

# **EL EMPODERAMIENTO FEMENINO CONSTRUIDO A TRAVÉS DE LAS PRÁCTICAS CORPORALES DE LA LACTANCIA MATERNA**

Eje temático: Género y violencias-violencia obstétrica

Dra. Alejandra Olvera Rabadán  
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Palabras clave: Lactancia materna, corporalidad, resistencia, placer.

## **Resumen**

Eje temático: Las mujeres y sus derechos a cien años de la constitución

La lactancia materna es vivida por las mujeres como un espacio de confrontación entre el deseo lactante y el poder que se asienta en el cuerpo femenino mediante el control de sus prácticas. Para poder ejercer su derecho a decidir cómo alimentar a sus bebés las mujeres deben hacer frente, muchas veces de manera inconsciente, a una serie de prácticas corporales culturalmente establecidas que delimitan las posibilidades del cuerpo en términos de su temporalidad, espacialidad, conformación del movimiento, expresión de la afectividad y construcción de la autoimagen corporal, entre otras.

La presente ponencia analiza por qué la lactancia materna es considerada por muchas mujeres como un acto de resistencia cultural y social, y cuáles son los mecanismos que se activan con la práctica de la lactancia materna, que permiten el proceso de empoderamiento de la mujer que amamanta.

En la presente investigación se parte del supuesto de que los cambios que se introducen con el amamantamiento en las prácticas corporales socialmente aceptadas y establecidas implican un proceso de reconstrucción del individuo que efectúa tales cambios. El resultado es un nuevo estado ontológico que al ser autoconstruido permite al individuo desarticular las estructuras de poder que se asientan en las personas a través del control corporal.

La práctica de la lactancia pone en juego una serie de acciones que visibilizan temas limítrofes como el derecho de la mujer al placer, la desnudez femenina, el control cronometrado de las acciones corporales, los límites entre lo público y lo privado, la medicalización de los procesos corporales y los roles sociales que puede jugar una mujer que es madre lactante. El modo en que las mujeres resuelven todos estos temas limítrofes con sus prácticas corporales cotidianas, implica un proceso de autoconstrucción que es empoderante en tanto que amplía las posibilidades de acción de las mujeres y les brinda herramientas que pueden emplear en otros ámbitos no relacionados con la lactancia.

### **La construcción de la corporalidad como una práctica empoderante**

La maternidad es una cuestión que provoca cambios profundos en la vida de toda mujer que se inicia en ella. En ese proceso de ajuste salen a relucir las memorias y expectativas familiares y las prácticas colectivas y roles sociales asociados a la maternidad. En entornos urbanos la maternidad es algo que en gran medida se vive en solitario, pero esto no exime a las mujeres que desean amamantar de enfrentarse a una lucha constante contra un sinfín de obstáculos que se presentan en el entorno y en ellas mismas.

Existe entre los movimientos lactivistas la tendencia a definir a la conducta asociada a la lactancia materna como natural e instintiva, lo cual supone un error de base dado que el cuerpo es siempre un cuerpo construido socialmente. Las prácticas corporales definidas socialmente ya han construido la corporalidad de la madre y ésta comienza la transmisión de esa construcción desde el momento mismo en que se dispone a parir. El parto es el inicio de la vida extrauterina y es una experiencia que tiene un impacto a nivel neurológico y psicológico sobre la persona que está naciendo y sobre la que pare. El hecho de que alguien nazca bañado en oxitócina sintética y anestésicos proviene de una construcción cultural que entiende que los procesos biológicos deben ser medicalizados.

Está cada vez más extendido lo que se conoce como parto humanizado, una práctica corporal en la que se procura frenar la medicalización del proceso del nacimiento. En este tipo de partos las

mujeres son acompañadas por parteras o dulas, que son depositarias de una serie de prácticas corporales y que ayudan a las mujeres a guiar su parto en concordancia con las necesidades que sienten desde su cuerpo. Llamo aquí la atención al hecho de que esto, si bien es un proceso de des-medicalización del parto, no implica una naturalización del mismo, dado que el modo en que una mujer puede expresar y responder a sus necesidades corporales, parte necesariamente del cuerpo que es, el cual es siempre construido, nunca dado.

Una mujer que haya crecido en un entorno en el que la modulación de la voz contemple modificaciones de tono y volumen de manera cotidiana, con mucha facilidad utilizará su voz como un medio para manejar el dolor de las contracciones. Una mujer que haya vivido en un entorno en el que el movimiento de las caderas sea algo habitual en el caminar, mecerá sus caderas durante el trabajo de parto como un recurso para soltar la tensión que se acumula en la zona pélvica. Las parteras y dulas cuentan con una serie de conocimientos que al encontrarse con el cuerpo que es la mujer que pare, van construyendo una experiencia de nacimiento que es la suma de corporalidades socialmente elaboradas.

De forma similar la lactancia es una práctica corporal socialmente construida. Evidentemente existen importantes componentes bilógicos, como son los cambios hormonales asociados a la lactancia, que experimentan tanto la madre como el bebé, o todo el comportamiento instintivo que presenta en recién nacido. Sin embargo, estos estarán siempre atravesados por el cuerpo construido que es la madre.

Actualmente se conoce que el recién nacido, cuando es puesto al nacer sobre el cuerpo de su madre, es capaz de desplegar un comportamiento instintivo asociado a la lactancia materna que es reconocible en todos los neonatos saludables y nacidos a término y que presenta más de veinte reflejos. Los bebés reptan sobre el cuerpo de la madre y son capaces de llegar por sí mismos al pecho. Mueven sus manitas abriéndolas y cerrándolas como un modo de activar el reflejo de expulsión de la leche. Hacen movimientos con su lengua y lengüetean el pezón. Mueven su cabeza a los lados buscando el pecho y la levantan y bajan para acomodarse. Huelen la areola cuyo olor es similar al del líquido amniótico, juguetean con el pezón y finalmente succionan. Los investigadores han encontrado que existen nueve etapas distintas que son reconocibles en el comportamiento del bebé, desde que es puesto sobre el cuerpo de la madre hasta que se da la

primera tetada. Estos son: llanto del nacimiento, relajación, despertar, actividad, arrastre, descanso, familiarización, succión y sueño.

