



**Universidad
Rey Juan Carlos**

DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y CIRUGÍA, PSICOLOGÍA, MEDICINA PREVENTIVA
Y SALUD PÚBLICA E INMUNOLOGÍA MICROBIOLOGÍA MÉDICA Y ENFERMERÍA Y
ESTOMATOLOGÍA

TESIS DOCTORAL

**PAPEL DE LA ABUELA SOBRE LA
VIVENCIA DE LA MADRE LACTANTE.
ESTUDIO FENOMENOLÓGICO**

AUTORA

ROCÍO RODRÍGUEZ VÁZQUEZ

DIRECTORAS

Prof. Dra.: MARTA ELENA LOSA IGLESIAS

Prof. Dra.: INMACULADA CORRAL LIRIA

AÑO 2016



“Para ver claro, basta con cambiar
la dirección de la mirada”

ANTOINE DE SAINT-EXUPÉRY

“Lo que se recuerda no es el suceso,
sino la experiencia del suceso”.

ENDEL TULVING

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a las participantes de este estudio por compartir sus historias de vida y sus experiencias para su realización. Me sorprendió gratamente su ilusión por participar para contribuir así a que otras mujeres sean atendidas desde la comprensión verdadera y desde la calidad, en este complejo mundo de la vivencia de la lactancia materna.

Gracias a mis directoras de tesis. No hubiera conseguido realizar este trabajo sin su apoyo personal y humano y su enorme valía profesional. Gracias por vuestra paciencia, dedicación y confianza y por lo que me habéis enseñado.

Quiero agradecer a Sor Asunción Salvador su amable colaboración permitiéndome realizar las entrevistas en las salas de reunión del Colegio Sagrado Corazón de Jesús.

A Cristina Bejarano, bibliotecaria del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Madrid, por haberme ayudado a obtener esos “documentos imposibles” y por su cercano apoyo e interés. Ya me une a ella una amistad tras mi día a día en la biblioteca durante largas horas.

A todas aquellas personas, familia, amigos y conocidos que se han interesado por mí y han aguantado mis charlas sobre la tesis animándome y escuchándome con gran paciencia.

DEDICATORIA

Quiero dedicar esta tesis a mi marido Javier, a mis hijas Belén, Laura y Alicia y a mi padre Manolo.

Javier, no tengo palabras para expresar mi agradecimiento por todo lo que haces por mí. Nadie puede imaginar tu generosidad y comprensión. Cada día me enseñas nuevas y maravillosas cosas acerca de tí que hacen que te admire en todas tus facetas y que quiera compartir todo contigo. Gracias por tu amor incondicional y por hacerme crecer.

A mis hijas que me llenan de alegría, que le dan sentido a mi vida. Sois lo más importante, la mayor y mejor experiencia, las que me enseñáis más aunque seáis más pequeñas. Aunque el día a día sea una locura de prisas y de “cosas que hacer”, vosotras sois el centro de mi vida y el mayor regalo de Dios.

A mi padre, el mejor padre que he podido tener. Te agradezco todos esos detalles que me encantan y que te hacen especial. Eres admirable, único y maravilloso, papá.

ÍNDICE

ÍNDICE.....	9
INDICE DE ILUSTRACIONES	13
INDICE DE TABLAS.....	15
RESUMEN.....	17
INTRODUCCIÓN.....	19
1. CONTEXTO HISTÓRICO Y SOCIO-CULTURAL.....	19
LA LACTANCIA MATERNA A LO LARGO DE LA HISTORIA.	19
La lactancia materna desde el nacimiento de la humanidad hasta el cristianismo	19
La lactancia materna en la Edad Media y el Renacimiento	24
La lactancia materna desde el siglo XVI al XX	25
APOYO NORMATIVO. RECOMENDACIONES NACIONALES E INTERNACIONALES.....	28
Beneficios de la LM	28
Cimientos de la normativa internacional.....	33
Evolución normativa y situación en España	39
FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN LA INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LA LM.....	42
Factores asociados a la incidencia.....	43
Factores asociados a la prevalencia	47
Panorama actual sobre los métodos de información, formación y apoyo en lactancia materna	52
2. ANTECEDENTES EN LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.....	56
3. PAPEL DE LA ABUELA EN LA LM.	61
LA RELACIÓN PSICOSOCIAL.....	61
TIPOS DE INTERACCIÓN ABUELA-MADRE	65
PERTINENCIA DEL ESTUDIO Y APLICABILIDAD	69
1. PERTINENCIA	69
2. APLICABILIDAD A LOS CUIDADOS	70
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	73
OBJETIVOS.....	75
OBJETIVO PRINCIPAL 1	75
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	75
OBJETIVO PRINCIPAL 2.....	75
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	75
METODOLOGÍA.....	77
1. DISEÑO METODOLÓGICO:	77
LA FENOMENOLOGÍA HERMENÉUTICA	77

FENOMENOLOGÍA INTERPRETATIVA Y ENFERMERÍA	79
ENCUADRE FENOMENOLÓGICO-HERMENÉUTICO DE ESTE ESTUDIO	80
2. ÁMBITO DE ESTUDIO	83
3. PERÍODO DE TIEMPO	83
4. POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	84
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	84
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	84
ESTRATEGIA DE MUESTREO.....	84
TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	85
CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA FINAL	86
5. RECOGIDA DE DATOS	88
MEMORIA AUTOBIOGRÁFICA. RELATOS DE VIDA. HISTORIAS DE VIDA.....	91
LA ENTREVISTA NO ESTRUCTURADA. INMERSIÓN EN EL TEMA DE ESTUDIO.....	95
PREPARACIÓN DEL INVESTIGADOR	99
POSICIÓN DEL INVESTIGADOR	100
6. ESTRATEGIA DE ANÁLISIS DE DATOS.....	101
EL PROCESO DE ANÁLISIS FENOMENOLÓGICO-INTERPRETATIVO SEGÚN EL TRATADO DE SMITH, FLOWERS Y LARKIN (2009)	104
LOS PASOS DESCRITOS POR DIEKELMANN ET AL. (1989) PARA EL ANÁLISIS HERMENÉUTICO...	107
RELACIÓN ENTRE AMBAS HERRAMIENTAS DE ANÁLISIS.....	108
RESULTADO DE LA INTEGRACIÓN DE LAS HERRAMIENTAS DE ANÁLISIS.....	109
CONSIDERACIONES ÉTICAS	111
RIGOR METODOLÓGICO - CRITERIOS DE CALIDAD.....	115
RESULTADOS	121
1. ESTAR AHÍ	123
LA ABUELA DE REFERENCIA	123
EL APOYO INCONDICIONAL.....	126
Amor y vínculo.....	126
Yo soy lo primero para ella.....	128
NO ESTAR SOLA	131
Caminar juntas y compartir.....	131
Expresar emociones.....	135
Mimetización.....	139
LLEVAR LA PESADA CARGA	141
Apoyo en el nuevo rol.....	141
Ayuda logística	143
La lucha.....	146
Comprensión y respeto	152

2. NO ESTAR AHÍ	154
UN NUEVO ESPACIO	154
LA CONGRUENCIA Y LA UTILIDAD	160
Dame sólo lo que pido.....	160
No te necesito ahora	163
La sustitución.....	164
3. TE CUENTO Y TE ENSEÑO	167
LA ACTITUD	168
El posicionamiento	168
La influencia de la cultura.....	173
LA HERENCIA DE EL QUÉ Y EL CÓMO.....	176
Los conocimientos, mensajes e indicaciones.....	176
Lo práctico.....	182
La experiencia vivida	186
4. ANÁLISIS Y JUICIO	189
EVALUACIÓN MADRE-ABUELAS.....	189
EVALUACIÓN ABUELAS-MADRE.....	195
5. EL FUTURO	200
LA EXPERIENCIA POSITIVA Y NEGATIVA QUE CONTARÉ	200
Sobre amamantar	200
La lactancia en mi vida.....	204
El cuerpo y la mente.....	207
El apego	211
La sociedad.....	214
El personal sanitario.....	216
El destete.....	221
LA FUTURA ABUELA.....	223
RELACIONES ENTRE CATEGORÍAS Y TEMAS	235
DISCUSIÓN.....	243
CATEGORÍA: ESTAR AHÍ.....	243
CATEGORÍA: NO ESTAR AHÍ	248
CATEGORÍA: TE CUENTO Y TE ENSEÑO	250
CATEGORÍA: ANÁLISIS Y JUICIO	255
CATEGORÍA: EL FUTURO	257
LA EXPERIENCIA POSITIVA Y NEGATIVA QUE CONTARÉ	257
Sobre amamantar	257
La lactancia en mi vida.....	258
El cuerpo y la mente.....	259

El apego	261
La sociedad	262
El personal sanitario	263
El destete.....	265
LA FUTURA ABUELA.....	266
EN RELACIÓN AL MARCO TEÓRICO	268
EN RELACIÓN A LA TEORÍA DE MERCER Y EL MODELO DE BRONFENBRENNER.....	272
RESULTADOS NO ESPERADOS.....	279
LIMITACIONES DEL ESTUDIO	281
NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	282
CONCLUSIONES	283
BIBLIOGRAFÍA.....	287
ANEXOS	319
ANEXO I: RESUMEN EN 10 PUNTOS DEL CÓDIGO INTERNACIONAL DE COMERCIALIZACIÓN DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA Y RESOLUCIONES SUBSECUENTES DE LA AMS	319
ANEXO II: 10 PASOS PARA LA LACTANCIA MATERNA EFICAZ	321
ANEXO III: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	322
ANEXO IV: FICHAS DE RECOGIDA DE DATOS.....	328
ANEXO V: DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA	330

INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Proceso psicosocial de inicio de la LM.....	44
Ilustración 2. Influencias en la experiencia y conductas de la madre lactante.....	62
Ilustración 3. Interrelaciones entre el tipo de apoyo y los objetivos de las abuelas.....	66
Ilustración 4. Estructura metodológica de la recogida de datos.....	90
Ilustración 5. Flujo de la entrevista no estructurada.	96
Ilustración 6. Relaciones establecidas desde la categoría “Estar ahí”.....	238
Ilustración 7. Relaciones establecidas desde la categoría “No estar ahí”.	239
Ilustración 8. Relaciones establecidas desde las categorías “El futuro” y “Análisis y juicio”.	240
Ilustración 9. Relaciones establecidas desde la categoría “Te cuento y te enseño”.....	241
Ilustración 10. Modelo de adopción del rol de madre lactante (modificado de Alligood y Tomey [2014]. Modelo de adopción del rol materno)	273

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Criterios que definen las prácticas seleccionadas de alimentación infantil (WHO, 2007)	35
Tabla 2. Datos estadísticos LME a los 6 meses 2014 (WHO)	38
Tabla 3. Tipo de lactancia según clase social basada en la ocupación de la persona de referencia. 2011-2012	39
Tabla 4. Resumen de las modificaciones legislativas en cuanto al permiso de lactancia en España.	41
Tabla 5 (1). Evaluación comparativa de contenido y metodología de los trabajos de investigación más significativos respecto a los de la presente tesis.....	58
Tabla 5 (2). Evaluación comparativa de contenido y metodología de los trabajos de investigación más significativos respecto a los de la presente tesis.....	59
Tabla 5 (3). Evaluación comparativa de contenido y metodología de los trabajos de investigación más significativos respecto a los de la presente tesis.....	60
Tabla 6. Integración de la influencia de la abuela según el modelo de Mercer con la actuación de la matrona/enfermera y los pasos de la IHAN	72
Tabla 7. Conceptos de Carper y cuestiones ontológico-hermenéuticas.....	79
Tabla 8. Características que definen <i>órgano</i> y <i>útil</i>	82
Tabla 9. Resumen de las modificaciones legislativas en cuanto al permiso de lactancia en España.	87
Tabla 10. Utilidad del relato/historia de vida en el presente estudio.....	94
Tabla 11. Adaptación de las herramientas de guía de la entrevista no estructurada según distintos autores.....	98
Tabla 12. Relaciones entre los pasos de la estrategia de análisis de Smith et al. (2009) y la de Diekelmann et al. (1989).....	109
Tabla 13. Integración de la estrategia de análisis de Smith et al. (2009) y la de Diekelmann et al. (1989) realizada para este estudio.....	110
Tabla 14. Requisitos éticos generales de una investigación cualitativa. Adaptada de Emanuel et al. (2000) (Barrio-Cantalejo & Simón-Lorda, 2006).	112
Tabla 15. Integración de los criterios de rigor de la investigación cualitativa de Guba (Guba, 1981) con los requisitos descritos por otros autores (Cope, 2014; Cornejo & Salas, 2011; De Witt & Ploeg, 2006; Noreña et al., 2012; Ryan-Nicholls & Will, 2009).....	116
Tabla 16. Aspectos más relevantes tratados en las dos sesiones de triangulación de resultados, siguiendo la parrilla de	118
Tabla 17. Categorías, temas y subtemas	122
Tabla 18 (1). Relaciones entre temas establecidas por cada participante.	236
Tabla 18 (2). Relaciones entre temas establecidas por cada participante.	237

RESUMEN

La lactancia materna no sólo es un proceso fisiológico sino que está sometido a distintas influencias contextuales sobre su inicio y desarrollo, entre las que se encuentra el papel de las abuelas como apoyo cercano a las madres y como transmisoras de valores y creencias de la generación anterior y de los significados de experiencias relacionadas con el amamantamiento, modificando la conducta y la vivencia de éstas. Dichos significados, una vez asentados en la memoria, pueden influir a su vez en la siguiente generación.

El paradigma fenomenológico hermenéutico de Heidegger se utilizó para investigar estos aspectos desde el punto de vista de la memoria remota. La visión holística como ser-en-el-mundo fue fundamental para la interpretación del significado, ya que sólo a través de éste nos podemos aproximar a las relaciones fenómeno-experiencia-conducta, por lo que se utilizaron relatos de vida y entrevistas en profundidad como métodos de recogida de datos.

Las madres sintieron la necesidad del apoyo emocional y logístico de las abuelas para afrontar personal y socialmente los cambios del nuevo rol. El apoyo incondicional de las abuelas basado en el amor y en el conocimiento profundo mutuo y no en los conocimientos técnicos, supuso una fuente de seguridad y orientación en las dificultades, aunque también necesitaban el espacio necesario para ir forjando su nuevo papel en la intimidad del nuevo núcleo familiar. Se sentían informadas, a veces invadidas, por los mensajes sociales y sanitarios y poco apoyadas en la práctica. Deseaban ser escuchadas desde sus miedos, circunstancias y problemas y no desde pautas y normas generales que sentían que a veces no podían cumplir.

Experimentaron el descubrimiento de un cuerpo funcionante que les permitió una vinculación profunda y satisfactoria con sus hijos en una experiencia inigualable, o por el contrario, querían liberarse de la vivencia de amamantar que no encajaba en sus vidas o que les producía sufrimiento en sus circunstancias, de manera que las alejaba de lo que la sociedad y ellas creían que debía sentir: el apego.

Hoy en día sienten que su papel como futuras abuelas debe ser regulado por sus hijas o nueras, alejándose de roles tradicionales y perciben que la forma de apoyo más efectiva será caminar junto a ellas en la búsqueda de un apoyo sanitario especializado, flexible y humano que haga congruentes la promoción y políticas sanitarias con el día a día de las mujeres lactantes, la familia y entorno social con los cambios de rol y su papel como mujeres con el de madres, buscando una atención respetuosa y preparada científicamente.

INTRODUCCIÓN

Esta introducción supone un encuadre en el complejo contexto socio-cultural e histórico, de gran importancia para el abordaje metodológico de la fenomenología interpretativa que argumenta que las experiencias tienen significado en dicho contexto y que sin la inmersión en el mismo, no es posible la interpretación, como se expone ampliamente en el apartado de metodología. Por lo tanto, a pesar de que en investigación cualitativa no es común realizar introducciones amplias en este sentido, este encuadre se hace imprescindible, para abordar posteriormente el tema de la influencia abuela-madre en el amamantamiento.

1. CONTEXTO HISTÓRICO Y SOCIO-CULTURAL.

LA LACTANCIA MATERNA A LO LARGO DE LA HISTORIA.

A lo largo de la historia pocas situaciones han sufrido tantas modificaciones ni han estado sujetas a tan numerosos aspectos como la lactancia materna (LM).

A través del tiempo ha sido símbolo de fecundidad y aparecerá en los más variados mitos sobre el hombre y el mundo. Con el devenir de los hechos históricos y sociales e incluso las modas, más que con la necesidad fisiológica y de apego, han ido apareciendo modificaciones en las costumbres y tradiciones asociadas a la lactancia materna y el intento de sustituirla con distintos preparados y, finalmente, con fórmula (Navas, 2004).

La lactancia materna ha pasado por ser uno de los principales medios de supervivencia del ser humano, de subsistencia económica (nodrizas), de distinción social en relación con la estética, hasta ser considerada como el medio idóneo para el desarrollo del lactante al ofrecer importantes beneficios para la salud del niño, la madre y a la sociedad en general. Por lo tanto, las mujeres han ido estando sometidas al empuje social hacia dar el pecho a sus hijos o no hacerlo, por diversos motivos (Toro, 2010).

La lactancia materna desde el nacimiento de la humanidad hasta el cristianismo

Cuando nuestra especie era cazadora-recolectora, la dificultad radicaba en la disposición anatómica de las mamas que, a diferencia de otras especies, obliga a la madre a tener al niño en brazos de frente a ella, cara a cara, situado en la trayectoria de la mirada de la madre, privilegio del que carecen, por otro lado, la práctica totalidad de los mamíferos (Hernáiz & Saiz, 2011) y que es fruto de la evolución de la cuadrupedia a la bipedestación (Paricio, 2004).

El recién nacido, por otro lado, cuenta con el reflejo primitivo del agarre espontáneo como comportamiento innato hacia el amamantamiento poniendo en práctica toda una batería de reflejos con los que logra afianzarse al pecho de la madre.

Las hembras transportaban a sus crías de manera continua, pegadas a sus mamas, y les daban de mamar cuando lo demandaban, tres o cuatro tomas cada hora, durante 1-2 minutos cada toma ya que la leche materna, como la de los primates, por su bajo contenido en grasa y proteínas, no tiene tanta capacidad saciante como la de otras especies (Hernáiz & Saiz, 2011).

No parece que hubiera connotaciones morales asociadas al hecho de amamantar, por lo que las mujeres primitivas hacían simplemente lo natural y esperado (Wickes, 1953).

Si una hembra humana no podía amamantar, su cría se veía abocada a la muerte aunque en ocasiones, se suplía por otra madre de manera altruista hasta el Neolítico en que esta actividad estaba remunerada. Es la aparición de las nodrizas, sin las cuales la mortalidad infantil en dicho período hubiera sido aún mayor.

La duración de la LM en tiempos prehistóricos era de 2 a 3 años, período durante el cual había que evitar un nuevo nacimiento para proteger la vida del recién nacido. Esto era posible gracias a la amenorrea producida por la estimulación frecuente de las mamas, que mantiene altas las concentraciones de prolactina. Entre los 6 y 24 meses se introducía paulatinamente leche de cabra, vaca o maíz (Landa & Paricio, 2008; Navas, 2004).

