

I Congreso de la Asociación Cántabra de Matronas

IX Congreso Nacional de Matronas

ASPECTOS SOCIOCULTURALES DE LA LACTANCIA

Carmen Molinero Fraguas

Aimón Sánchez Molinero

Matronas

Madrid

INTRODUCCIÓN

Una pregunta a la que respondemos con la simplicidad de un "sí" o un "no" puede esconder detrás una gran complejidad de cuyas múltiples dimensiones no somos del todo conscientes. El "amamantar a un hijo sí o no" es una de ellas. Tras constatar en mi experiencia profesional un considerable número de casos en los que las madres se enfrentan con un dilema a la hora de tomar esa "decisión" sobre la nutrición de su hijo, voy a intentar aquí, muy someramente, poner de manifiesto diferentes factores que, en la esfera psicológica, social y cultural, pueden intervenir en este conflicto, sin por supuesto entrar a valorar positiva o negativamente ninguna práctica.

Para empezar, diremos que ni siquiera la terminología para definir las modalidades de lactancia es neutra o aséptica: la dicotomía "natural / artificial", en nuestra sociedad, está mediatizada por cargas simbólicas. La positividad que hoy día otorgamos a lo "natural" (pensemos en los alimentos biológicos, la auténtica "comida sana") frente a lo "artificial", que ha dejado de significar "progreso y tecnología" para cargarse de desconfianza hacia aditivos, procesos industriales "poco fiables", manipulación genética, plástico, "comida basura"... Aquí ya tenemos implícita una valoración más allá del simple origen real y objetivo de cada tipo de leche. Del mismo modo, cuando usamos la expresión "lactancia materna" por oposición a "lactancia artificial"... ¿estamos sin darnos cuenta manifestando que las madres que escogen la leche de fórmula para alimentar a sus hijos, independientemente de sus motivos-, son quizás "menos madres"? Es sin duda un tema complejo éste del lenguaje.

Nos proponemos analizar la lactancia (ya sea ésta natural o artificial) tomando como punto de partida el proceso de toma de decisión, y su mantenimiento a lo largo del tiempo.

Para ello, necesitamos diferenciar tres esferas conceptualmente distintas, como son:

a) por un lado, las construcciones socioculturales propias de nuestro entorno (es decir, cómo nuestra cultura nos ha "enseñado" a ver al cuerpo, a la mujer, a la madre, a los niños y a su alimentación, los valores que contienen y lo que se nos hace "esperar" de ellos en abstracto; debido a su existencia, a todos nos resulta fácil distinguir lo que se ajusta o se distancia de ese "ideal cultural" predominante, que denominaremos "modelo hegemónico").

b) Por otro tendríamos la serie de discursos que se articulan alrededor del fenómeno de la lactancia y que ejercerían presiones de muy diversa índole en una u otra dirección. Entre estos discursos contaríamos

(1) los de los que son considerados "expertos" por la población general (sanitarios, psicólogos, industrias farmacéuticas o de nutrición infantil), (2) los discursos del grupo social de referencia sobre cómo debe ser la nutrición de los niños, en función del concepto que de la "salud" tiene ese grupo social, y por último, (3) la legislación vigente, que a pesar de no regular las prácticas privadas, sí puede favorecer unas u otras con sus decretos.

c) A todo esto deberíamos añadir una tercera esfera, que será la del contexto individual que condiciona a cada una de las madres, sus circunstancias personales.

Cuando estas tres esferas interaccionan para cada mujer, aparecen las contradicciones y, por tanto, el distanciamiento entre lo que la sociedad o la cultura espera de cada mujer como madre, lo que cada mujer ha interiorizado al respecto a lo largo de su vida, lo que los discursos externos a ella propagan..., y su decisión final, condicionada por múltiples variables contextuales. Aquí es donde emerge el problema, cuando las expectativas chocan entre sí, y además éstas no corresponden con las circunstancias de cada mujer. Ni la decisión que cada una toma, ni sus consecuencias son conmensurables, puesto que no es posible la comparación entre mujeres amas de casa de clase

media, mujeres con profesión liberal o mujeres trabajadoras de economía sumergida, por no continuar con una enumeración más detallada. Y sin embargo, las construcciones simbólicas hegemónicas definidas por las clases sociales dominantes, de lo que "debe ser una mujer" y de lo que "debe ser una madre", afectan a todas por igual e implican el prescindir de la gran heterogeneidad de contextos en los que una mujer es madre y debe criar a su hijo.

Además, los ideales no son compatibles entre sí, es decir: la mujer que "se desea" es autónoma, profesional, activa, liberada y estéticamente, guapa y delgada, y a esta misma mujer se le pide que sea madre antes de los treinta y pocos años, que sea cariñosa, preocupada por sus hijos, que les procure contacto físico y emotivo y, por supuesto, les dé lactancia natural. Si ya en sí mismas aparecen enfrentadas las construcciones hegemónicas o "ideales" de mujer y madre, podremos hacernos una idea de las paradojas que aparecen cuando tratemos con realidades sociales que se alejan del "modelo".