Este tipo de investigaciones ponen en el centro de la atención los aspectos biológicos de la lactancia, pero dejan un poco de lado los aspectos culturales asociados a la misma. Lo que resulta relevante de estos estudios es que parten de la idea de que el bebé es un ente activo que tiene la facultad de amamantarse por sí mismo cuando es puesto en circunstancias determinadas que le permiten desplegar sus capacidades innatas. La comprensión del bebé como un ser activo provoca la implementación de prácticas corporales (como lo es poner al bebé sobre el cuerpo de su madre inmediatamente después del nacimiento) que llevan a la construcción de un cuerpo que se cimienta en experiencias corporales que desde el inicio de la vida acostumbran al bebé a tener un papel activo sobre sus propios procesos vitales, lo cual es punto central para el empoderamiento.

Existe un gran contraste entre las experiencias de un bebé que al nacer es separado de su madre, envuelto en mantas que impiden su movimiento y puesto solo en una cuna con luces fuertes que permiten mantener su calor corporal, de las que vive otro bebé que es puesto inmediatamente sobre el cuerpo de su madre en contacto piel a piel, con total libertad de movimiento que le permite desplegar todo el comportamiento de lactancia antes descrito. Estos dos tipos de prácticas corporales diferentes parten de cuerpos pensados de modos distintos y construyen corporalidades desiguales.

Para que una mujer logre tener éxito con su lactancia es necesario que cuente con información oportuna que le permita tomar sus propias decisiones informadas; una red de apoyo familiar, comunitario y del personal médico que contenga y oriente a la madre durante las distintas etapas de la lactancia; quizá una de las cuestiones más importantes es que sea depositaria de prácticas corporales adecuadas para la realización de la lactancia. Cuando las madres solamente cuentan con uno o dos de estos tres aspectos el proceso de amamantar se vuelve más difícil. Si comprendemos el empoderamiento de la mujer lactante como un proceso en el que la madre está en condiciones de ejercer una lactancia libre según sus deseos y necesidades, teniendo información, contención y prácticas adecuadas, será necesario analizar cuáles son esas condiciones que obstaculizan su empoderamiento.

Anteriormente me referí al empoderamiento del bebé para ejemplificar cómo el empoderamiento puede construirse desde la transformación de las prácticas corporales, las cuales permiten una cierta construcción del cuerpo, lo que posibilita la desarticulación de los mecanismos por medio de los cuales el poder se asienta en el cuerpo ejerciendo su control sobre las personas. En sociedades como la mexicana, en las que la práctica de la lactancia no constituye la norma sino la excepción, para que una mujer que decide amamantar logre hacerlo, deberá transformar las prácticas de maternaje que la sociedad espera de ella. La lactancia materna implica la modificación de una gran variedad de prácticas corporales que provocan experiencias divergentes que van reconstruyendo la corporalidad de la madre. Este es un proceso que no ocurre de manera automática sino que es guiado conscientemente por las mujeres que cuando tienen información y apoyo suficiente pueden decidir implementar por sí mismas las prácticas corporales que les permitirán amamantar.<sup>1</sup>

## **El control del tiempo de una mujer lactante**

Una de las maneras en que se concreta el control del cuerpo es la delimitación del tiempo. En el caso de la lactancia materna esto se expresa con la delimitación del tiempo que duran las tetadas y la frecuencia de las mismas. La Organización Mundial de la Salud recomienda que la madre amamante a libre demanda para que pueda cubrir las necesidades de su bebé, lo cual quiere decir amamantar cada vez que el bebé pida pecho y todo el tiempo que desee, y está bien tanto si el bebé quiere succionar de un solo pecho o como si prefiere hacerlo de los dos. Esto implica que el tiempo de la lactancia no es controlado ni por el médico, ni por el reloj.

La principal hormona encargada de la producción de leche es la prolactina, ésta se encuentra presente en todas las mujeres pero aumenta su nivel basal cuando la mujer se embaraza<sup>2</sup>. Cuando

---

<sup>1</sup> Cabe la aclaración que este proceso de empoderamiento y transformación de la corporalidad no es exclusivo de las mujeres que amamantan y que puede ser observado también en mujeres que deciden alimentar a sus bebés con fórmulas lácteas elaboradas industrialmente, pero que el objeto del estudio de esta investigación son las mujeres lactantes por lo cual los análisis aquí presentados se refieren a ellas.

<sup>2</sup> Las hormonas se presentan en el cuerpo de dos formas, por medio de picos como ocurre con la adrenalina que aumenta drásticamente su cantidad en caso de peligro; o en lo que se denomina niveles basales, que es cuando se encuentra en proporciones constantes como ocurre con la prolactina durante el embarazo, que si bien aumenta su cantidad presente en el cuerpo de la madre en relación a sus niveles previos a la gestación, se mantiene básicamente constante.

inicia la lactancia el funcionamiento de esta hormona cambia y empieza a presentar picos en los que aumenta considerablemente la cantidad de la hormona que produce el cuerpo. Cada pico de prolactina se sucede poco después de la tetada para posteriormente empezar a decrecer poco a poco. Si la madre aumenta la frecuencia de las tetadas los niveles de prolactina presentes en su cuerpo aumentan, provocando que se incremente la cantidad de leche que produce. Esto es algo que el cuerpo del bebé comprende por lo que si requiere más leche aumenta la frecuencia de las tetadas. Es decir que la cantidad de leche que produce la madre la controla el bebé regulando la frecuencia de su toma.

La composición de la leche materna no es constante, le leche que el bebé toma al iniciar la tetada contiene mucha agua, en un segundo momento aumenta la cantidad de lactosa y finalmente se vuelve muy rica en grasas. Si el bebé toma poca leche de cada pecho, la composición de la leche que tomó es más rica en agua pero contiene pocas calorías. Esto es algo que los bebés suelen hacer cuando tienen sed. Si por el contrario toma mucho tiempo de un solo pecho, la composición de la leche que tomó en total es más rica en calorías contenidas en la grasa de la leche. Esto es lo que hacen los bebés cuando tienen hambre. En síntesis los bebés controlan la composición de la leche que toman por medio del tiempo que duran las tetadas y de su toman de un solo pecho o de los dos.

