestas, simplificadas, pero fuertemente asumidas, sobre las características, actitudes y aptitudes de las mujeres y los varones, que como señala Varela (2005) se hacen verdades indiscutibles a fuerza de repetirse. Como consecuencia, limitan la libertad de varones y mujeres en la conformación de su identidad, y contribuyen a mantener un sistema social desigual, discriminatorio para la mujer.

Los estereotipos de género son ideas que se reproducen y transmiten desde que nacemos mediante un proceso de socialización. Estos estereotipos no son innatos, sino adquiridos en la cultura en la que estamos insertos y en función de ellos nos comportamos según lo que la sociedad espera de nosotros y nosotras según el sexo al que pertenezcamos (Quesada y López, 2010). En este proceso de socialización influyen diferentes agentes como son la familia, la escuela, el grupo de iguales, etc. (Colás y Villaciervos, 2007).

Los estereotipos son aprendidos en un proceso de socialización diferenciada denominado socialización de género, mediante el cual estos mensajes se interiorizan de manera que se acaba pensando y comportándose de forma congruente con ellos (Bosch, 2008). “De este modo, la cultura

patriarcal y androcéntrica se reproduce, fundamentalmente, por una socialización desigual que persiste e incide con fuerza en las estructuras del inconsciente” (Herranz, 2006: 59). Respecto a la construcción del rol maternal, estamos ante un ideal de maternidad satisfactoria, amorosa y feliz que se introdujo a finales del siglo XVIII, y que se presenta ahora como la respuesta natural a una idealización del proceso reproductor (Badinter, 1991). Se ha ido así construyendo la maternidad como una experiencia relajante y agradable, representación que rara vez las mujeres se arriesgan a contradecir, por lo menos “mientras esté sobre sus cabezas la espada de la culpa” (Esteban, 2000: 221). Desde estas doctrinas no se tienen en cuenta las dificultades que experimentan las mujeres durante la maternidad, y que suscitan grandes controversias entre las expectativas sociales y sus vivencias físicas y emocionales.

De manera que se encuentran inmersas en una gran paradoja que las sitúa a medio camino entre las expectativas que se espera que asuman, para cumplir con las premisas socialmente establecidas, y la dura realidad del trabajo maternal, que no siempre se presenta de forma tan extraordinaria como culturalmente se entiende. Se trata de un modelo único de naturalización de la maternidad que hace que la madre definida como “buena” no pueda expresar los aspectos negativos de la misma, cohibiéndola en la manifestación de sus ansiedades, conflictos, y preocupaciones (González de Chávez, 2001).

Las causas de esta naturalización de la crianza hay que buscarlas en las ideologías que simbolizan la función maternal como un trabajo necesario para la reproducción social (Comas D`Argemir, 2000; Díez Mintegui, 2000). Se trata de una forma de socialización que ayuda a las mujeres a interiorizar que “la tarea de ser madres va a constituir [...] su <principal> rasgo identitario a partir del parto” (Blázquez, 2009: 300). Se trata de un ideario parental basado en la existencia del «instinto maternal», planteamiento desde el que se entiende la maternidad como algo “innato”, y no como un aprendizaje que se tiene que ir construyendo.

Se va desarrollando, de esta manera, y tal como ya fue mencionado, un ideario de “buena madre” que conlleva una gran carga afectiva y emocional al tener que reproducir las mujeres las expectativas sociales de cuidado. Estamos, pues, ante una construcción conceptual edificada para proteger a los y las bebés, que no tiene en cuenta las dificultades surgidas durante la crianza, se desestima así el hecho de que “incluso el amor y los sentimientos, que parecen tan espontáneos e instintivos, [pueden requerir cierto] aprendizaje” (Comas D`Argemir, 2000: 190). Realidad que afecta a todos los aspectos de la crianza, y en especial a lactancia materna; que, aunque naturalizada socialmente también presenta dificultades y cierto grado de aprendizaje. De esta manera, en el discurso de las madres el dar pecho no se presenta siempre como un conocimiento “innato” o