Intentaremos describir a continuación las construcciones culturales que pensamos pueden incidir de forma más directa en nuestro objeto de estudio.

A. CONSTRUCCIONES SOCIOCULTURALES

A.1 CONSTRUCCIÓN DEL CUERPO

El cuerpo es un medio de expresión, el primordial, pero lo encontramos muy limitado. El sistema social ejerce sobre el cuerpo físico una presión y un control que consigue que los hechos fisiológicos sean extraídos de su ámbito original: se les dota de simbolismo, de un significado del que originalmente carecían. Así aparecen los modales, los saludos, las preferencias en cuanto a formas corporales y movimientos... Nuestro cuerpo "domesticado" pasa a ser instrumento hecho por y para la sociedad.

A.2 CONSTRUCCIÓN DE LA MUJER Y LA MADRE

Aunque el rol de género ha variado y varía con las culturas, las épocas y los grupos, encontramos una constante en todas las sociedades: la división sexual del trabajo, y como consecuencia de ella una adscripción generalizada de la mujer a la reproducción y a las tareas de crianza de los hijos, alimentación, infraestructura del hogar... entre otras. Esta adscripción de la mujer, aunque a primera vista lo parezca, ni es "natural" ni está genéticamente predeterminada, más allá del hecho reproductivo meramente biológico. Las sociedades se ven por tanto en la necesidad de "justificar" estos repartos, tanto en el plano material como en el simbólico, para así sustentar y legitimar la ordenación social que de ellos depende. Durante siglos, en Occidente, fue la RELIGIÓN la encargada de esa justificación; más tarde, y sin abandonar la anterior, surge en el siglo XVII la FILOSOFÍA de la Ilustración, decidiendo el lugar que la mujer debe ocupar en la nueva sociedad que se construye. Por último, ya en el siglo XIX, será la CIENCIA la que diferencie lo que es "natural" de lo que no lo es.

Paralelamente al desarrollo del concepto de hombre como "ciudadano" y del culto a la razón, los filósofos, durante más de tres siglos, hablaron de la mujer en "mujer doméstica", de su "natural" debilidad, construyeron el concepto de "la esencia femenina" y sostuvieron la limitación del intelecto femenino en razón de su sexo.

En el siglo XX, mujeres pensadoras intentan explicar todo eso como producto de la educación y la costumbre, llegando Simone de Beauvoir a considerar la maternidad como una "trampa" de la naturaleza, algo que los hombres sienten que deben controlar o dominar. Sin olvidar que las mujeres continuaban definiéndose por papeles externos a ellas (madre, esposa...) tal y como les requería la sociedad del momento.

Estos discursos, conjuntamente y por separado, han creado estereotipos muy difíciles de obviar: nos permiten ver cómo "mujer" y "madre" son construcciones culturales en las que el hecho reproductivo (incuestionable, por otro lado) es un mero pretexto para "naturalizar" y por tanto, justificar tareas, normas y sanciones mucho más allá de lo estrictamente biológico, y para enmascarar el amplio rango de sentimientos, actitudes y reacciones de las mujeres ante estos sucesos vitales.

En nuestra cultura occidental, las categorías "mujer" y "madre" se superponen en puntos fundamentales, resultando una asociación entre ellas "casi natural" a primera vista.

Sin embargo existen culturas en las que la mujer no asocia (como nosotros hacemos) el hecho biológico de la maternidad, con el amor maternal, el cuidado cotidiano o la proximidad física a los hijos, pudiendo estos roles ser desempeñados por otros miembros de la comunidad que carecen de ese lazo biológico.

A.3. CONSTRUCCIÓN DEL NIÑO SANO

Socialmente, una madre "buena y/o normal", es aquella que asegura a sus hijos la provisión de todo lo que necesitan, de manera que ni ellos ni la propia madre se conviertan en focos de atención pública.

Las madres son las que aparecen con la "responsabilidad" de que sus hijos "salgan bien", e incluso políticamente se enfatiza la importancia de que crezcan en circunstancias "correctas".

La madre será "garante" del bienestar de sus hijos, a toda costa y por encima de cualquier dificultad económica, personal o social.

Una mala madre, una madre "desnaturalizada" que no cuide de sus hijos como dictan los cánones, generará niños indisciplinados e inadaptados, delincuentes, drogadictos... con consecuencias para toda la sociedad.