Según lo que indica la fisiología de la lactancia materna, para que la madre pueda cubrir las necesidades del bebé debe soltar el control del tiempo y amamantar a libre demanda, es decir permitir que el bebé dicte el ritmo de las tetadas. Sin embargo en la práctica cotidiana de la lactancia esto resulta sumamente difícil de llevar acabo. Para poder amamantar a demanda las madres deben superar muchas dificultades relacionadas tanto con el personal de salud como con su entorno familiar y social.

Resulta alarmante que aun cuando los estudios de fisiología de la lactancia materna, que son investigaciones médicas, indican que no se debe controlar en modo alguno el tiempo de las tetadas, es una práctica médica constante la recomendación de amamantar cada tres horas y durante diez minutos de cada lado. Esto provoca muchos problemas con la lactancia ya que al delimitar así el tiempo de lactancia se desequilibra manejo que hace el bebé tanto de la cantidad como de la composición de la leche materna.

Dos interrogantes surgen al analizar esta realidad. Una es ¿por qué la práctica médica no se corresponde con las investigaciones médicas? Pareciera que para muchos médicos no es importante mantenerse actualizados en temas de lactancia, no al menos en el mismo nivel en que se mantienen actualizados en relación al manejo de los medicamentos. La otra interrogante es ¿por qué las madres siguen las instrucciones de los médicos aun cuando la evidencia científica no se corresponde con ellas? Una respuesta superficial sería simplemente que les falta información, pero la realidad es mucho más compleja.

En el caso de la lactancia materna resulta alarmante que, siendo que los médicos se adjudican a sí mismos la potestad para dar recomendaciones en relación a la práctica de la lactancia, solamente una escuela de medicina en el país tenga una materia de lactancia contemplada en su currículum. La facultad de medicina de la UNAM tiene una materia optativa de lactancia materna. Todos los demás médicos egresados de otras universidades no cuentan con el conocimiento generado desde su propia disciplina en relación a la lactancia materna, salvo si por cuenta propia han decidido hacerse de ese conocimiento. No puede hablarse de que exista equidad de género en la construcción del conocimiento médico en las universidades, cuando las prácticas corporales femeninas asociadas a la lactancia son silenciadas por omisión.

En contraposición, en todas las escuelas de pediatría se estudian las regulaciones para la administración de fórmulas que son consideradas por la Organización Mundial de la Salud OMS como sustitutos de la leche materna. Pero la omisión que se hace de las prácticas de lactancia materna no tiene que ver únicamente con cuestiones de género o de los intereses económicos de las grandes empresas productoras de fórmulas, sino que tiene que ver también con estructuras de poder más sutiles: aquellas que se apoderan de las personas por medio del control de los cuerpos y de la temporalidad de las prácticas corporales.

La administración de fórmula es algo que funciona bien cuando es controlado y medido, la lactancia materna por el contrario funciona mejor cuando no es controlado su tiempo. En una sociedad que dedica mucho esfuerzo al control de las prácticas corporales y del tiempo, resulta sumamente perturbador soltar dicho control. Permitir que el bebé determine la temporalidad de la lactancia en vez de que sea el médico quien lo haga, implica para la mujer un salto cualitativo,

pues se está enfrentando a la hegemonía del poder que controla las prácticas corporales mediante la priorización y ocultamiento del conocimiento.

Cuando una mujer recibe información actualizada y comprende cómo funciona la fisiología de la lactancia materna, tiene muchas más posibilidades de hacer frente al poder de los médicos, pero incluso con la información correcta para muchas mujeres no resulta fácil amamantar a demanda: la presión que reciben tanto del personal médico como de la familia es muy fuerte. Cuando una mujer cuestiona directamente a un médico en relación al control del tiempo de la lactancia suele recibir amenazas intimidantes por parte de los médicos. Muchas mujeres escuchan oraciones como: “si quieres que tu bebé se enferme amamántalo cada vez que te pida”.

El poder de regular las prácticas de alimentación se lo entregan las familias al médico, por lo que sus recomendaciones se vuelven mandatos inquebrantables. Cuando las mujeres entregan al médico la responsabilidad de velar por el desarrollo de su bebé, ellas pierden la potestad sobre sus propios cuerpos pues es el médico quien controla las prácticas corporales.

Cuando las madres tratan de seguir las recomendaciones de delimitación del tiempo de la lactancia se dan cuenta de que amamantar cada tres horas y solamente veinte minutos, no es casi nunca suficiente para cubrir las necesidades de los bebés por lo que estos lloran mucho y aumentan poco de peso. Cuando esto sucede las mujeres, en vez de dudar de la recomendación médica de limitar el tiempo de las tetadas, suelen dudar de su capacidad para producir leche. Esta preocupación primero lleva a las mujeres a una serie de prácticas poco efectivas como tomar atoles, cerveza y demás alimentos que las familias mexicanas acostumbran dar a las madres en la creencia de que aumentan la cantidad de leche aun cuando en su mayoría estos alimentos no son galactogogos<sup>3</sup>.

Cuando la ingesta de estos alimentos y bebidas no dan resultado las madres acuden al médico quien en la mayoría de los casos recomienda la suplementación con fórmula, lo cual confirma las sospechas de las madres de que no son capaces de producir leche suficiente para alimentar a su bebé y se entregan aún más al control del médico. El efecto de introducir fórmula es que en vez de aumentar la cantidad de prolactina ésta se disminuye, ya que se reducirá la cantidad de succión

---

<sup>3</sup> Un galactogogo es un alimento o sustancia que se ingiere y que tiene un efecto en la producción de leche, pues aumenta la cantidad de prolactina que genera el cuerpo de la madre, tal es el caso por ejemplo de la metoclopramida, al domperidona o el fenogreco.



que el bebé haga al pecho de la madre. Esto suele tener un efecto en cascada que acaba en la eliminación total de la lactancia materna. En México, la principal causa por la que las mujeres dejan de amamantar es la falsa creencia de que no producen suficiente leche.

Una de las consecuencias de que una mujer, que había tomado la decisión de amamantar, haya terminado abandonado la lactancia materna, debido al control del tiempo ejercido por los médicos, y/o la familia, es el surgimiento de un sentimiento de inadecuación que resulta desempoderante. Por el contrario, cuando una mujer es capaz de poner en tela de juicio la recomendación médica de limitación del tiempo de las tetadas y se permite a sí misma soltar el control del tiempo, en la mayoría de los casos la lactancia funciona adecuadamente. Entonces las mujeres desarrollan un sentimiento de realización, tanto por tener la capacidad de alimentar a sus bebés, como por poder hacer frente a las dificultades y resistencias que la rodean. Lo que resulta más relevante es que este sentimiento de triunfo y de confianza en sí misma se actualiza en cada tetada y con mucha facilidad se traslada luego a otros ámbitos de la vida de la mujer.