El primer cambio importante en la LM lo produjo el sedentarismo, ya que la mujer no tenía que acarrear al hijo, y por lo tanto éste no hacía succiones tan frecuentes, lo que aumentó la natalidad y la proliferación de las nodrizas (Hernáiz & Saiz, 2011).

En Mesopotamia, aproximadamente en el tercer milenio a.C. aparecen las primeras referencias escritas en relación con la LM, quedando bien documentada la existencia de nodrizas y el que las mujeres sumerias tenían una media de 4 hijos.

Entre las familias ricas y nobles se contrataba a las nodrizas para conseguir un nuevo embarazo (conocían que la madre lactante tenía menos probabilidades de quedarse embarazada). Otra razón para su contratación era el fallecimiento o enfermedad física o mental de la madre. También criaban a los niños abandonados o adoptados y colaboraban en la crianza de gemelos, ya que, la madre sólo amamantaba a uno de los hijos (Hernáiz & Saiz, 2011).

En Babilonia se escogía nodriza de entre las esclavas o mujeres de condición social baja, que firmaban un contrato con los padres durante 3 años. El niño era criado en casa de su nodriza, alejado de los padres. El Código de Hammurabi (1700 a.C.) se encargó de regular algunos aspectos del oficio de nodriza, protegiendo los derechos legales de la nodriza y de los padres (Aguilar, 2005).

Hacia 1500 a.C. se escribió un Tratado de Diagnósticos y Pronósticos Médicos, de autor desconocido, cuya tablilla fue dedicada a los niños lactantes y a las enfermedades infantiles, que igualmente englobaba consejos para las nodrizas.

Como último recurso, si el niño no era amamantado por su madre y la familia no tenía recursos económicos para contratar una nodriza, se le alimentaba directamente con la leche de otro animal, lo que aumentaba la mortalidad infantil. Esta opción y sus consecuencias continuarán hasta el s.XIX de una forma u otra, en casi todas las culturas (Paricio, 2004).

En el antiguo Egipto, los recién nacidos y lactantes eran amamantados por sus madres o por nodrizas cuando se trataba de niños de una clase social alta. Éstas eran de cualquier clase social y estaban bien consideradas y protegidas por condiciones contractuales. Así mismo se ocupaban de los cuidados y la educación del niño (Hernáiz & Saiz, 2011).

Tanto los faraones como los reyes mesopotámicos eran representados frecuentemente mamando de una diosa, lo que argumentaba sus dotes para reinar y su vida eterna.

La nodriza que criaba al faraón era la Gran Nodriza, elegida de entre las mujeres del harén o las esposas de grandes funcionarios y sus propios hijos trataban al faraón como “hermano de leche”. Este alto rango de la nodriza es compartido por otras culturas como la indú, japonesa y china (Aguilar, 2005; Hernáiz & Saiz, 2011).

En esta época ya había biberones rudimentarios (Aguilar, 2005).

Los egipcios tenían gran cantidad de diosas protectoras del nacimiento y la lactancia. Muchas mujeres amamantaban a sus hijos hasta los 3 años, instadas a corresponder con el mismo amor que sus madres les habían dado. Esta parece ser la primera referencia al aspecto tradicional de la LM y a las generaciones anteriores (expresado en “Sabiduría” del escriba Any del Imperio Nuevo). No hay raquitismo en los restos óseos del Antiguo Egipto; el destete era tardío por las intoxicaciones digestivas del niño asociadas a la introducción de alimentos antes de tiempo.

Las mujeres llevaban a los lactantes sujetos al pecho, desnudos y no fajados, lo que favorecía la LM a demanda. Conocían la capacidad curativa de la leche materna y la utilizaban en varias recetas médicas por sus cualidades antisépticas e inmunológicas. En el papiro de Ebers (1500 a.C.) se hacía referencia a recomendaciones para las propias madres lactantes (aumentar la cantidad de leche, cuidarse las mamas...) así como las reglas y costumbres en lactancia (Aguilar, 2005). Ya se conocía que la ingestión de determinadas sustancias por parte de la madre, pasaban al niño a través de la leche actuando como medicinas (Gamboa, 2008; Hernáiz & Saiz, 2011).

En el pueblo judío, las mujeres hebreas amamantaban a sus propios hijos (más que en Mesopotamia y Egipto). Amamantar era un deber moral y religioso y el hombre cuidaba de la mujer durante ese tiempo reduciendo su trabajo. Sólo en las clases pudientes amamantaban las esclavas aunque, a pesar de todo, las nodrizas tuvieron un papel importante en la crianza de los niños abandonados.

Noemí, suegra de Ruth, amamantó a su propio nieto. Ruth era moabita y su buena relación con su suegra fue significativa. Noemí no fue la única mujer de la historia que siendo mayor y sin haber parido pudo amamantar, ya que muchas abuelas se hacían cargo de la lactancia de sus nietos en las sociedades tradicionales cuando sus madres eran incapaces de dar el pecho (mamotretos = mammothreptus que significa “criado por su abuela”).

El destete se trató como acontecimiento festivo, como final de una época de peligro de mortalidad infantil y el niño era presentado en el templo y los padres celebraban un banquete (Hernáiz & Saiz, 2011).

En la historia de China, las relaciones familiares han sido centro de las relaciones sociales y base de su filosofía de vida. El papel de la mujer tradicionalmente ha estado supeditado al hogar y la relación matrimonial.

La encargada de la crianza y educación de los hijos era directamente la madre. Preferían hijos varones ya que las hijas cuando crecían y se casaban, abandonaban por completo a su familia de origen. Esta preferencia hizo que proliferaran los embarazos, la venta y abandono de niñas. El uso de nodrizas estaba limitado a familias ricas, niños abandonados o necesidad imperiosa por muerte o enfermedad de la madre (Navas, 2004).

En la India la leche materna tenía relación con la salud y la inmortalidad. Los primeros tratados de medicina ayurvédica (“veda” significa conocimiento y “ayus” longevidad) ya dedican capítulos a los cuidados del recién nacido. El calostro, igual que en otras culturas, se

desechaba y los primeros días alimentaban al recién nacido con una mezcla de mantequilla clarificada, miel y raíces santificadas. Después, se desechara la primera parte de la leche del pecho derecho y se ponía al niño a mamar (Hernáiz & Saiz, 2011; Navas, 2004).

Las nodrizas, en caso de necesitarlas, debían tener características sociales (misma casta que el niño, buen comportamiento...), psicológicas (buen carácter) y físicas (complexión media, pezones adecuados...). Como en otras culturas, estaban bien reconocidas.

La escasez de leche se atribuía a la falta de amor o a malos sentimientos de la madre. Si el niño enfermaba, se le atribuían los remedios a la madre o a la nodriza, para que pasara a la leche y así curar al lactante.

A falta de leche humana, se utilizaba leche de vaca o cabra aguada y hervida y a partir del 6º mes, se introducía arroz en la alimentación del niño (Hernáiz & Saiz, 2011).

La leche materna era muy apreciada también en la Antigua Grecia. Las nodrizas eran bien consideradas y trabajaban para las familias ricas, permaneciendo con los hijos hasta la edad adulta del varón o incluso hasta que se casaba la niña que amamantó.

Las mujeres atenienses se casaban con el hombre elegido por su padre para ellas y tenían la finalidad de procrear. Normalmente (salvo las más pobres que carecían de él o tenían que salir a trabajar), quedaban confinadas en el gineceo de la casa. Por razones políticas y económicas se recomendaba tener sólo uno o dos hijos, mejor si eran varones (Aguilar, 2005).

Las espartanas no estaban tan recluidas en el hogar, criaban a sus propios hijos y no los atendían cuando lloraban. Cuando las nodrizas eran necesarias estaban bien vistas, sobre todo si eran espartanas. Había otro tipo de esclava, llamada doula cuya única función era criar a los hijos de sus señoras (Hernáiz & Saiz, 2011; Navas, 2004)

En cuanto al origen de la leche materna, Hipócrates pensaba que provenía de la sangre menstrual no eliminada durante el embarazo. Aristóteles afirmó que la leche debía tener un color dorado y tener caseína en cantidad suficiente, así como rechazaba el calostro... Atribuyó gran importancia a la succión, por lo que algunas abuelas pudieron criar a sus nietos en algunas circunstancias. Otras aportaciones de la medicina griega estuvieron encaminadas al cuidado de la madre y de las mamas (Paricio, 2004).

Según los datos disponibles en la actualidad, la edad de destete fue menor que en otras culturas.

La leche de las diosas tenía propiedades sobrenaturales, representadas a menudo por la mitología griega (“nacimiento de la Vía Láctea”)(Krupp, 1995).

En la Antigua Roma, la LM viene determinada por el mito de su fundación a cargo de Rómulo y Remo, gemelos amamantados por una loba al cobijo de una higuera identificada con Rumina, diosa que enseñaba a los niños a mamar y ayudaba a las madres a tener mucha leche, según la mitología romana (Paricio, 2004). Dar el pecho era un honor, pero a la vez, estaba asociado al envejecimiento prematuro de las mujeres, el desgaste y la dilatación de las mamas(Gamboia, 2008).