“predisposición natural”, por lo que en todo caso más que hablar de maternidad habría que hacerlo de maternidades (Juan, 1991). Se entrecruza con la idea que la “buena madre” es aquella que da el pecho, la “buena amamantadora”, y se instaura así una coacción social y profesional en favor de que las madres lacten, olvidando que dar de mamar “es un derecho, no una obligación para las mujeres, de manera similar que otros aspectos del cuerpo y de la salud, <por lo> que exige un esfuerzo [...] para las que lo practican” (Esteban, 2000: 220).

Se da así, a veces, la controversia de que a pesar de que “las mujeres no están enfermas, y son conscientes y responsables de sus criaturas, [en ocasiones] no se considera su voluntad ni criterio para tomar decisiones mientras permanezcan en el hospital, si no es contrastando con la voluntad del personal sanitario” (Montes, 2007: 320). Ello genera ciertas inseguridades y ansiedades maternas que puede llegar a culpabilizarlas. En este sentido, la presión del entorno puede, a veces, inducir a la adquisición de ciertos remordimientos e inducidos, en parte, por la propia matriz social preexistente.

Desde esta asunción, la mayoría de las madres inician la lactancia materna exclusiva durante su estancia en las maternidades (Calvo et al., 1992). Y con el comienzo de la lactancia, y a pesar de las campañas de naturalización en favor de la misma, comienzan las dificultades. En primer lugar se encuentran las molestias derivadas del parto. A ello se une la desazón adicional que produce, en caso de cesárea, el retardo en el inicio de la lactancia materna, que no se instaura hasta las dos o seis horas postparto (Pérez et al., 2003).

Los desasosiegos, e incertidumbres surgidos durante la asunción del nuevo rol de madre, sustentan, pues, parte de los estereotipos existentes.

A todo lo apuntado hasta ahora, hay que sumar ciertas contradicciones que con frecuencia surgen entre las diferentes ideologías sociales y profesionales sobre la lactancia materna y la propia dinámica clínica que en ocasiones no ayuda a su instauración. Algunas mujeres se cuestionan si vale la pena continuar con el gran esfuerzo que supone la instauración y mantenimiento de la lactancia. Dentro de este contexto, los padres van configurando su propio estilo de crianza, patrón que en línea con las filosofías productivistas y presiones de fondo preexistentes dirigen, en cierta medida, hacia la adopción de modelos distantes. Desde esta contradicción, es normal que las madres manifiesten haber experimentado muchas dificultades, apareciendo durante este primer contacto con su nuevo rol maternal muchas insatisfacciones y/o frustraciones.

### **El papel de los padres**

La maternidad/paternidad, y las consecuencias culturales que se derivan de ella, “son una construcción cultural enmarcada en las relaciones de género, desde las que se distribuye de forma

diferenciada las tareas y responsabilidades de mujeres y hombres en el cuidado de las criaturas.” (Montes, 2007: 314). Esta consideración es vital para comprender la forma en que los padres reparten las tareas durante el puerperio hospitalario, ya que es precisamente a partir esta distribución cultural de roles desde la que se posiciona y cobra sentido la distribución de las labores de crianza.

En los últimos años, y desde la difusión de políticas en favor de la igualdad entre sexos, se han publicado diferentes estrategias, textos y leyes en defensa de la participación de los hombres en los procesos reproductivos y de crianza, documentos auspiciados por toda una serie de efectos positivos que hipotéticamente supondría su implicación (Osborne, 1993; Horvath Cea, 1999). Todo ello ha conformado un frente en favor de la paulatina democratización de la institución familiar (Alberdi, 1999), cuyo objetivo es involucrar a los padres como corresponsales en las labores de crianza de sus hijos e hijas. Influidos por estas ideologías culturales, se ha producido en los últimos años una mayor intervención de los padres en las labores domésticas (Meil, 2005), sobre todo en aquellas tareas cotidianas que muestran mayor flexibilidad, entre las que se incluyen las tareas de crianza (Carrasquer et al., 1998).