## **El contacto corporal y la visibilización de la lactancia materna**

El modo en que se construyen las relaciones intercorporales es otra forma de control, igual que lo es la vigilancia del uso del tiempo. Los estudiosos de la comunicación no verbal han observado cómo en las diferentes culturas se entiende de modo diverso la proxemia; cómo los gestos corporales empleados en la comunicación también varían y cómo cambia el modo en que se construyen las relaciones interpersonales a nivel corporal. En México, el contacto corporal en el ámbito público es mucho más permitido que en otros países como Japón. Sin embargo, en México sobre todo en entornos urbanos el contacto corporal constante entre el bebé y la madre es mal visto (a las mujeres se les cuestiona si cargan demasiado tiempo a sus bebés) en cambio en Japón prácticas corporales, como el colecho<sup>4</sup>, que implican un contacto corporal continuo son totalmente normales. Un bebé nacido en México en un ambiente urbano pasará significativamente menos tiempo en contacto directo con el cuerpo de su madre que un bebé nacido en países como la India o Japón.

---

<sup>4</sup> Se realiza colecho cuando el bebé duerme en la misma cama que su mamá.

Las más recientes investigaciones sobre epigenética y neurociencia se han enfocado al análisis del impacto que tiene en el desarrollo del bebé, el contacto o separación del cuerpo de su madre que experimenta en sus primeros meses de vida. Como resultado de estas investigaciones se ha generado el concepto de *continuum* que se da cuando desde el nacimiento, y durante los meses siguientes, no se produce separación entre el cuerpo de la madre y del bebé. Se entiende que es una necesidad vital de los bebés recién nacidos permanecer las veinticuatro horas del día en contacto continuo con el cuerpo de su madre. Se ha comprobado que cuando las madres permiten que el bebé viva este *continuum* se mejoran las funciones vitales de éstos. Se observa también un mejor desarrollo a nivel químico y estructural en el cerebro, que se asocia con gama más amplia de recursos para manejar el estrés y la depresión en la vida adulta.

Si se tiene ese conocimiento, la pregunta obligada es ¿por qué vemos tantos bebés en carriolas, cunas y moisés? Una de las dificultades de modificar prácticas corporales que resultan dañinas como la separación del bebé y la madre, es que son asumidas cómo normales: han sido repetidas tantas veces que brindan seguridad por ser reconocibles. Podríamos pensar que debería bastar con que las madres supieran por qué es importante, para el mejor desarrollo de su bebé, mantener el *continuum*, para que la separación dejara de ser una práctica recurrente. Pero no es así, porque las prácticas corporales construyen lo que el cuerpo es. Un cambio en dichas prácticas implica una transformación ontológica, es decir una nueva construcción del “sí mismo”. Esto evidentemente es un proceso mucho más complejo que leer un libro sobre el desarrollo neurológico de los bebés y decidir de un día a otro mantener al bebé en contacto continuo con el propio cuerpo.

El poder que tiene la imitación sobre la conducta es enorme, por lo tanto los cambios en las prácticas corporales se generan con mucha más fluidez cuando son colectivas. Si en un grupo humano se introduce un cambio en alguna práctica en solo uno de los individuos del grupo, pasa mucho tiempo antes de que un segundo miembro incorpore la nueva práctica, pero mientras más individuos realizan la nueva práctica, con mayor facilidad se dispersa ésta entre los demás integrantes del grupo.

En países como México en el que sólo el catorce por ciento de los bebés son amamantados exclusivamente<sup>5</sup> durante los primeros seis meses, los comportamientos propios de las mujeres lactantes no son compartidos por la mayoría de las mujeres. En especial en el ámbito público, lo que se observa con más facilidad es lactancia artificial. Esto se debe en parte a que sólo un pequeño porcentaje de las mujeres amamantan y en parte a que la práctica de la lactancia materna suele mantenerse circunscrita al ámbito privado.

En términos generales, la sociedad mexicana sólo tolera la desnudez del cuerpo de la mujer, cuando éste es convertido en objeto sexual del hombre. Una mujer que amamanta no está mostrando parte de su pecho porque esté siendo objeto sexual y por lo tanto su desnudez incomoda. Las mujeres que se aventuran a amamantar en público frecuentemente reciben comentarios denigrantes, miradas de desaprobación o son invitadas a recluirse fuera de la vista pública. Algunas mujeres que son conscientes de su derecho de amamantar a sus bebés en cualquier sitio desarrollan diversas estrategias para sortear las dificultades y resistencias de lactar en público, pero muchas otras prefieren no enfrentarse a la desaprobación y aun cuando mantienen su lactancia, la practican sólo en privado.

Cada mujer debe tener el derecho de decidir si quiere o no amamantar en público, pero lo cierto es que este fenómeno que obliga a la lactancia a permanecer en el ámbito privado, hace más difícil que se produzcan cambios en las prácticas corporales relacionadas con la alimentación de los bebés. El amamantamiento no es algo que forme parte del conocimiento corporal de la mayor parte de la población, no sólo porque no se practica sino porque no se visibiliza su práctica.

Las prácticas corporales relacionadas con el cuidado de los neonatos han variado mucho a través de los siglos. En Europa, por ejemplo, durante varios siglos la nobleza acostumbraba contratar nodrizas para criar y amamantar a los bebés. No se consideraba adecuado que la madre noble asumiera a esa labor. Sin embargo, se comprendía que el bebé necesitaba ser amamantado y estar en contacto corporal con una mujer. Fuera de las clases pudientes la lactancia era lo normal.

---

<sup>5</sup> Amamantar exclusivamente durante los primeros seis meses quiere decir que durante ese periodo de vida del bebé sólo se le da leche materna como su único alimento y no se le ofrece ningún otro alimento sólido o líquido, ni suplemento alimenticio. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda amamantar a los bebés exclusivamente durante los primeros seis meses. Esta recomendación es frecuentemente malinterpretada como si la OMS quisiera decir que se destete a los bebés luego de los primeros seis meses de lactancia. Pero si se continúa leyendo las recomendaciones de la OMS, se puede comprobar que se exhorta a que, aun cuando el bebé inicia a comer otros alimentos a partir de los seis meses, la lactancia se continúe mínimo hasta los dos años o más.