Otra circunstancia influyente en la LM de las mujeres romanas es el hecho de que la mujer vivía bajo la autoridad paterna hasta que se casaba y después lo hacía bajo la autoridad del marido, lo que influía en las costumbres de crianza ya que la mujer permanecía en el hogar familiar y se encargaba personalmente de la crianza de sus hijos. Poco a poco esta situación cambió (s.II-III a.C.) y la mujer tuvo más relevancia social en la época. Se empezó a representar el pecho femenino desnudo en la figura de la diosa Venus y aumentó el poder erótico de las mujeres, que por cuidar su estética (Toro, 2010) y vida social, relegaron de nuevo la crianza en nodrizas. La anticoncepción y el aborto eran comunes. Este conflicto entre las “funciones” del pecho se repite a lo largo de la historia en múltiples ocasiones y dando lugar a mitos que se repiten sistemáticamente.

En otra cultura, la árabe, los tratados de medicina en la península ibérica daban cuidadosas instrucciones sobre alimentación del recién nacido: dar azúcar con aceite tres días antes de mamar y miel. Después, debía darle de mamar el ama (nodriza) por quedar la madre “muy alterada” tras el parto y además porque el calostro en esta época se creía perjudicial, no así la LM, a la que ya atribuían una “materia” especial (Navas, 2004). Así comenzó a ponerse en práctica la separación del recién nacido de su madre para que ésta descansara tras el parto, rutina que adoptaron las maternidades siglos después (Hernáiz & Saiz, 2011).

En el ámbito religioso, el Corán habla de una duración ideal mínima de la lactancia materna de unos 24 meses (Paricio, 2004).

[La lactancia materna en la Edad Media y el Renacimiento](#)

Continúa habiendo nodrizas para las familias pudientes, con legislación propia y contratos de 3-4 años, mientras que las mujeres pobres amamantaban a sus hijos. Una de las razones, es que en este tiempo se mantienen las ideas de que el amamantamiento del niño envejece

prematuramente a la mujer (de nuevo el motivo estético) y que se trata de una acción indigna, vergonzosa y propia de los animales.(Toro, 2010)

Decretos papales y reales prohibieron a las mujeres musulmanas y judías amamantar niños cristianos, conocido el vínculo que se establecía entre el niño amamantado y su nodriza (Aguilar, 2005).

En Europa se empleaban cuernos a modo de biberones (Paricio, 2004) y algunos libros recogen las recomendaciones para elegir nodriza, como el de Avicena (980-1037) y de cómo cuidar a los hijos, como el Libro de las VII Partidas de Alfonso X el Sabio que data de 1256)(Toro, 2010).

En el Renacimiento, se realizaban en Italia contratos entre las familias de la nodriza y de los padres contratantes, firmados por los maridos de la nodriza y la puérpera, respectivamente. Se podía rescindir el contrato a causa del embarazo de la nodriza, ya que la leche de una mujer embarazada se consideraba nociva y no estaba mal visto que las nodrizas abandonaran a sus propios hijos para criar a los ajenos. En cuanto al apego, ya presente y reconocido en otras épocas y culturas como se ha descrito, hacía que algunas nodrizas se ofrecieran para seguir alimentando de forma gratuita a los niños criados, tras el fin del contrato.(Aguilar, 2005).

También eran requeridas las nodrizas en los orfanatos para la crianza de los niños abandonados allí. A su llegada al orfanato, la mujer encargada de los infantes se ocupaba de la coordinación. Éstos llegaban en su mayoría en edad lactante por lo que el orfanato tenía que cubrir su alimentación con una red de nodrizas, lo que hacía que no todos los niños tuvieran esta necesidad cubierta y, por lo tanto, fallecieran. (Illanes, 2013).

Aparecen las primeras normas sobre “alimentación artificial” de la mano de un médico, Bagellardo, en 1472. Posteriormente, en 1565, Simon de Vallembert publica una obra con recomendaciones de alimentación con cuerno a partir del tercer mes de vida (Paricio, 2004).

[La lactancia materna desde el siglo XVI al XX](#)

En el siglo XVI la aparición de la sífilis y el inicio de la Ilustración, con la importancia que adquiere el niño como futuro ciudadano, suponen el inicio de la decadencia de las nodrizas (Toro, 2010).

Las nodrizas podían ser contratadas a domicilio o enviar a los niños con ellas para ser criados en casa ajena y éstas amamantaban a varios niños a la vez. Se seguía seleccionando a

las nodrizas que fueran sanas y robustas, que no fueran pelirrojas ni con temperamento agrio, con leche blanca, dulce e inodora pero como había escasez, finalmente se admitían mujeres prostitutas, amancebadas o enfermas aunque no se admitían con sífilis o males en la piel. Se tiene testimonios de la administración de calmantes a los niños por parte de las nodrizas, para que los niños no lloraran (Aguilar, 2005).

Aún con la presencia de las nodrizas, si la leche escaseaba, se daba en el siglo XVII la “panada” que era pan con agua y leche. Esto supuso, como ejemplo, un 90% de mortalidad infantil en un orfanato de Dublín (Cagnolati, 2013).

El inicio del cuestionamiento de la función de la nodriza en pro de la lactancia materna directa madre-hijo se dio en dicho siglo. Godoy, en 1626, hablaba de la conveniencia de que las propias mujeres amamantaran a sus hijos. Se escribieron documentos explicando las ventajas de la misma, así como el más que probable perjuicio de utilizar leche de otros animales o incluso de las nodrizas, por ser químicamente diferentes, por ejemplo, el escrito por Moriceau en 1668. Estos documentos no hablaban demasiado de los intervalos necesarios entre tomas y atribuyen propiedades mágicas a la leche o hablan de la santidad de las madres que amamantan a demanda. Las nodrizas mercenarias comienzan a rechazarse (Aguilar, 2005).

El debate sanitario iba de la mano del debate religioso y social. Los obstetras estaban de acuerdo en que las madres debían amamantar a sus propios hijos pero entendían los aspectos sociales: las damas no debían someterse a los esfuerzos físicos de la lactancia ya que se someterían a la crítica de familiares, esposo y sociedad. Además, un argumento en pro de las madres lactantes fue la comprensión del apego, cuyos beneficios pasarían a la nodriza en caso de contar con sus servicios. Sin embargo, el aspecto que más menoscabó el prejuicio social fue el religioso, con la innovación argumentativa de que la práctica de la lactancia materna como la función prioritaria de una buena madre habría sido recompensada y bendecida por Dios (Cagnolati, 2013).

En el siglo XVIII, algunos científicos como Cadogan comienzan a interesarse por escribir manuales de lactancia, que empezaron a utilizarse en hospitales. Cadogan y Rousseau ponen de moda la LM con la teoría naturalista y el concepto de familia más unida y romántica (Aguilar, 2005). Es por lo tanto, en Francia donde se inicia el movimiento más importante en contra de la lactancia mercenaria, que traspasó barreras políticas y sociales en este país y fuera de él (Paricio, 2004).

Mientras tanto, la función de la nodriza se mantiene mediante contratos de 5-7 años en los hospitales de huérfanos (Aguilar, 2005). En éstos, existían nodrizas (“amas de cría” en España) mercenarias y hospitalarias y, dentro de éstas últimas, externas e internas. Como en siglos anteriores, seguía habiendo problemas por el excesivo número de huérfanos dependientes de las nodrizas para su supervivencia. Como las amas de cría internas eran mujeres de pocos recursos no óptimas para ejercer de nodriza con familias pudientes, se les achacaba la gran mortalidad de los niños de los orfanatos (Borrell i Sabater, 1995).

Dicha mortalidad fue denunciada en el siglo XIX por la escritora Concepción Arenal, cuya obra fue ligada a la protección de la infancia en España. En el siglo XIX sólo se buscaban nodrizas en caso de necesidad ya que las madres daban de mamar a sus hijos de manera generalizada y se conocían ciertas características en el manejo de la cantidad y calidad de la leche materna, aunque no se retomó el interés por este aspecto de la investigación hasta entrado el s XX (Aguilar, 2005).

Con la llegada de la leche de fórmula, lo ganado anteriormente como cultura del amamantamiento, quedó perdido por la interrupción de la transmisión intergeneracional de conocimientos (Paricio, 2004). En 1867 Henri Nestlé inventó la leche en polvo para bebés, elaborada con leche de vaca deshidratada y cereales, comenzando la era de la lactancia artificial (Boatella, 2009; Toro, 2010). El espíritu de creencia ciega en lo científico-tecnológico hizo entonces que la fórmula se aceptara como algo mejor que lo natural, aunque se trató realmente de “el mayor experimento incontrolado de la historia de la salud humana” según algunos expertos y la propia Organización Mundial de la Salud (Vahlquist, 2015).

Otro aspecto a destacar es que el antiguo mito de que el calostro es nocivo, presente desde pueblos primitivos hasta el s.XX, derivó finalmente en la administración de suero glucosado en los primeros días (Paricio, 2004). Por la falta de transmisión cultural y la ambigüedad de actitud social para con el pecho femenino, se ha perdido el condicionamiento natural que tenían antes las niñas hacia la LM. No hay que olvidar que la decisión en la forma de amamantar a los propios hijos se toma en la mujer mucho antes del parto e incluso del embarazo, quizás en la niñez (Paricio et al., 1999).