Estamos asistiendo a una paulatina implicancia de los varones en temas que tradicionalmente habían sido considerados como maternos, hablándose en este sentido de «maternidad compartida» y «paternidad responsable». Sin embargo, la forma en que se establecen las cargas de crianza denota todavía ciertas desigualdades. En este sentido, las tareas de crianza en los padres se presentan todavía como una opción, e incluso como un derecho, pero rara vez como una obligación. Desde estas nociones el padre se presenta como “colaborador” pero no como corresponsable de la crianza, recayendo así el rol de cuidadora principal en la madre.

Realidad mediada, en parte, por la propia naturaleza lactadora de la mujer que hace patente las limitaciones de la biología masculina naturalizando, así, la crianza como una labor femenina. Representación que interiorizan las madres desde la asunción “natural” de este rol de cuidadora principal, mostrando serias dudas sobre una implicancia duradera de sus parejas. A ello se unen ciertas dinámicas de exclusión del propio circuito asistencial que hace que los padres tengan que abandonar a las madres durante las visitas médicas, dejando solas a sus mujeres en un momento marcado por las limitaciones físicas.

Nos encontramos, pues, ante una situación ambivalente en la que si bien los padres se muestran disponibles durante el puerperio hospitalario, constituyendo el principal apoyo de las madres, la corresponsabilidad total encuentra sus limitaciones en una distribución de roles mediada por las capacidades de lactación propias de la naturaleza materna. En este sentido, los padres construyen su rol parental en oposición a las madres, desde la premisa de sujeto “colaborador”,

mientras las madres ostentan el rol de cuidadoras principales. La configuración social de la lactancia materna como la conducta “correcta” afianza esta distribución de roles determinada biológicamente, sirviendo de mediadora en la reproducción humana entendida como bien social.

### **Debates sobre la lactancia materna**

La maternidad dicotómica lleva implícita cierta moralidad al diferenciar entre categorías de madres y al plantear dos descripciones del imaginario social contrapuestas sobre la “buena” y la “mala madre” (Pérez Bravo, 2015).

El estereotipo de “Buena Madre” (Swigart, 1991, citado en Moreno, 2009) se basa en presentar a la mujer como aquella madre que sólo quiere lo mejor para sus hijos/as, que se adapta exquisitamente a ellos/as e intuye sus necesidades sin el menor esfuerzo, porque ocuparse de sus hijos/as es lo más natural para ella. La crianza no le supone ningún autosacrificio porque es una fuente de placer. Criar a sus hijos/as no es un deber sino un disfrute mutuo en el que no cabe el aburrimiento. Adora a sus criaturas, las encuentra fascinantes y posee infinidad de recursos para disfrutar de ellos/as.

Sin embargo, la “Mala Madre” es la mujer que no ama suficientemente a sus hijos/as, que es egoísta y narcisista porque está centrada en sus propios intereses. Usa a sus criaturas para su propia gratificación. Les daña inconscientemente y es la responsable de los trastornos psicológicos que sufrirán en un futuro (Pérez Bravo, 2015).

Además de estos estereotipos, Hays (1998) analiza críticamente el modelo de maternidad intensiva en el que se concibe el papel de la madre como una gran dedicación hacia los hijos/as en términos de tiempo; asumiendo que la mujer es quien mejor puede ocuparse de su cuidado, es decir, manteniendo la creencia de que todos los hijos/as necesitan a sus madres y todas las madres necesitan a sus hijos/as (Oakley, 1984, citado en Solé y Parella, 2004). Marca que el proceso de crianza y educación de los hijos/as requiere mucho esfuerzo, mucha dedicación y mucho trabajo cotidiano, si se pretende atenderlos adecuadamente, con afecto, escuchándoles, intentando descifrar sus necesidades y deseos, luchando por dar respuesta a sus necesidades y por anteponer el bienestar del niño/a a las suyas propias.