Cuando las mujeres empezaron a salir de casa para incorporarse a la fuerza de trabajo, los ámbitos público y privado quedaron separados, y lo que ocurría en el ámbito privado dejó de ser considerado productivo. Cuando las madres fueron a trabajar a las fábricas, como no era adecuado que el bebé estuviera en ese ambiente sucio y ruidoso, la práctica de separación del bebé y la madre se volvió habitual. En un inicio se hicieron intentos de que las mujeres siguieran amamantando. En las fábricas había huecos en las paredes a través de los cuales las mujeres sacaban sus pechos para que el bebé que estaba afuera pudiera ser puesto a amamantarse. Otra opción que se siguió para alimentar a los bebés mientras la madre trabajaba fue la introducción temprana de la ablactación<sup>6</sup>, la cual pasó de iniciarse al año en el siglo XIX, a hacerse a las dos semanas de vida del bebé en las primeras décadas del siglo XX. Finalmente se comenzó a experimentar con la elaboración de fórmulas lácteas que pudieran ser sustitutos de la leche materna.

Los efectos adversos para la salud materno-infantil que han tenido las prácticas de separación de bebés y madres, y la alimentación artificial, han sido ampliamente estudiados en las últimas cuatro décadas. Como resultado se ha obtenido la implementación de un buen número de medidas que, a nivel internacional, están procurando crear condiciones para que se incrementen los índices de lactancia. Un ejemplo es la creación del Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna, que fue aprobado en 1981 por la Asamblea Mundial de Salud. El código fue creado para regular la comercialización de las fórmulas lácteas, ya que se sabe que las estrategias que siguen las compañías productoras de sustitutos de la leche materna para aumentar sus ventas son muy efectivas y por tanto constituyen un riesgo para la recuperación de la lactancia materna.

Han surgido también organizaciones como IBFAN cuyo propósito es velar por el cumplimiento del Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna, debido a que países como México, que fue uno de los países que firmó su adición al código, no cumple la mayoría de sus disposiciones. Es común por ejemplo que las compañías productoras de fórmula lácteas regalen a las mujeres sustitutos de la leche materna, sin que exista de por medio indicación médica alguna. También se pueden encontrar con facilidad descuentos y promociones, así como publicidad engañosa que hace pensar que las fórmulas pueden ser el alimento ideal para los bebés, esto es, mejor que la leche materna. Se da tanta importancia, a nivel internacional, al Código de

---

<sup>6</sup> Ablactación es cuando el bebé empieza a comer otros alimentos además de la leche materna.

Sucedáneos de la Leche Materna porque se conoce que el entorno en que vive la mujer tiene un importante efecto en las prácticas de alimentación de los bebés. Se piensa que, con la implementación del código, el entorno en que se dan las prácticas de cuidado y alimentación de los bebés puede ser menos adverso para la lactancia.

En relación a las prácticas de separación de madre y bebé también hay todavía mucho que cambiar. Actualmente en México las mujeres cuentan con cuarenta y dos días de permiso de maternidad después del nacimiento de sus bebés y permiso de reducción de una hora de la jornada laboral si están amamantando. Si bien existe una ley federal que obliga a los empleadores a tener lactarios<sup>7</sup> en los centros de trabajo, la realidad es que se han implementado muy pocos lactarios a nivel nacional y muchos de los que ya existen no son aprovechados como podrían serlo porque muchas mujeres cuando regresan al trabajo a los cuarenta y dos días de nacido su bebé, ya han perdido su lactancia.

Esto quiere decir que si bien, haciendo una revisión histórica, podemos encontrar que la incorporación de las mujeres al trabajo es una de las razones de la reducción de la práctica de la lactancia. Actualmente el abandono de la lactancia no está relacionado tanto con el trabajo como con las prácticas de cuidado y alimentación de los bebés que no son las adecuadas para iniciar y mantener la lactancia. Es decir que el problema más grave no está tanto en si las mujeres quieren o deben trabajar, sino en el modo en que se establecen las prácticas corporales de amamantamiento, y una de estas prácticas además de la regulación del tiempo es la separación del bebé y la madre.

Uno de los causantes principales de la práctica de separación de madre y bebé es la medicalización de los procesos biológicos. A finales del siglo XIX los médicos se dieron a la tarea de crear la primera incubadora. En un primer momento se permitía a las madres entrar a la sala donde se encontraban las incubadoras para poder amamantar a sus bebés, pero en un desafortunado momento se introdujo un virus que provocó la muerte de muchos de los bebés que estaban en las incubadoras y la solución que encontraron los médicos fue sacar a las madres de la sala y permitir solo la presencia de enfermeras, pues se consideraba que la suciedad que habían introducido las madres a la sala era la razón de la muerte de los bebés. El uso de la incubadora se

---

<sup>7</sup> Es un espacio adaptado para que la mujer pueda extraerse leche. Debe tener una silla cómoda, un lavamanos, un refrigerador para mantener la leche fría, conexión a la electricidad para la bomba extractora y una mesa.

volvió una práctica habitual, no sólo para los bebés prematuros sino para todos los bebés quienes pasaban las primeras horas o días de su vida separados de todo contacto corporal y alimentados artificialmente.

En uso de la incubadora empezó a ser cuestionado gracias a las investigaciones iniciadas en Colombia en 1978 en el Hospital Materno Infantil. Este era un hospital que se encontraba sobrepasado en el número de nacimientos que podía atender, al contar con pocos recursos ponían a más de un bebé en cada incubadora pero incluso así llegó el momento en que no tenían suficiente espacio para todos los bebés prematuros que tenían hospitalizados. En una acción desesperada se les ocurrió a los médicos que para que los bebés pudieran conservar el calor podían poner a los bebés prematuros más grandes y fuertes en contacto piel con piel con sus mamás las 24 horas. El resultado fue que estos bebés se desarrollaron mejor y tuvieron menos reingresos al hospital que los bebés que habían permanecido en las incubadoras. Posteriormente se realizaron estudios más controlados hasta que se probó la efectividad del contacto piel a piel para la salud y desarrollo de los bebés. Entonces se instauró lo que se conoce como el *método canguro* como la estrategia más efectiva para atender a los bebés prematuros. El método canguro, como toda práctica médica, tiene todo su protocolo pero consiste básicamente en mantener al bebé contacto piel con piel, con su madre o su padre, las veinticuatro horas.