Las nodrizas “particulares” que continuaban su función lo hacían por motivos económicos de las familias que las contrataban, ya que eran mercaderes o artesanos a los que le salía más rentable contratar una nodriza que disminuir la producción a causa del tiempo en que la mujer no trabajaba por el período de lactancia (Borrell i Sabater, 1995). Esta incorporación de la mujer al mundo laboral asalariado que derivó en la contratación de nodrizas mercenarias se

convierte en un empuje hacia la lactancia de fórmula a finales del s XIX y las nodrizas, en decadencia, desaparecieron prácticamente a mitad del siglo XX (Aguilar, 2005; Paricio, 2004)

A principios del siglo XX en España, las nodrizas seguían siendo conocidas como amas de leche o pasiegas y era considerado como cierta categoría social contar con una. Su función fue sustituida en parte por los dispensarios (“Gota de leche” en España) que daba leche de vaca hervida y aguada a los niños y finalmente, se asienta como método de alimentación del lactante, la fórmula (Paricio, 2004). Entre 1940 y 1950 sólo el 25% de mujeres amamantaba y a partir de 1950, aunque resurge el interés científico por la leche materna, la incorporación de la mujer al mundo del trabajo sin acompañamiento de medidas de conciliación con la vida familiar y laboral hace que la tasa de LM caiga de nuevo (Toro, 2010). Tras la Segunda Guerra Mundial, coincidiendo con el desarrollo de las fórmulas adaptadas, la LM fue abandonándose progresivamente alcanzando en Estados Unidos durante la década de los 60 cifras prácticamente indetectables. Esta moda se trasladó desde allí a Europa Occidental y posteriormente a Europa Oriental (Barriuso, De Miguel, & Sánchez, 2007). Resurge el interés social en la década de los años 70, pero con escasa formación de madres y profesionales, por lo que hasta la década de los 90 no ha aumentado su incidencia (Aguilar, 2005). A partir de este punto, hay un intenso cambio en cuanto a la perspectiva sobre la LM, que lleva a diversas situaciones y cambios de índole sanitaria, política, económica y social y a sus correspondientes retos.

[APOYO NORMATIVO. RECOMENDACIONES NACIONALES E INTERNACIONALES.](#)

[Beneficios de la LM](#)

Hoy por hoy la leche de madre sigue siendo una sustancia compleja que, a pesar de todos los esfuerzos que se han realizado en el campo de la investigación, sigue siendo en gran parte una desconocida y no se entienden bien sus mecanismos de acción (Pallás, 2006)

En realidad no debería ser necesario demostrar los beneficios de la LM sino la inocuidad de otras formas de alimentación y sus resultados en el desarrollo ponderal y de estatura, psicomotor y psicosocial, aunque se abordará este apartado desde el punto de vista de los beneficios más importantes reconocidos por la OMS y AEP, ya que alientan las políticas y normativas que sustentan la promoción de la LM:

1. [Beneficios para el niño:](#)

- Mejor adaptación gastrointestinal por la presencia de hormonas que maduran el epitelio intestinal, haciendo menos susceptibles a los niños a las intolerancias alimentarias, cólico, estreñimiento, diarreas, reflujo gastroesofágico y hernia inguinal (M. T. Hernández, Aguayo, & Gómez, 2008; World Health Organization [WHO], 2013)
En el calostro, el contenido en motilina, tiene efectos laxantes que ayudan a la expulsión del meconio, y tiene mayor cantidad de proteínas (97% en forma de inmunoglobulina A-IgA-), vitaminas liposolubles, lactoferrina (que mejora el transporte y la absorción del hierro), factor de crecimiento, lactobacilos Bifidus, sodio y zinc. En concentraciones menores se encuentran las grasas, la lactosa y las vitaminas hidrosolubles. La leche madura tiene un 87% de agua, que es suficiente para cubrir las necesidades del lactante, incluso en condiciones extremas de calor (García-López, 2011). En la primera parte de cada toma la leche es más rica en agua proporcionalmente, lo que permite al niño calmar la sed sin tener que alimentarse con una toma completa (Aguilar, 2005; Navas, 2004). Además, en cuanto a la osmolaridad, la carga renal de solutos es mucho menor si se compara con la de fórmulas infantiles; su importancia estriba en que a mayor carga renal de solutos, mayor será el requerimiento de agua que debe aportarse. La lactosa es el principal hidrato de carbono que contiene; favorece el desarrollo de la flora intestinal por las bifidobacterias e impide el crecimiento de microorganismos patógenos por ser acidificante; mejora la absorción de calcio y mantiene estable la osmolaridad de la leche porque conserva bajas concentraciones de sodio y potasio.

La industria no ha podido igualar la relación que hay de 1.3:1 entre ácidos grasos poliinsaturados/saturados de la leche humana, cuya importancia clínica es contribuir a la absorción de calcio y fósforo (García-López, 2011).

- Exclusiva adaptación al recién nacido/lactante. La composición de la LM varía según la edad y necesidades del niño. Cuando el nacimiento ocurre antes de las 35 semanas de gestación, la leche producida es rica en proteínas, nitrógeno total, inmunoglobulinas, ácidos grasos, magnesio, hierro, sodio y cloro. Tiene bajas concentraciones de lactosa, ya que un recién nacido prematuro tiene poca actividad de lactasa. En cuanto a las proteínas, en la leche madura su concentración se reduce con el progreso de la lactancia, independientemente de las proteínas que consume la madre. El tipo de proteínas que contiene la leche humana, la hacen única para la especie humana, ya que son de mejor biodisponibilidad gracias a la presencia de enzimas digestivas como

la amilasa (García-López, 2011). A pesar de que la leche materna contiene menos hierro que la de vaca, su biodisponibilidad es muy superior. Por otra parte, esta última, sin modificar, aporta hierro de baja biodisponibilidad, que favorece la aparición de cuadros de deficiencia que pueden llevar a una anemia (Macías, Rodríguez, & Ronayne de Ferrer, 2006).

- Menor incidencia de enfermedades autoinmunes y alérgicas. La lactancia exclusivamente materna, al menos durante los primeros seis meses de vida, retarda la aparición del asma (Wilmott, 2012), la rinitis alérgica, la dermatitis atópica y la alergia alimentaria. También disminuye el riesgo de desarrollar enfermedad celiaca, tiene efectos preventivos para la enfermedad de Crohn, la colitis ulcerosa, la esclerosis múltiple y la artritis reumatoide; sin embargo, hay que recordar que los trastornos autoinmunes son multifactoriales y que el medio ambiente, los contaminantes y el estilo de vida juegan un papel transcendental para su desarrollo (García-López, 2011).
- Menor incidencia y duración de procesos infecciosos (WHO, 2002). Está demostrado que las poblaciones linfocitarias se mantienen sin cambios mientras dure la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de lactancia, y con la utilización de fórmulas, disminuyen las células NK y existe incremento de una población linfocitaria inmadura (De Durán & Londoño, 2011). La leche materna cuenta con más de 50 oligosacáridos que funcionan como factores de crecimiento de bifidobacterias, falsos receptores para bacterias patógenas de la vía aérea contra *H. influenza* y *N. catharralis* (infecciones de vías respiratorias altas) y en la vía urinaria e intestinal, contra *E. coli* (García-López, 2011). El riesgo de otitis es mayor en niños alimentados con sucedáneos de leche materna en un 70% (M. T. Hernández et al., 2008). La consecuencia de la menor incidencia y virulencia de las infecciones es la menor tasa de hospitalización, de manera que por cada mes de no lactancia, el riesgo de hospitalización se multiplica por 1,5, además del mayor riesgo de infecciones por sucedáneo contaminado (Paricio et al., 2006).
- Menor riesgo de obesidad. El aporte de sucedáneos incrementa un 35% el riesgo de sobrepeso y un 43% de obesidad con relación dosis-respuesta en comparación con niños alimentados a base de LME durante 6 meses según un metaanálisis reciente (Yan, Liu, Zhu, Huang, & Wang, 2014).

- Menor incidencia de ciertos tipos de cáncer. Está descrita la protección especialmente para leucemia (Amitay & Keinan-Boker, 2015).
- Mejor y más rápido desarrollo neurológico. Aporta concentraciones altas de colesterol, una grasa que se requiere en la proliferación de neuronas y en la mielinización de células gliales. Los ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga, que no se encuentran en la leche de vaca, son beneficiosos en la etapa de crecimiento y maduración del sistema nervioso central del niño. A este respecto, destaca el rol de los ácidos araquidónico y docosahexaenoico, que son los que predominan en el cerebro y la retina del neonato, en el desarrollo neurológico y de funciones visuales (Macías et al., 2006). Se ha descrito mayor cociente intelectual y resultados escolares (Heikkila, Kelly, Renfrew, Sacker, & Quigley, 2014) cognitivos y conductuales debido a un mejor desarrollo de la materia blanca (Deoni et al., 2013).
- Mayor vínculo afectivo y menor riesgo de maltrato infantil (Blázquez, 2000; M. T. Hernández et al., 2008).

2. Beneficios para la madre:

- Protección cardiovascular y menores tasas de HTA y diabetes. Las madres con altos niveles de oxitocina tienen una presión arterial más baja que aquellas con bajos niveles de esa hormona. Aunque la oxitocina circulante tiene una vida media muy corta, incluso los efectos a largo plazo de la lactancia sobre la presión arterial le han sido atribuidos. A pesar de que los mecanismos aún no están claros, se ha planteado la hipótesis de que la oxitocina induce una disminución de la secreción de cortisol y hormona adrenocorticotrópica que puede acarrear efectos favorables y duraderos sobre la presión arterial. Mujeres lactantes, en comparación con no lactantes, muestran los parámetros metabólicos más favorables, incluidas los lípidos sanguíneos aterogénicos, inferiores en ayunas y también la glucemia postprandial. La mayor duración de la lactancia puede reducir el riesgo a largo plazo de la enfermedad cardiometabólica, incluyendo la diabetes tipo 2. Los mecanismos no se conocen bien, pero la regulación hormonal de la proliferación de células β del páncreas y de la función de otras vías metabólicas pueden favorecer la asociación entre la disminución de las enfermedades cardiovasculares y el aumento de la lactancia (Aguilar et al., 2015).