A.4. CONSTRUCCIÓN DE LA NUTRICIÓN INFANTIL

El amamantamiento escaparía de la "maldición natural" que pesa sobre la fisiología femenina, debido probablemente a su gran significación simbólica (entrega del cuerpo, amor inagotable y casto, bendición divina), que consigue en nuestra cultura incluso anular la carga sexual de los pechos de la mujer. Incluso María la madre de Cristo, eximida de las servidumbres fisiológicas de la fertilidad y la maternidad, sí que amamantó a su hijo.

Por variadas razones, desde la época romana y a lo largo de la historia han existido mujeres que, tras tener un hijo, "delegaban" la alimentación del bebé en otras mujeres, las "nodrizas". Este tipo de relación, considerada de género e incluso de clase, hacía que se plantearan cuestiones sobre la influencia de la "leche ajena" en los bebés, y que se buscara siempre la "nodriza ideal".

Desde fines del siglo XVIII la nutrición del recién nacido se convierte en objeto de la ciencia y se comienza a cuestionar la competencia de las mujeres que de una u otra forma se ocupaban de ella.

La lucha contra la mortalidad infantil y las normas de esterilización y asepsia permiten el triunfo del biberón: así, el cuerpo, la edad, la fecundidad, incluso el género, pierden su importancia a la hora del correcto desarrollo del niño.

Durante los dos últimos siglos, los expertos han intentado hacer de la alimentación algo "científico" y, por tanto, seguro:

La lactancia artificial se convierte en una "técnica reglamentada" que permitirá reglamentar de la misma manera las prácticas de la lactancia natural, éstas sí exclusivas de la mujer.

B. DISCURSOS DE LOS "EXPERTOS"

(llamamos "expertos" a los que son considerados por los informantes como tales):

B.1. SANITARIOS

El discurso hegemónico se asegura de que las mujeres se vuelvan hacia los "expertos" para la definición y comprensión de la maternidad y todo lo que ello conlleva.

Por un lado, se sugiere que la maternidad es natural y que las habilidades en el cuidado de los niños surgen fácil e instintivamente. Pero por otro hablan de la gran importancia y trascendencia de dichos cuidados, y la necesidad de las mujeres de ponerse al corriente del conocimiento formal y "científico" al respecto, que incluye no sólo el embarazo y el parto, sino también la crianza de los hijos, llegando incluso a definir las reacciones o actitudes "normales" y deseables de las madres en su papel como tales.

En una sociedad medicalizada como la nuestra, los problemas asociados a la maternidad hacen que nos volvamos hacia los expertos, sobre todo cuando se fomenta de manera explícita que las mujeres desconfíen de su propia competencia y de la de su grupo, puesto que la red de apoyo familiar o social que antes podía darles solución o consejo ha sido desacreditada, cuando no desaparecida / inexistente.

La teoría psicológica del vínculo o del "instantáneo e instintivo" afecto entre madre e hijo tras el parto ha sido durante años apoyado por la ciencia y ha influenciado profundamente la ideología y la política pública alrededor del cuidado infantil, incluso habiéndose demostrado poco después, también científicamente, que la unidad "madre-hijo" no es algo universal e inmutable tras el acontecimiento fisiológico del parto.

Aún así, la teoría inicial se ha empleado para la función ideológica de mantener a las mujeres como las principales cuidadoras de los hijos y consiguientemente del hogar, preferiblemente sin trabajar fuera de casa, reforzando así el orden patriarcal que predomina en nuestra sociedad occidental.

B.2 INDUSTRIAS DE NUTRICIÓN INFANTIL.

No podemos dejar de mencionar a estas industrias, puesto que hoy el farmacéutico también es un experto en salud al que se recurre en busca de consejo. Lo que se despacha en farmacias nos da confianza y garantía de calidad.

El lenguaje publicitario de los productos de alimentación para bebés juega con la ambigüedad de lo "naturalmente concebido" (imitando las formas femeninas), añadiéndole garantías tecnológicas.

Además, estos productos son avalados por "expertos" (colegios médicos, asociaciones nutricionales y farmacéuticas...) que si bien promulgan discursos a favor de la lactancia natural, favorecen la publicidad de sus sustitutos.

Si a esto añadimos la regulación estricta de tomas y horarios, con su demostrada influencia en la disminución de la producción de leche, y la definición del "ritmo normal" de aumento de peso del bebé, construidas con datos procedentes de bebés alimentados a biberón, se hará más temprana la necesidad de acudir a la alimentación artificial, con el consiguiente beneficio económico para estas industrias.

C. DISCURSOS DE LA RED SOCIAL

En función del significado que damos al concepto de "salud" según el grupo social al que pertenecemos, encontraríamos:

a) la salud como instrumento o "riqueza" de las clases sociales bajas: la alimentación es de lo más importante, y más concretamente su cantidad y regularidad que su calidad. Si además requiere una inversión económica, aumenta su valor global (por todo esto se encuentran paradójicamente mayores tasas de lactancia artificial en estos grupos).

b) la salud como ausencia de enfermedad, o como producto, o como institución, en los grupos sociales con ingresos medios-altos y diferentes edades. En todos ellos, el valor-guía es la calidad, lo sano y lo natural, de forma que este discurso, al convertirse en hegemónico, valorará positivamente la lactancia a pecho, por estar revestida de esos valores.