El método canguro se aplica en bebés prematuros, pero cuestionó también dos prácticas hospitalarias que implican la separación de la madre y el bebé recién nacido. La primera es la de poner al bebé sano y nacido a término separado de su madre, en una incubadora (supuestamente para regular su temperatura) y la segunda es la de mantener al bebé y la madre separados durante todo o casi todo el tiempo que dura la hospitalización después del nacimiento.

Una de las acciones que se han tomado a nivel internacional para recuperar la lactancia materna es el programa de acreditación de hospitales como *Amigos del niño y de la niña*. En México, en la década de los ochentas se hizo un importante esfuerzo por implementar los diez pasos con que cuanta esa iniciativa, que en esa época se llamaba *Hospital amigo del niño y de la madre*. Uno de los pasos que se logró implementar en aquella época fue el alojamiento conjunto<sup>8</sup>. Desde entonces en la mayoría de los hospitales públicos el alojamiento conjunto es la norma, no así en

---

<sup>8</sup> Alojamiento conjunto sucede cuando los bebés en vez de ser enviados al cunero, permanecen con su madre todo el tiempo que ambos están en el hospital, lo cual asegura en *continuum* y el correcto inicio de la lactancia.

los privados. Sin embargo no se han visto muchos avances en los otros nueve puntos que se contemplan en esta iniciativa.

En Michoacán, por ejemplo, solamente existe un hospital acreditado como *Amigo del niño y de la niña* por contar con prácticas que propician el adecuado inicio de la lactancia materna. En el hospital María Zendejas en Tacámbaro, cuando los bebés nacen son puestos inmediatamente sobre el cuerpo de sus madres en contacto piel a piel y permanecen juntos en un área de la sala de toco en observación pero sin mayor intervención. Después de transcurridas las primeras horas, mamás y bebés son trasladados sin separarse a las salas de maternidad donde permanecen en contacto continuo y piel a piel durante todo el tiempo que dura la hospitalización. Es decir que no se viste ni a las madres ni a los bebés hasta que se van a ir del hospital. Las madres no pueden observar en el hospital ningún anuncio ni lata de fórmula y ninguna enfermera tiene autorizado ofrecer a las madres ningún sustituto de la leche materna, salvo que por alguna situación médica la madre no esté en condiciones de amamantar.

Las prácticas que han sido implementadas en Hospital María Zendejas de Tacámbaro, Michoacán basadas en los diez pasos de los hospitales amigos del niño y la niña, permiten mantener el *continuum* entre madre y bebé. Además, no solamente aseguran un adecuado inicio de la lactancia materna, sino que generan experiencias corporales que aumentan la capacidad de las madres de hacer frente a las dificultades de ejercer su derecho y el de sus bebés a mantener el *continuum* en una sociedad que constantemente cuestiona el contacto corporal entre la madre y el bebé.

Se sabe que el acceso a la información es una de las condicionantes para que se produzca el empoderamiento femenino necesario para amamantar en una sociedad que ha perdido la cultura de la lactancia materna. Una de las estrategias que se siguen en el intento de aumentar los índices de lactancia consiste en difundir el enlistado de las razones por las cuales es mejor la lactancia materna que la artificial. Pero para poder tener un impacto efectivo en los índices de lactancia deben abordarse los tres ámbitos necesarios para el empoderamiento femenino: la información oportuna, la construcción de un entorno favorable y la realización de prácticas corporales adecuadas.

## **El derecho al placer**

La puesta en pausa del control del tiempo y la implementación del *continuum* como una práctica cotidiana, tanto en el ámbito público como en el privado, son dos prácticas corporales asociadas al amamantamiento que son pilares en el proceso de empoderamiento femenino, que se genera desde la práctica de la lactancia. Pero existe un tema más a abordar que refiere al modo en que las mujeres ejercen su derecho al placer y al bienestar en el periodo de lactancia.

Si bien las primeras semanas de lactancia constituyen un proceso de adaptación que implica a la madre hacer muchos ajustes en su vida, en términos generales la lactancia es una práctica placentera. Cuando los bebés succionan el pecho de su madre, en el cuerpo de ésta se liberan una serie de hormonas como la oxitocina que tienen como efecto generar sensaciones de placer. La oxitocina es conocida como la hormona del placer pues se segrega durante el orgasmo. También está presente en el trabajo de parto y es la encargada de que la leche salga del pecho en lo que se conoce como el reflejo de expulsión. Podría decirse que la presencia de oxitocina y otras sustancias que generan sensaciones de placer en las mujeres son un dispositivo biológico que asegura la supervivencia del bebé ya que propician el apego que la madre crea con el bebé.

El peligro de tratar de encontrar un trasfondo biológico a las sensaciones de placer de la mujer es que mantiene la tendencia a negar el derecho innato de las mujeres al placer. No debería ser necesario justificar el placer que siente la mujer al amamantar o cargar a su bebé en función de la supervivencia de éste, aun cuando sea correcto que este dispositivo biológico asegure la supervivencia del recién nacido.

Los primeros meses de cuidado de un bebé implican para la mujer pérdida de autonomía y disminución drástica de las horas de sueño y descanso. Es una etapa en que la mujer ya no siente el glamur propio del embarazo pero su cuerpo tampoco ha vuelto a su estado anterior, el pelo se cae, la piel y los músculos del abdomen no están firmes y no han regresado a su peso original. Todo esto genera sensaciones y emociones en ocasiones abrumadoras de las cuales en rara ocasión se habla. Se espera que las mujeres se sientan felices y realizadas en su papel de madres, de modo que cuando surgen emociones negativas asociadas al proceso de adaptación a la maternidad estas suelen ser silenciadas muchas veces por las mismas mujeres que las sienten.



La negación tanto de las emociones negativas como del placer en la mujer, es el resultado de la invisibilidad femenina, la cual es puesta en marcha tanto por los hombres como por las mujeres. La invisibilidad femenina se erige desde la asunción de que el rol de la mujer en la familia es atender las necesidades de los demás miembros de la familia y lleva implícita la idea de que las necesidades de la mujer o las resuelve ella por sí misma o quedan relegadas a un segundo plano.