- Reducción del riesgo de cáncer de mama. El cáncer de mama tiene origen multifactorial, con una combinación de riesgo genético y ambiental. Sin embargo, es importante que la LME y prolongada, es un factor protector mediante distintos mecanismos fisiopatológicos como la anovulación y la diferenciación celular en el tejido mamario (Butt, Borgquist, Anagnostaki, Landberg, & Manjer, 2014; Mathur-Helm, Neelam, Mahavir, Jagbir, & Meenakshi, 2014; Pechlivani & Vivilaki, 2012).
 - Mayor eliminación de los depósitos grasos tras el parto. Las mujeres que lactaron tuvieron una variación menor de un kilogramo entre el peso anterior al embarazo o el encontrado en el primer trimestre, y el existente uno o dos años posparto (González, 2012).
 - Reducción del riesgo de cáncer de ovario. El cáncer de ovario se caracteriza por su diagnóstico tardío y su letalidad. El tiempo de LME está relacionado de manera inversamente proporcional al riesgo de esta enfermedad según un reciente metaanálisis (Luan et al., 2013).
 - Retraso en la recuperación de la fertilidad postparto. Las mujeres que están amamantando y en amenorrea es poco probable que tengan suficiente función ovárica para producir signos de fertilidad y cambios hormonales detectables durante las primeras 6 semanas después del parto. Sin embargo, es posible que la fertilidad se reanude con el paso del tiempo después del parto y con la sustitución de la leche materna con otros alimentos. Bajo ciertas condiciones controladas es un método anticonceptivo durante los 6 primeros meses (Método MELA o de amenorrea en la lactancia) (WHO, 2009b; WHO, 2014a).
 - Menor tasa de anemia y hemorragias postparto por efecto de la oxitocina sobre el útero, que lo contrae y reduce el sangrado (Boguñá & Lailla, 2006; Negishi et al., 1999).
 - Remineralización ósea más rápida con disminución del riesgo de osteoporosis y fracturas en la mujer postmenopáusica (Fukuoka & Haruna, 2003; Lozano, 2006)
 - Mejora los cuadros de depresión y ansiedad postparto. La lactancia materna produce un efecto bastante contrario al de la depresión postparto, es decir, favorece el desarrollo del lactante, los sentimientos de bienestar en la madre y en su hijo y el fortalecimiento del vínculo (Olza, Serrano, & Muñoz, 2011).
3. Menor impacto social, medioambiental y económico

Los niños amamantados enferman con menos frecuencia durante los primeros meses de la vida y por ello disminuye el absentismo laboral de los padres al no tenerse que quedar a cuidar a su hijo enfermo y se consumen menos recursos sanitarios. En países en vías de desarrollo y sociedades con escasos recursos económicos es importante que la alimentación del lactante no suponga un gasto. El deterioro del medio ambiente debería ser una prioridad por las consecuencias que puede tener a corto y largo plazo; promocionar la lactancia materna es una forma de disminuir la cantidad de residuos generada en las familias (botes de sucedáneo de leche de madre, biberones, tetinas, etc.). La leche de madre es una de las pocas actividades del hombre en las que el impacto medioambiental es nulo, no genera residuos y además proporciona todos los beneficios descritos anteriormente en relación con la salud del niño y de la madre (Pallás, 2006).

Cimientos de la normativa internacional

Tal y como se ha explicado en el Capítulo 1, desde el comienzo del siglo XX, la prevalencia de la lactancia materna había ido disminuyendo, alcanzando sus niveles más bajos en los años 70-80. Hubo muchos factores implicados en el abandono de la lactancia, pero dos de especial trascendencia: la publicidad de las primeras leches artificiales y el traslado de los partos desde los domicilios a los hospitales. Un despliegue extraordinario de publicidad, etiquetados rimbombantes y el empleo de grandes recursos económicos consiguieron hacer creer a las madres de todo el mundo, que su leche ya no era la mejor opción para sus hijos. También se lo creyeron muchos profesionales.

Trasladar los partos a los hospitales hizo posible un descenso espectacular de la mortalidad materna y neonatal. Como contrapartida los profesionales hospitalarios se sintieron forzados a crear normas sobre la asistencia a los recién nacidos y a la lactancia. Buscando lo mejor para sus pacientes decidieron que los RN estarían mejor atendidos por enfermeras limpias con formación, que por sus madres. De igual manera dieron por hecho que las madres se recuperarían mejor apartadas de sus hijos. La separación trajo asociado el retraso en la «subida de la leche» que se solucionó con la administración de soluciones glucosadas y biberones de leche artificial de forma sistemática. Éste es el inicio de la epidemia de “hipogalactia” percibida, pero no verdadera, que llega hasta nuestros días (Pallás, 2006). Se fijaron horarios rígidos de alimentación y se alertó a las madres sobre los efectos negativos de tomar a los niños en brazos o darles de mamar cuando lloraban fuera del horario. Médicos/as y enfermeras/os actuaban de buena fe, pero la medicalización del parto y de la asistencia al RN provocó que las madres perdieran las habilidades de crianza que tradicionalmente recibían en

su entorno familiar y que muchas lactancias fracasaran. La antigua «cultura de lactancia» fue sustituida por unos protocolos estrictos que se apoyaban sólo en una base empírica, sin controles previos ni posteriores (IHAN, 2011).

Las estrategias mundiales para la alimentación infantil se basan en el respeto, la protección, la facilitación y el cumplimiento de los principios aceptados de derechos humanos. La nutrición es un componente fundamental y universalmente reconocido del derecho de los niños al disfrute del más alto nivel posible de salud, tal como se declara en la Convención sobre los Derechos del Niño. Los niños tienen derecho a recibir una nutrición adecuada y a acceder a alimentos inocuos y nutritivos, y ambos son esenciales para satisfacer ese derecho al más alto nivel posible de salud (WHO, 2003).

Los 2 primeros años de vida de un niño son especialmente importantes. La nutrición óptima durante este período disminuye la morbilidad y la mortalidad, reduce el riesgo de enfermedades crónicas, y fomenta un mejor desarrollo en general (Pallás, 2006). La lactancia materna óptima es tan crítica que se podrían evitar alrededor de 800 000 muertes en menores de 5 años cada año (WHO, 2014b), y sin embargo, menos del 35% de los niños en todo el mundo son amamantados de manera exclusiva en los 4 primeros meses de vida (Lutter & Morrow, 2013).

En esta línea, la recomendación actual de la OMS/UNICEF en cuanto a duración de la LM es de 6 meses de manera exclusiva y mantenerla después 2 años o más (UNICEF, 2013). Es importante señalar que hay distintos tipos de prácticas de alimentación infantil según la OMS y, el hecho de que las mujeres practiquen o no LM y que la alimentación del lactante sea de un tipo u otro, depende de numerosos factores que se tratarán en el siguiente capítulo.

La utilización correcta de los términos definidos por la OMS (Tabla 1) evitará sesgos y falta de uniformidad en la investigación mundial de los temas relacionados con la LM tanto cuantitativa, como cualitativamente (Aguilar, 2005).

Práctica Alimentaria	Requiere que el lactante reciba	Permite que el lactante reciba	No permite que el lactante reciba
Lactancia materna exclusiva	Leche materna extraída o de nodriza	Sales de rehidratación oral (SRO) ,gotas, jarabes, vitaminas, medicinas.	Cualquier otra cosa
Lactancia materna predominante	Leche materna extraída o de nodriza como fuente predominante de alimentación	Agua, bebidas a base de agua, jugos de fruta, líquidos rituales, gotas, jarabes, vitaminas, medicinas.	Cualquier otra cosa (leche no humana, alimentos líquidos o licuados)
Alimentación complementaria	Leche materna extraída o de nodriza y alimentos sólidos o semisólidos	Cualquier cosa: cualquier comida o líquido incluyendo leche de origen no humano y preparación para lactantes (leche artificial)	No aplica
Lactancia materna	Leche materna extraída o de nodriza	Cualquier cosa: cualquier alimento o líquido incluyendo leche de origen no humano y preparación para lactantes (leche artificial)	No aplica
Alimentación con biberón	Cualquier líquido (incluyendo leche materna) o alimento semisólido proporcionado mediante un biberón con tetina	Cualquier cosa: cualquier alimento o líquido incluyendo leche de origen no humano y preparación para lactantes (leche artificial)	No aplica

Tabla 1. Criterios que definen las prácticas seleccionadas de alimentación infantil (WHO. 2007)

Ante la disminución alarmante de las cifras de LM arrojadas en la primera mitad del siglo XX, se crea el Grupo Asesor de Proteínas (GAP) para ayudar a la OMS en el consejo técnico a UNICEF y FAO(Landa & Paricio, 2008). Los informes y publicaciones a favor y en contra de la lactancia materna y el aporte de fórmula se suceden, y aparecen organismos y asociaciones contrarias: en los años 70 se crea el International Council of Infant Food (ICIFI) formado por compañías de la industria de leches artificiales y, contraria a éste, organizaciones como INFAC (Infant Formula Action Coalition) en Canadá o IBFAN (International Baby Food Action Network).

Con esta situación y tras la 31ª Asamblea WHO - UNICEF sobre Alimentación Infantil y del Lactante, OMS/UNICEF establece el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en 1981 (ANEXO 1) que fue modificado en distintas Asambleas de la WHO para completarlo, mejorarlo y dar especificaciones acerca de las pautas a los gobiernos (AEP, 2015).

IBFAN (270 grupos de más de 160 países actualmente) participó en la elaboración del Código. Trabaja a nivel internacional para la reducción de la morbi-mortalidad infantil desde 1979 como objetivo genérico, y en la actualidad vela por el cumplimiento del Código además de perseguir nuevos objetivos de lactancia como es el GLOBAL BREASTFEEDING INITIATIVE FOR CHILD SURVIVAL – GBICS 2013-2017 (IBFAN, 2015). De IBFAN nació Baby Milk Action para la denuncia de las transgresiones al Código y que cuenta con una publicación bianual llamada “Breaking the rules”(Baby Milk Action, 2016).