Estos estereotipos sobre la “buena” y la “mala madre” son utilizados socialmente para revalorizar a las mujeres en su papel de madre e incluso sirven a las propias mujeres para su autoevaluación y auto comparación con el modelo ideal de madre en su papel materno. Por ello, estos estereotipos terminan siendo generadores de culpabilidad y conflictos psicológicos en las mujeres, cuando no se asemejan a su realidad personal (Pérez Bravo, 2015).

## **La lactancia en la identidad femenina y en las representaciones de la buena maternidad**

Situándonos en una de las posturas dicotómicas, se entiende que la maternidad es un componente que suele estar presente en la identidad femenina. El concepto de maternidad está configurado por las características de responsabilidad, sensibilidad y disponibilidad con respecto hacia los hijos/as, la dedicación y satisfacción de sus necesidades, y la dependencia que los hijos/as tienen hacia sus madres. Todos estos aspectos también están presentes en la lactancia materna. Desde este planteamiento, la lactancia natural sería considerada una responsabilidad exclusivamente femenina y materna. Se entiende que la mujer o la madre es la única con capacidad biológica para amamantar y la leche materna es el alimento esencial de la correcta nutrición para los recién nacidos. En otras palabras, la mujer, que es madre, obligatoriamente tiene que lactar. De esta manera, la calidad materna y la revalorización social de la madre estaría en función de la lactancia que eligiera, siendo mejor madre o “buena madre” aquella mujer que opta por la lactancia materna (Pérez Bravo, 2015).

Esto sucede a pesar de no ser referenciado explícitamente al ser “una práctica “naturalizada”, no reflexiva, consecuencia de la incorporación de la función de reproducción social (incluye en cuidado y bienestar de los hijos/as) asignada socialmente a la mujer y definitoria de lo femenino” (Castilla, 2005: 189). De hecho, según este mismo autor/a ni en los resultados de su investigación ni en ninguna de las publicaciones que revisa, se hace referencia explícita a la lactancia como un “elemento sustantivo en las significaciones de la buena madre” (p. 201), salvo Whitaker (2000, citado en Castilla, 2005) que presenta a la buena madre en la Italia de los años 20-30 como “aquella mujer que tenía una gran cantidad de leche en sus senos y amamantaba hasta edades avanzadas de sus hijos/as. Una mujer que no tenía leche era considerada un fracaso como esposa y como madre” (p.198).

Un dato importante a remarcar es que en muchas investigaciones actuales, se habla sobre el éxito de la lactancia cuando las madres consiguen amamantar y/o continúan con el amamantamiento durante largos periodos de tiempo. Parece que, desde este planteamiento, esto se lo considera como una lactancia “exitosa”, y supone que la decisión materna de no dar teta o abandonar la lactancia por diferentes motivos fuera considerada como un fracaso de la mujer (Pérez Bravo, 2015).

Desde otro planteamiento distinto y en contraposición a lo mencionado hasta el momento, la maternidad no siempre es un rasgo presente en la identidad femenina, por lo que tampoco es muy certero establecer una equivalencia entre mujer, madre y amamantamiento. La lactancia es una parte más en la vida reproductiva de la mujer y no es una condición para ser madre. Es una posibilidad y una elección de la mujer, no es un deber. Al igual que ocurre con la maternidad, la realidad muestra un amplio abanico de experiencias en torno a la lactancia, es por eso que se considera interesante

hablar de lactancias en plural. La diversidad en la lactancia abarca distintas situaciones que van desde madres que no amamantan a sus bebés por propia decisión personal o por situaciones especiales, mujeres que amamantan a bebés de otras mujeres (nodrizas), madres adoptivas que tras someterse a ciertos tratamientos hormonales consiguen amamantar a sus hijos/as no biológicos (lactancia inducida), madres que relactan, mujeres que amamantan a varios bebés a la vez, varones que forman parte de la corresponsabilidad de esta tarea y le dan el biberón al bebé, etcétera. Por ello, el tipo de lactancia ya sea materna o artificial o las diversas formas de amamantamiento no convierten a una mujer en mejor madre que otra. Castilla (2005: 210) plantea que “cada mujer tiene una forma especial de relacionarse con sus hijos/as, de alimentarlos, de cuidarlos, en definitiva, de interpretar y significar las normas sociales de la crianza y la maternidad: la invención”.