D. LEGISLACIÓN

Tanto la OMS en su Código Internacional de Comercialización de Sustitutos de la Leche Materna, como la propia legislación española, en un real decreto de 1992, intentan evitar que estos productos dependan exclusivamente de las leyes del mercado, y aspiran a que sean tratados como medicamentos.

Por un lado, consiguen evitar que la publicidad y el regalo de muestras (sobre todo dentro de las instituciones sanitarias), influyan de manera insidiosa o manipuladora en la decisión de las madres, y por otro lado vuelven a poner en manos exclusivamente de los "expertos" sanitarios, y no de las propias mujeres, la opción de adquirir libremente y sin "juicios culpabilizadores" leches artificiales para la alimentación de su hijo, si es esa su decisión aunque no esté "institucionalmente respaldada". Y por otro lado, ya en el terreno de la legislación laboral y de convenios colectivos, encontramos la evidencia de que la función nutricia de las mujeres perturba a los empleadores y compromete la carrera profesional de la mujer, si no lo hicieron ya el embarazo y la baja maternal. Las "horas de lactancia" casi nunca son tales, y apenas se ponen medios por parte de las empresas para que estas políticas de apoyo a la lactancia natural sobre el papel se materialicen en facilidades para las madres que trabajan y desean lactar a sus hijos.

CONCLUSIONES

La existencia de una distancia o decalaje entre los modelos ideales propuestos desde diferentes ámbitos, y las prácticas en la alimentación de los bebés dentro de cada experiencia real de maternidad, es la consecuencia de que, en los discursos predominantes, no se considere la importancia de los factores socioculturales (grupo social, nivel de instrucción, acceso a fuentes informativas...), económicos (ingresos, tipo de trabajo remunerado o no...), psicológicos (identidad, autoestima, expectativas de realización personal,...) y de relación (existencia de pareja, de otros hijos, deseados o no, existencia de red social de apoyo, tipo de familia de origen y de destino..) que afectan directamente a cada mujer: mientras que existe un limitado rango de comportamientos maternos "aceptables y aceptados", los entornos, circunstancias y experiencias que rodean la maternidad para cada mujer son innumerables.

Se enfatiza la maternidad como una experiencia satisfactoria e importante, de las más maravillosas de la vida, pero se olvidan de decirnos que muchas veces las circunstancias de cada madre van a hacer bastante difícil el mantener esa implicación romántica.

La lactancia puede ser vivida como una situación gratificante pero también como una imposición dolorosa, y el destete puede suponer tanto una pérdida como un alivio.

En cualquier caso, los sentimientos negativos "no están permitidos", lo "natural" es que una madre lo dé todo por su hijo, y sus intereses pasen a ser los del bebé.

La maternidad está construida en positivo y niega el que las madres "normales" puedan no sentirse felices con su papel.

Las depresiones, irracionales e inexplicables, hacen de esas madres "mujeres defectuosas" que no son capaces de adaptarse sin problemas a su hijo.

Existe por tanto una interiorización necesariamente conflictiva entre aquello que sea espera o se desearía hacer para coincidir con los preceptos y exigencias que normativizan la experiencia de la maternidad, y lo que realmente se hace, determinado por los factores contextuales a los que nos referimos, únicos e intransferibles para cada mujer.

Las conclusiones a las que debemos llegar son varias:

1. La necesidad de no infravalorar el conflicto personal que para madre puede suponer la decisión de lactar o no a su hijo
2. La dificultad que para la toma de una decisión suponen las contradicciones entre los distintos modelos y discursos, e incluso dentro de cada uno de ellos.
3. La falta de coherencia entre lo que se les "pide" a las madres desde los discursos socialmente aceptados, y lo que luego se les facilita o permite materialmente en esa misma sociedad.
4. La necesidad de que los profesionales de la salud nos analicemos desde nuestra cultura y desde nuestro modelo médico de referencia, para comprender las múltiples maneras en las que podemos condicionar la decisión de las madres y usurparles la legitimidad e importancia de su propia opinión.
5. Nuestra verdadera labor estaría en ayudar a las mujeres a clarificar y ordenar toda la información a la que están expuestas, para que ellas mismas sean las artífices de una decisión responsable y adaptada a sus circunstancias y contexto personal: desculpabilizándola y apoyándola siempre cuando su decisión parezca no corresponderse con los modelos ideales; y si se corresponde, reforzándola para que, si así lo desea, sea capaz de mantener esa decisión a pesar de las contradicciones e incoherencias externas a ella que pueda encontrar