La creación del Código sólo implicaba un deber ético por lo que los gobiernos debían poner en marcha medidas políticas que avalaran su cumplimiento, con la intención de que las madres y familias tomaran una decisión informada sobre la alimentación de sus hijos, sin la influencia, a veces feroz, de la publicidad. La adopción de las medidas legislativas basadas en el Código es supervisada también por IBFAN, persiguiendo no imponer la LM, sino regular las prácticas comerciales, e insta a los gobiernos a la vigilancia y control de las mismas (Landa & Paricio, 2008). Sin embargo, Europa tardó diez años en publicar una Directiva de la Comisión de la CEE 91/321 (Diario Oficial de las Comunidades Europeas de 4 de Julio de 1991) que recogía la mayor parte de las propuestas del Código.

En 1989 la OMS/UNICEF emite un comunicado a los gobiernos: “Protección, promoción y apoyo a la Lactancia Natural. La función de los servicios de Maternidad”, basado en la iniciativa del Hospital Universitario de San Diego, California, que habida cuenta del descenso espectacular en las tasas de LM, había puesto en marcha medidas asistenciales y de formación con muy buenos resultados (IHAN, 2011). El comunicado, con un decálogo de 10 pasos, fue base para la futura “Baby Friendly Hospital Initiative” (BFHI). La BFHI promueve una atención de la máxima calidad en la asistencia al parto, nacimiento, lactancia y alimentación del niño pequeño. El objetivo de la BFHI son los/las profesionales, de quienes se espera que, basados en los conocimientos científicos más actuales, sean capaces de ofrecer a las mujeres información y apoyo de forma que puedan tomar con libertad las decisiones que estimen más convenientes. En todos los países que han puesto en marcha esta estrategia ha mejorado la calidad asistencial, la satisfacción de usuarias y de profesionales, y la prevalencia y la duración

de la lactancia materna, y como consecuencia, la salud de las mujeres y los RN. Mientras que algunos países tienen más del 90 % de sus hospitales maternos acreditados, otros no llegan al 2%. Muchos países han aumentado la tasa de implantación de la IHAN cuando sus gobiernos han respaldado y aportado recursos para la puesta en marcha de la Iniciativa (IHAN, 2011) por lo que habría que plantear modificaciones y/o adaptaciones de las recomendaciones en cada país (Krawinkel, 2011).

La Declaración de Innocenti en 1990 tuvo lugar en el Spedale degli Innocenti, Florencia, Italia. Fue producida y adoptada por todos los participantes en la reunión de la OMS/UNICEF sobre Lactancia Materna y co-patrocinada por la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (A.I.D.). La actualización y revisión en 2005 coincidió con el décimo quinto Aniversario “Celebrando Innocenti 1990-2005: logros, retos e imperativos futuros”. Bajo la premisa de que una mejor práctica de la lactancia materna por sí sola ayudaría a salvar las vidas de más de 3.500 niños y niñas por día, más que cualquier otra intervención preventiva, se insta nuevamente a los gobiernos, entre otras recomendaciones, a (UNICEF, 2005):

- Establecer organismos que supervisen y fortalezcan las indicaciones sobre alimentación infantil creadas por la OMS.
- Adoptar una legislación que proteja la maternidad para facilitar la LM a las madres trabajadoras de todos los sectores durante los 6 primeros meses.
- Identificar y asignar los suficientes recursos para aplicar en su totalidad las acciones requeridas por la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, entre otras recomendaciones.

A partir de entonces, los documentos elaborados por la OMS/UNICEF han tenido base en el Código y en la Declaración de Innocenti, como la “Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño”, de 2003 y en 2009 elabora una herramienta de puesta en marcha de dicha estrategia: “Alimentación del lactante y el niño pequeño: Herramientas y materiales” pretendiendo con ella aumentar la cobertura y la efectividad de las intervenciones (WHO, 2009a). Los resultados de la implementación de la Estrategia la avalan como efectiva (Lutter & Morrow, 2013).

Fruto de los datos observados tras toda la evolución de la normativa descrita, en 2012 la resolución 65.6 de la Asamblea de la OMS ratificó un “Plan de ejecución global sobre nutrición materna e infantil” con 6 objetivos de nutrición para 2025, entre los que se encuentra incrementar a un 50% la tasa de lactancia materna exclusiva a los 6 meses de edad partiendo

del dato global de esta tasa del 38% aproximadamente. En este documento, se exponen las medidas políticas a seguir para la consecución de dicho objetivo (WHO, 2012):

- Proporcionar medidas de apoyo a la LM a los centros sanitarios, incluyendo la revitalización, institucionalización y apoyo a la IHAN.
- Proporcionar estrategias basadas en la comunidad para apoyar la LM exclusiva, incluida la implementación de campañas de comunicación adaptadas al contexto local.
- Limitar la publicidad agresiva e inapropiada de la leche de fórmula, aumentando la vigilancia del cumplimiento del Código de comercialización de sucedáneos de leche materna y las leyes asociadas.
- Empoderar a las mujeres para que puedan amamantar exclusivamente 6 meses a sus hijos a través de políticas que avalen el permiso maternal remunerado durante este período, así como medidas políticas que las apoyen a amamantar en sus lugares de trabajo y lugares públicos.
- Invertir en la formación y protección, promoción y apoyo de la LM.

El punto de partida para alcanzar estos objetivos, son los datos publicados por la OMS (WHO, 2015), que indican que a pesar de los esfuerzos normativos y políticos aún queda un largo camino por recorrer hasta conseguir las tasas de prevalencia óptimas. La tabla 2, aporta la comparativa entre distintos países basada en dichos datos:

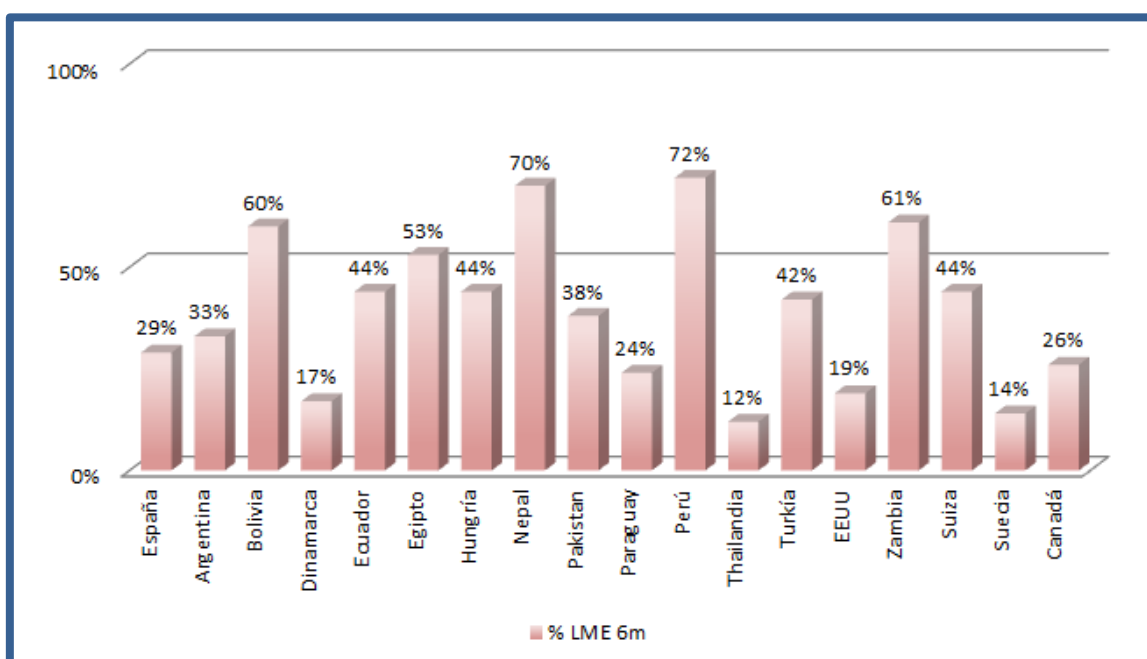


Tabla 2. Datos estadísticos LME a los 6 meses 2014 (WHO)

Evolución normativa y situación en España

España, como país miembro de la OMS, debe acogerse a la normativa expuesta en los pilares fundamentales del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna de 2005 y la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (2003) ya que los países que han desarrollado políticas y medidas de apoyo y seguimiento a las pautas de la OMS han conseguido mejores resultados (Lutter & Morrow, 2013)

En la actualidad España sigue muy por debajo de las cifras deseables de lactancia para la OMS (50% de niños con LM exclusiva en los 6 primeros meses). No avanzamos a buen paso pese a los medios que se están invirtiendo: según la Encuesta Nacional de Salud del Instituto Nacional de Estadística las cifras de lactancia materna completa a los 6 meses han pasado de un 25% en 2006 a un 29% en 2012. De mantenerse el ritmo actual tardaríamos algo más de 100 años en llegar al objetivo OMS (Paricio, 2015b) (Tabla 3).