Muchos estudios demuestran que la decisión de no comenzar o de cesar la alimentación al pecho tiene mucho que ver con los comportamientos establecidos en los centros asistenciales y en la actitud de los profesionales (Marcos y Zapata, 1998: 56). Jiménez, Pardo e Ibañez (2009) muestran en su estudio que existe un déficit importante en el apoyo a la lactancia materna que refleja un vacío de responsabilidad sanitaria, al no existir protocolos que incluyan pautas de inicio, establecimiento y apoyo a la lactancia en los servicios sanitarios. Consideran imprescindible una formación que capacite a los profesionales sanitarios para ofrecer un apoyo adecuado a las madres lactantes. Por último, mencionar que en el estudio de Díaz, Catalán, Fernández y Granados (2011) se descubre que las madres demandan una comunicación de los profesionales hacia ellas mucho más centrada en sus propias necesidades. Solicitan una mayor disponibilidad, apoyo, comprensión y respeto hacia la decisión sobre la alimentación de sus bebés (ya que perciben cierta presión hacia la lactancia materna) por parte del personal sanitario. Las madres de su estudio se quejan de que muchas veces la información que reciben de los profesionales es escasa y contradictoria, lo que unido a que su círculo familiar cercano opina y aconseja, les genera sentimientos de confusión, inseguridad e incertidumbre. Por ello, Díaz et al. (2011) plantean la necesidad de una unificación de criterios entre todos los agentes que atienden a la madre y el bebé en el periodo de lactancia.

## **Reflexiones finales**

Siendo la lactancia materna parte del cuidado, a lo largo de la historia, se ha mitificado la maternidad y los estereotipos de “buena” y “mala madre”. A partir de este trabajo, se introduce como reflexión el concepto de “buena amamantadora”, aquella que, a pesar del cansancio, angustia, soledad y pese a un sentido de culpa y responsabilidad impuesta deja de lado su cuerpo y decisión para dar el pecho y cumplir con ese estereotipo. Este estereotipo parte de la historiografía de la lactancia materna

patriarcal habiendo sido restringida a un discurso y ámbito femenino, socialmente desprestigiada y considerada como actividad doméstica y privada, y desarrollada por un discurso biologicista del modelo médico hegemónico.

En líneas generales, cuando se habla de las tareas de crianza o de las propias de la lactancia materna, se pone el foco a la colaboración por parte de la pareja y de la familia, y no de una responsabilidad compartida. Se filtran cuestiones sociales y culturales -juicios de valor- sobre las formas correctas e incorrectas de practicar la maternidad a partir de la lactancia y que las mujeres adoptan como patrones de conducta adquirida. La asociación de esas características biológicas con patrones sociales y que las mujeres adoptan como patrones de conducta adquirida morales, conlleva a que la diferencia biológica justifique la asignación de estereotipos y relaciones sociales de poder, en donde la madre es la responsable y debe cumplir con su rol de “buenas madre/buena amamantadora”.

Por ello, es imprescindible que las madres puedan estar informadas y decidir libremente dar o no el pecho o de abandonar la lactancia cuándo quieran, sin sentirse juzgadas, presionadas o desvalorizadas.