Los bebés humanos nacen tan poco desarrollados que requieren para su supervivencia de cuidado constante, mantener el continuum implica para la mujer dedicar las 24 horas del día al cuidado de su cría. Esto, que debería ser una responsabilidad comunitaria, es algo que las mujeres en entornos urbanos suelen vivir en solitario, lo que provoca que la sensación de sentirse sobrepasadas por la tarea sea una constante.

En las primeras semanas o meses de vida del bebé, muy a menudo éstos se ponen llorosos cuando la tarde llega a su fin, debido a sobre-estimulación, y no tienen la capacidad de calmarse a sí mismos. Esto se debe a que nacen con su sistema nervioso inmaduro y las luces sonidos y demás estímulos que nosotras asimilamos sin mayor problema resultan excesivos para ellos. A esa hora del día, por lo general las madres también están cansadas y muchas veces se encuentran solas o se ven en la necesidad de atender las necesidades de otros miembros de la familia además de las del bebé, lo cual hace que ellas estén en un estado que no es propicio para sobrellevar el llanto del bebé.

Las madres tratan de calmar a sus bebés amamantándolos pero en muchas ocasiones a esa hora el pecho no parece surtir ningún efecto. Entonces cubren todo el panorama de posibilidades revisan el pañal, la temperatura para ver si tiene calor o frío pero nada parece calmar a los bebés. Cuando este llanto no se detiene con el pecho, las mujeres dudan en primer lugar de su producción de leche, ellas piensan –el bebé tiene hambre y yo ya no tengo leche y por eso no se calma al pecho. En muchas ocasiones esta es la causa de que se empiecen a introducir suplementos de fórmula y la madre queda con un sentimiento de inadecuación por no tener la capacidad de cubrir las necesidades de su bebé.

La situación antes descrita, parece un caso exagerado, pero la realidad es que es una experiencia que viven un enorme porcentaje de las mujeres que deciden amamantar y es una de las principales causas de que, aun cuando haya iniciado adecuadamente, la lactancia se vaya

perdiendo paulatinamente en las semanas posteriores al parto. En este caso a las mujeres les faltan los tres elementos que pueden permitirle empoderarse y tener un papel activo en su maternaje. El primero es la información, saber que la inquietud que los bebés suelen presentar es normal y no está relacionada con la producción de leche. El segundo es la red de apoyo, que asuma tanto las labores de la casa como del cuidado del bebé cuando la mujer necesita descansar y reponerse. El tercero se refiere a las prácticas adecuadas, que en este caso se refieren al reconocimiento y expresión que la mujer debe hacer de sus propias necesidades y de su derecho al bienestar.

Para desarticular la invisibilidad femenina la mujer debe acostumbrarse a que sus propias necesidades y deseos formen parte del colectivo en que vive. Por su parte los demás integrantes de la familia deberán asumir como suya la tarea de cubrir las necesidades de la mujer, tanto como ella lo hace de ellos y en concordancia con las capacidades de cada miembro de la familia.

Quisiera ahora retomar y hacer una síntesis un tema que se trató al inicio en el que se explicaba el comportamiento instintivo que presentan los bebés recién nacidos cuando son puestos sobre el cuerpo de su madre en contacto piel a piel, permitiéndoles que hagan el arrastre al pecho. Veíamos que esta práctica se diferencia de aquella otra en la que se envuelve a los bebés en mantas impidiéndoles el movimiento, en que entiende que estos nacen con ciertas capacidades que pueden ser desplegadas cuando se les dan las condiciones para hacerlo.

Explicaba también que el cuerpo no es dado sino que es una construcción, y que la madre, que es un cuerpo construido, inicia la transmisión de esa construcción corporal desde el momento en que va a nacer su bebé. Hace falta que la mujer se construya como un cuerpo emancipado para que en el proceso de construcción de la corporalidad del bebé logre desarticular los mecanismos mediante los cuales el poder se asienta en los cuerpos. Una de las claves para la construcción de ese cuerpo emancipado radica en la conciencia que las personas tienen de sus propias capacidades y de que cuentan con las condiciones mínimas básicas para guiar el desarrollo de sus propias capacidades.

Cuando se asume que el bebé es capaz de hacer cosas por sí mismo, se pueden hacer reajustes en las prácticas corporales y con ello en la construcción de la corporalidad. En el momento en que

se permite al bebé guiar el proceso de amamantamiento, por sí mismo desde su nacimiento, se le brinda la posibilidad de ir viviendo experiencias corporales construidas desde la autonomía.

En este caso autonomía no tiene nada que ver con separación, todo lo contrario. Hay un reconocimiento doble por una parte de la necesidad vital de los bebés de mantener el continuum y por otra de su capacidad de ser autónomos en el proceso de lactancia. La autonomía de los bebés se expresa en que son ellos quienes se acomodan a sí mismos para amamantarse sobre el cuerpo de sus madres y en que ellos deciden cada cuanto tiempo amamantarse y por cuanto tiempo hacerlo. Esto quiere decir que se expresan a la vez la autonomía y el apego, en un equilibrio que está dado tanto por las necesidades y deseos del bebé como por sus capacidades. Esto es lo que permite construir un cuerpo emancipado. Con el tiempo las capacidades del bebé aumentan y disminuye su necesidad de estar pegado al cuerpo de su madre.

Lo que resulta curioso de todo este proceso es que cuando las madres ejercen su maternaje desde esta perspectiva tienen que hacer frente a una sociedad que, por una parte censura el apego entre la madre y el bebé, y por la otra, niega las capacidades innatas del segundo. Es decir que las mujeres se enfrentan con una sociedad que no es capaz de ver ni las necesidades afectivas de los bebés, ni sus capacidades de autonomía, y lo propio hace con las mujeres. El proceso de desestructuración de la invisibilidad femenina es, en este caso, un proceso que visibilización doble tanto de la mujer como del bebé. La desarticulación de la invisibilidad es lo que permite la construcción de dos cuerpos emancipados y se inicia por el impulso de la madre de cubrir las necesidades de su crío desde una perspectiva que permite construir las prácticas corporales desde las propias necesidades deseos y capacidades y no desde la reproducción inconsciente de las prácticas de maternaje socialmente construidas y validadas.