Asimismo, es esencial evaluar y articular las políticas sociales, de cuidado, de salud y laborales para que sean más justas para las mujeres, principalmente en su maternidad y su lactancia. En tanto que la maternidad y la lactancia involucran intereses políticos y económicos, se entiende que este proceso de construcción de estrategias requiere de la deconstrucción de concepciones en torno a lo femenino y a la maternidad, y a la vez de un enfoque de género que no sea concebido como un anexo o un agregado a las políticas de salud, sino habilite la aparición de construcciones y estrategias que ponen el acento en la información para la garantía del ejercicio de la autonomía de las mujeres y a una maternidad y lactancia informada y decidida.

El Estado debe consolidar plenamente una cultura de corresponsabilidad del cuidado entre mujeres y varones. Como menciona Pautassi (2016), “el Estado no sólo no debe entorpecer que una madre amamante a su hijo o hija, sino que además le debe proveer las condiciones necesarias para ello. En el caso que trabaje en el ámbito productivo debe otorgarle licencia o un espacio físico para amamantar, tanto si es trabajadora del sector público o en el sector privado, como también debe otorgar licencias para los padres varones para que asuman conjuntamente la co-responsabilidad que les compete en materia de cuidado y desarrollo de cada NNA. A su vez, la obligación positiva del Estado implica la imposición a terceros de ciertas y determinadas obligaciones, como en este caso, la obligatoriedad de los empleadores privados de que efectivamente provean la infraestructura de

cuidado o de las licencias legalmente contempladas. En rigor, se trata de garantizar el derecho al cuidado, en tanto derecho universal y propio de cada persona".

La lactancia materna y cuidado con enfoque de género implica reorientar la forma en que esta función social se ha planteado como responsabilidad primaria de las familias, y en ellas, de las mujeres. Plantear la lactancia materna como una responsabilidad colectiva conlleva la necesidad de mejorar el apoyo social desde todos los ámbitos. Supone ofrecer una información adecuada y asesoramiento sociosanitario en la toma de decisiones maternas para su elección de la lactancia, una mejora de las políticas públicas transversalizadas por el enfoque de género y de las responsabilidades de los y las profesionales de la salud, la corresponsabilidad de las parejas y una mayor implicación de las familias.

## **Referencias bibliográficas**

- Badinter, E. (1991). *¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX.* Barcelona: Paidós.
- Belintxon M.; M; Zaragüeta M. C; Adrián, Mc; López-Dicastillo, O. (2011). El comienzo de la lactancia: experiencias de madres primerizas. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* [online]. (34), 3 [citado 2014-11-02], pp. 409-418. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.phpscript=sci\\_arttext&pid=S113766272011000300007&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S113766272011000300007&lng=es&nrm=iso); ISSN 1137-6627.
- Blázquez, M.J. (2000). "Ventajas de la lactancia materna". *Medicina Naturista*, 1, pp. 44-49.
- Blázquez, M. I. (2009). *Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la Comunidad de Madrid.* Tesis Doctoral. Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social. Universidad d Rovira i Virgili.
- Bosch, E. (2008). "La violencia de género como fenómeno social", en: Bosch, E.; Ferrer, V. y Alzamora, A.: *Violencia de género. Algunas cuestiones básicas*, pp. 19-59. Alcalá la Real, Jaen: Formación Alcalá.

- Calvo, B; Millán, C; Álvarez, J.D.; et al. (1992). «Actitud materna ante la lactancia natural y dificultades en el puerperio inmediato». *Revista Atención Primaria*, 10(3), pp. 650-654.
- Carrasquer, P.; Torns, T.; Tejero, E.; et al. (1998). «El trabajo reproductivo». *Papers: Revista de Sociología*, 55: pp. 95-114.
- Colás, P., y Villaciervos, P. (2007). “La interiorización de los estereotipos de género en jóvenes y adolescentes”. *Revista de Investigación Educativa*, 25(1), pp. 35-58.
- Castilla, María (2005). “La Ausencia del amamantamiento en la construcción de la Buena maternidad”. *Revista de estudios de género* No. 022: 188-218. Centro de Estudios Históricos e Interdisciplinarios Sobre las Mujeres CEHIM (2010). “Temas de mujeres”.
- CEPAL (2013). *Panorama Social de América Latina 2012*, (LC/G.2557-P), Santiago de Chile, Enero. Publicación de las Naciones Unidas.
- CEPAL (2013). *Consenso de Santo Domingo, Duodécima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe*, Santo Domingo, del 15 al 18 de Octubre. Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas.
- Comas D`Argemir, D. (2000). «Mujeres, familia y estado del bienestar». En: Del Valle (Ed.), *Perspectivas feministas desde la antropología social*. Barcelona: Ariel, pp. 187-204.
- Colás, P. y Villaciervos, P. (2007). La interiorización de los estereotipos de género en jóvenes y adolescentes. *Revista de Investigación Educativa*, 25(1), pp. 35-58.
- Díaz, J.; Catalán, D.; Fernández, M.M. y Granados, G. (2011). “La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud”. *Gaceta Sanitaria*, 25(6), pp. 483-489.
- Esteban, María Luz (2000). «La maternidad como cultura. Algunas cuestiones sobre lactancia materna». En: Perdiguero y Comelles, *Medicina y cultura. Estudios entre antropología y medicina*. Barcelona: Bellaterra, pp. 207-226.

- Estévez, M.D., Martell, D., Medina, R., García, E. y Saavedra, P. (2002). Factores relacionados con el abandono de la lactancia materna. *Anales Españoles de Pediatría*, 56(2), pp. 144-150.
- González de Chávez, A. (2001). «Preparación para el parto versus preparación para la maternidad y paternidad», en *Género y salud*. Madrid: Instituto de la mujer, pp. 24-23.
- Hays, S. (1998). *Las contradicciones culturales de la maternidad*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Hernández, M. y A. García, A. (2002). “Deserción de la lactancia materna”. *Rev. Hosp. Gral. Quebrada*. 1(1): pp. 28-31. Disponible en: [http:// www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-quebra/e-lq2002/elq02-1/emlq021g.htm](http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-quebra/e-lq2002/elq02-1/emlq021g.htm).
- Herranz, Y. (2006). *Igualdad bajo sospecha. El poder transformador de la educación*. Madrid: Narcea, S.A.
- Horvath Cea, C.(1999). «La importancia del padre –antes, durante y después del nacimiento de su hijo/a (Observaciones desde el ámbito de la preparación al parto psicoprofiláctica). Tú serás el padre de mi hijo». En: González Chávez (comp.), *Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres*. Madrid: Siglo XXI, pp. 87-110.
- Jiménez, M.L., Pardo, V. e Ibañez, E. (2009). La influencia del profesional sanitario en la lactancia materna. *Medicina Naturista*, 3(2), pp.77-85.
- Juan, Montse (1991). «Crear el nacimiento: la medicalización de los conflictos en la reproducción». *Revista de Investigaciones Sociológicas*, 53, pp. 29-51.
- Marcos, E. y Zapata, R.M. (1998). Actitudes de algunas madres respecto a la lactancia materna. *Enfermería Científica*, pp. 194-195; pp. 56-59.
- Martí, M.; Almirón, P.; Fatjó, A.; Fernández, M.; Fernández de Sanmamed, M.J.; Gómez, M.A. y Relat, V. (1996). “Mujeres y lactancia: entendiendo sus vivencias y analizando la actuación del sistema sanitario”. *Atención Primaria*, 17(8), pp. 501-506.