He aquí la importancia de concientizar el hecho de que tanto el cuerpo que uno es como todas las prácticas asociadas a él son una construcción, y que toda persona debería tener tanto la potestad, como la capacidad para transformar dicha construcción. Gilles Deleuze diría en relación al *cuerpo sin órganos* que propone, que es algo que hay que hacerse. En el mismo sentido el cuerpo emancipado de la mujer es un cuerpo que tiene que ser hecho desde las prácticas corporales, en acompañamiento de una comunidad, que puede ser la familia, y con información adecuada y oportuna.

La lactancia materna es un espacio privilegiado para iniciar este proceso de reapropiación del cuerpo porque modifica muchas estructuras físicas, emocionales, intrafamiliares y de la organización de la vida cotidiana. El inicio de la maternidad puede ser una apertura para la creación de un cuerpo emancipado porque significa en sí misma una ruptura del equilibrio que existía antes del nacimiento del bebé.

En el proceso de la construcción de este cuerpo emancipado, el placer y el derecho al bienestar juegan un papel central: son puntos de apoyo que permiten la desarticulación de las viejas prácticas que deben ser modificadas. La mayoría de las prácticas corporales y sociales se repiten automáticamente, es decir en la inconciencia, y esto es lo que asegura su permanencia. El placer por su parte tiene la capacidad de regresar la atención al cuerpo el cual también es silenciado por la sociedad.

Las necesidades corporales son muy frecuentemente puestas en segundo plano en función de otras necesidades que se consideran más importantes. Por ejemplo el silenciamiento del cuerpo es lo que nos permite permanecer sentados en una silla durante horas, aun cuando después de un tiempo las lumbares empiezan a tensarse y sentirse incómodas por la posición anti-anatómica que adopta el cuerpo al estar sentado. La omisión de las sensaciones corporales se vuelve un hábito tan recurrente que hace que la propiocepción<sup>9</sup> vaya disminuyendo paulatinamente. Existe una relación directa entre las prácticas que realizamos cotidianamente y la construcción de la corporalidad, esto hace que cuando se pierde la propiocepción las prácticas se vuelven automatizadas y es cuando se dice que se ha incorporado una práctica.

El único modo de romper esta incorporación de las prácticas socialmente construidas es la recuperación de la propiocepción, y en este proceso el placer cumple una función central pues tiene la capacidad de regresarnos a las sensaciones de nuestro cuerpo. No resulta casual que el placer de la mujer, que no está asociado al placer del hombre, sea visto como impropio. Se sabe que la presencia de oxitocina en el proceso de amamantamiento provoca placer a las mujeres que pueden incluso llegar a sentir el orgasmo mientras amamantan. Cuando las mujeres experimentan placer y no son capaces de escapar del prejuicio que les niega el derecho al placer, amamantar se

---

<sup>9</sup> La propiocepción es la conciencia que se tiene de uno mismo desde su cuerpo.

vuelve un problema y aparecen en ellas sentimientos de culpa que entorpecen enormemente la lactancia.

Cuando por otra parte las mujeres pueden permitirse sentir el placer de amamantar y de sostener a sus bebés pegados a su cuerpo, la lactancia es una experiencia, que si bien sigue implicando un enorme esfuerzo, es mucho más fácil de ejercer. Las sensaciones de placer son recurrentes y hace que la atención de la madre regrese al cuerpo constantemente con lo que las mujeres van recuperando ese cuerpo que había sido silenciado. La recuperación del cuerpo y de la propiocepción está asociada a la capacidad de las personas para procurarse, no ya placer sino bienestar, el cual implica el reconocimiento de propias necesidades y deseos, lo cual es el primer paso para la desarticulación de la invisibilidad femenina. En el momento en que se rompe la invisibilidad femenina las estructuras familiares cambian, haciendo que la familia se vuelva la red de apoyo que la mujer necesita durante la lactancia. Además, las prácticas corporales culturalmente determinadas pueden ser puestas en tela de juicio en función de las necesidades, deseos, capacidades y condiciones particulares de cada mujer.

## **A modo de conclusión**

La lactancia materna puede constituir una práctica empoderante porque necesita para su realización de la transformación de muchas prácticas corporales socialmente establecidas y validadas desde su reproducción mecánica. Existen tres aspectos fundaméntales para que las mujeres puedan vivir ese proceso de empoderamiento: la información oportuna, la comunidad que contiene y apoya, y la construcción consiente y autónoma de las prácticas de lactancia. En el transcurso de la construcción consiente de las prácticas se activan dos mecanismos paralelos que generan cambios ontológicos en las mujeres: la desarticulación de la invisibilidad femenina y la construcción de un cuerpo emancipado, es decir un cuerpo consciente de sí mismo. El proceso de empoderamiento femenino que se activa desde la práctica de la lactancia sigue caminos particulares para cada mujer en dependencia de las condiciones desde las que parte cada una de ellas y no se puede generar una ruta válida para todas. Del mismo modo, no puede decirse que la práctica de la lactancia sea la única vía por medio de la cual se puede producir el empoderamiento femenino. Sin embargo el análisis de cómo se da el empoderamiento en muchas

mujeres lactantes, si puede permitir relacionar y estudiar este proceso con la construcción de la corporalidad.

## **Referencias**

- Deleuze, G., & Guattari, F. (2004). *Mil mesetas – Capitalismo y esquizofrenia*. Valencia: Pre-textos.
- Elias, N. (1991). On Human Beings and their Emotions: a Process-Sociological Essay. En M. Featherstone, M. Hepworth, & B. S. Turner (Edits.). London: Sage.
- Featherstone, M. (1991). The Body in Consumer Culture. En M. Featherstone, M. Hepworth, & B. S. Turner (Edits.). London: Sage.
- Lerma, P. (Ed.). (2011). *Manejo clínico y práctico de la lactancia materna*. Ciudad de México: IBFANMex.
- Newman, J., & Pitman, T. (2011). *Lactancia. Todo lo que necesitas saber con el Dr. Jack Newman*. Québec: Breastfeeding inc.
- Palmer, G. (2009). *The Politics of Breastfeeding. When Breasts are bad for business*. Londres: Pinter & Martin.