- Meil, G. (2005). «La redefinición de la división del trabajo doméstico en la nueva familia urbana española». *Revista de Investigaciones Sociológicas*, 80, pp. 69-94.
- Menéndez, E. (2005). “El modelo médico y la salud de los trabajadores”. *Salud Colectiva*, 9 (32), pp. 9-32.
- Ministerio de Salud de la Nación (2010). *La alimentación de los niños menores de dos años. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud -ENNyS 2010*. [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 60 p. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000258cnt-a09-alimentacion-de-ninosmenores-de-2-anos.pdf> .
- Montes, M.J. (2007). *Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*. Tesis doctoral. Departamento de Filosofía, Antropología y Trabajo Social. Univesitat Rovira i Virgili.
- Moreno, A. (2009). “Los debates sociales de la maternidad: maternidad y maternidades”, en: Bernis C.; López R. y Montero, P. (Eds.): *Determinantes biológicos, psicológicos y sociales de la maternidad en el Siglo XXI: Mitos y realidades*, (pp. 3-19). Madrid: Ediciones de la Universidad Autónoma de Madrid.
- Muñoz, H. (2001). *Lactancia natural. Neonatología*. Edición Servicio Neonatología Hospital Clínico. Universidad de Chile. pp.100-107. Disponible en: <http://www.redclinica.cl/html/archivos/14.pdf>.
- Niño, R.; Silva, E.; Gioconda, A. (SE). (2012). “Factores asociados a la lactancia materna exclusiva”. *Revista Chilena de Pediatría*. [Internet] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S037041062012000200007> .
- Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, UNICEF (2013). *Lactancia, promoción y apoyo en un hospital amigo de la madre y del niño*. Módulo 3.

[Internet]. Buenos Aires. Disponible en:  
[https://datos.dinami.gov.ar/nutricion/material/modulo\\_3.pdf](https://datos.dinami.gov.ar/nutricion/material/modulo_3.pdf).

Osborne, R. (1993). *La construcción sexual de la realidad*. Madrid: Cátedra.

Pautassi, L. (2016). “Del “boom” del cuidado al ejercicio de derechos”. Disponible en:  
[unc.edu.ar/2017/junio/pautassi-derecho-alcuidado.pdf](http://unc.edu.ar/2017/junio/pautassi-derecho-alcuidado.pdf).

Pautassi, L. y Zibecchi, C. (2013). *Las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura*. ELA, Editorial Biblos.

Pautassi, L.; Gherardi, N.; Zibecchi, C. (2010). “La provisión de cuidado y la superación de la pobreza infantil”. CEPAL, *Serie de Políticas Sociales n° 159*. Santiago de Chile.

Pautassi, L. y Rico, M. N. R. (2010). “Licencias para el cuidado infantil. Derecho de hijos, padres y madre”. *Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*, N° 12, Santiago de Chile, CEPAL/UNICEF.

Pautassi, L. (2007) “El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos”. CEPAL, Serie 87.

Pérez Bravo, María Dolores (2015). *Maternidades y lactancias. La lactancia materna desde la perspectiva de género*. Universidad Autónoma de Madrid.

Pérez, I. M.; Romero, M. E.; Nuñez, E.; et al. (2003). «Prevalencia de la lactancia materna y práctica hospitalaria en las Maternidades de Sevilla». *Revista Metas de Enfermería*, 6 (59), pp. 18-23.

Razavi, S. (2012). “Rethinking care in a development context: an introduction”, en: Razavi, S. (Ed.) *Seen, heard and counted: rethinking care in a development context*. Londres, Wiley-Blackwell.

Quesada, J. y López, A. (2010). “Estereotipos de género y usos de la lengua: un estudio en Educación Secundaria”. *Ensayos. Revista de la Facultad de educación de Albacete*, (25), pp. 41-58.

Solé, C. y Parella, S. (2004). “Nuevas expresiones de la maternidad. Las madres con carreras profesionales exitosas”. *Revista Española de Sociología*, 4, pp. 67-92.

Torns Martin, Teresa (2005) “De la imposible conciliación a los permanentes malos arreglos”. En *Cuadernos de Relaciones Laborales*, N° 23, Barcelona, España, pp. 15-33.

Varela, N. (2005). *Feminismo para principiantes*. Barcelona: Ediciones B.

Voices y Liga de La Leche Argentina (2018). *Encuesta Nacional de Lactancia y trabajo*.