Clase social	6 semanas			3 meses			6 meses		
	Natural	Mixta	Artificial	Natural	Mixta	Artificial	Natural	Mixta	Artificial
I	68,9	8,1	23,0	59,6	15,0	25,4	32,4	19,0	48,6
II	70,8	6,8	22,4	58,4	14,3	27,4	25,1	26,0	48,8
III	58,7	7,4	34,0	44,3	15,7	40,0	24,6	18,1	57,3
IV	70,3	5,2	24,6	52,9	14,2	32,9	28,3	15,7	56,0
V	64,9	5,8	29,4	53,8	10,0	36,1	27,5	17,5	55,0
VI	69,0	4,2	26,8	55,4	11,5	33,2	35,7	18,6	45,8
Global	66,2	6,2	27,6	53,6	13,0	33,5	28,5	18,4	53,1

Tabla 3. Tipo de lactancia según clase social basada en la ocupación de la persona de referencia. 2011-2012 (% población de 6 meses a 4 años)(Instituto Nacional de Estadística[INE], 2012)

Nota: Clasificación de niveles socioeconómicos de la Sociedad Española de Epidemiología:

- I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales asociados/as a licenciaturas universitarias
- II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales con diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas
- III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia
- IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas
- V. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semicualificados/as
- VI. Trabajadores/as no cualificados/as

IHAN es la sección española del proyecto internacional –BFHI–. Las siglas IHAN, inicialmente representaban el acrónimo de “Iniciativa Hospital Amigo de los Niños” (actualmente Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia). Los objetivos de esta organización en España, basados en el objetivo genérico de BFHI descrito anteriormente son:

- Permitir a las madres una elección informada de cómo alimentar a sus recién nacidos.
- Apoyar el inicio precoz de la lactancia materna.
- Promover la lactancia materna exclusiva los primeros seis meses.
- Asegurar el cese de donaciones o ventas a bajo coste de leches adaptadas a los hospitales.
- Añadir otros aspectos de atención a la madre y al niño en posteriores estadios.

Los datos de acreditación de centros sanitarios de IHAN en 2015 dan idea del esfuerzo que se está realizando en materia de lactancia materna y salud pero también de que aún queda mucho camino por recorrer para alcanzar datos alentadores: actualmente hay 16 hospitales acreditados, y 70 hospitales y 81 centros de salud en distintas fases de acreditación (IHAN, 2015).

Algunos planteamientos sobre la situación son los siguientes(Paricio, 2015b):

- Alrededor de la mitad de los pediatras españoles no ven como problema estas bajas tasas según el Global Breastfeeding Study 2012.
- Hay enormes barreras socio-laborales por una legislación y una organización de los tiempos de trabajo que no favorecen la posibilidad de que las mujeres puedan amamantar con tranquilidad ni el tiempo que desean.

En cuanto este entorno socio-laboral, uno de los grandes obstáculos en España es la lentitud de implementación de políticas que protejan la maternidad y la lactancia. Se ha reconocido con medidas políticas la necesidad de apoyar a la madre lactante trabajadora, ya desde 1900 con la “Ley Dato” (Ley de Accidentes de Trabajo de 30 de enero), que especifica:

Las mujeres que tengan hijos en el período de la lactancia tendrán una hora al día, dentro de las del trabajo, para dar el pecho a sus hijos. Esta hora se dividirá en dos períodos de treinta minutos, aprovechables, uno en el trabajo de la mañana, y otro, en el de la tarde. Estas medias horas serán aprovechables por las madres cuando lo juzguen conveniente, sin más trámite que participar al director de los trabajos, y al entrar en ellos, la hora que hubieren escogido.

No será de manera alguna descontable, para el efecto de cobro de jornales, la hora destinada a la lactancia (...) (art. 9).

El precepto jurídico regulador del permiso de lactancia se reprodujo posteriormente en distintas normas: el RD de 21 de agosto de 1923, la Ley de Contrato de Trabajo de 1944, el Decreto de 20 agosto de 1970 y la Ley de Relaciones Laborales de 1976. Tras la Constitución Española de 1978, el Estatuto de los Trabajadores (1980) seguía reconociendo el derecho de la mujer lactante trabajadora de manera similar pero sólo durante 9 meses, en contraposición a la normativa de la OMS, que recomienda la LM hasta los 2 años de edad (Argüeso & De Jesús, 2014).

A partir de entonces, las modificaciones sobre el permiso de lactancia fueron encaminadas a la protección del menor en cuanto a la cobertura de su necesidad de alimentación, a la protección de los derechos de las madres trabajadoras y a la igualdad, aunque se traducen en no demasiados beneficios enfocados directamente a la LM y a la normativa mundial. Las modificaciones legislativas que influyen de una u otra manera en las condiciones que tienen las mujeres trabajadoras para mantener la LM, fueron las que se resumen en la tabla 4:

Ley	Modificaciones
Ley 3/1989, de 3 de marzo.	Se amplía a dieciséis semanas el permiso de maternidad y se establecen medidas para favorecer la igualdad de trato en el trabajo.
Ley 39/1999, de 5 de noviembre.	Conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras.
Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo.	Igualdad efectiva de mujeres y hombres.
Real Decreto-ley 3/2012, de 10 de febrero.	De medidas Urgentes para la reforma del mercado laboral. El permiso de lactancia se configura como un derecho neutro, dirigido tanto a hombres como a mujeres y centra su finalidad en la atención y el cuidado de la menor o el menor de escasa edad y no en la lactancia natural o artificial. Los convenios colectivos para que establezcan criterios para la concreción horaria en el ejercicio de este derecho.

Tabla 4. Resumen de las modificaciones legislativas en cuanto al permiso de lactancia en España.

Por otro lado, la legislación en cuanto al apoyo al Código de Comercialización de sucedáneos de leche materna, hace alusión solamente a una parte del mismo: RD 14247/1982 de 18 de junio y RD 490/1998 de 27 de marzo.

Posteriormente, la Directiva de la Comisión de la CEE 91/321 de 1991, que recogía la mayor parte de las propuestas del Código, fue adoptada al año siguiente en España como Real Decreto (RD) 1408/1992, de 20 de noviembre. El RD 1907/1996, articula el procedimiento de control de la transparencia y veracidad de la información y publicidad sanitaria de estos productos con finalidad sanitaria y capacidad sancionadora (Aguayo, Riaño, & Arena, 2008). Más recientemente el RD 72/1998, de 23 de enero, aprobó la resolución específica de los Preparados para Lactantes y de Continuación, que fue derogado por el RD 867/2008, de 23 de mayo (IHAN, 2011).

- Muchas mujeres se sienten a disgusto con las dificultades que experimentan para ejercer su decisión de amamantar, tanto desde el punto de vista social como en el trato con los profesionales sanitarios. Como dato alentador que ayuda a paliar estos puntos y muestra el desarrollo iniciado, durante los últimos años han ido surgiendo grupos de apoyo a la lactancia materna y movimientos dentro del ámbito sanitario y social que tratan poco a poco de involucrar a los profesionales y a la sociedad en la promoción de la lactancia materna (IHAN, 2015; La Liga de la Leche, 2015; Pallás, 2006).

FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN LA INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LA LM.

Tradicionalmente la LM es considerada como natural y esto afecta a la percepción las nuevas madres y su entorno sobre la misma. Esta construcción tiende a pasar por alto que la lactancia materna no sólo depende de factores biológicos, sino también de factores sociales y culturales. Para describir las experiencias de las madres en LM y sus fluctuaciones cuantitativas, por lo tanto, es necesario verla en este contexto (Larsen & Kronborg, 2013).

Como se ha visto hasta ahora, las tasas de LM no son adecuadas y conseguir una mayor incidencia y prevalencia, traería beneficios adicionales no sólo en salud del recién nacido o el lactante, sino en cuanto a objetivos de salud generales a nivel mundial como son evitar el retraso en el crecimiento, la anemia en mujeres en edad reproductiva, el bajo peso al nacer o el sobrepeso infantil.

Atendiendo a un concepto global, hay diversos factores que contribuyen a estas bajas tasas de LME según la OMS (WHO, 2012).

1. Las creencias sociales que favorecen la lactancia mixta (por ejemplo, que los niños necesitan otros líquidos o alimentos antes de los 6 meses porque la leche materna por sí sola no es adecuada o suficiente).
2. Las políticas y prácticas hospitalarias que no apoyan la LME.
3. Falta de apoyo especializado adecuado (sanitario y en la comunidad).
4. Publicidad agresiva de fórmulas infantiles, leche en polvo y otros sustitutos de la leche materna.
5. Una inadecuada legislación en cuanto al permiso de maternidad y las condiciones en el trabajo que puedan apoyar la posibilidad de que una mujer continúe dando LM cuando regresa al trabajo tras la baja por maternidad.
6. La falta de conocimientos sobre los peligros de no dar LME y de las técnicas adecuadas de lactancia materna por parte de las mujeres, sus parejas, las familias, el personal sanitario y los políticos.

Factores asociados a la incidencia

Las mujeres toman la decisión de dar o no LM antes del embarazo o, como tarde, en el primer trimestre del mismo (Henderson & Redshaw, 2011; Oosterhoff, Hutter, & Haisma, 2014). Esta toma de decisión depende de la motivación, y su éxito de la autoconfianza para efectuar el proceso, y en gran medida, del asesoramiento e información que reciba durante el embarazo y sobre todo en el puerperio inmediato.

La decisión suele ser firme hasta que la madre se encuentra con inconvenientes como el gran tiempo y dedicación que esta actividad le demanda, el cansancio muscular de la espalda, la falta de un sueño nocturno continuo, la entrega absoluta y la negación de sus propias necesidades. Enfrentada a la difícil realidad, debe conseguir razones para continuar el proceso de amamantamiento. Inicia entonces un proceso, consciente e inconsciente, de empoderamiento hacia el acto de lactar y valiéndose de las repercusiones visibles de la lactancia en el hijo, llega a “producir” una decisión que desemboca de manera efectiva en la LM (F. Hernández, López del Castillo, López del Castillo, & Marzo, 1997). El proceso y los factores asociados aparecen en la ilustración 1.

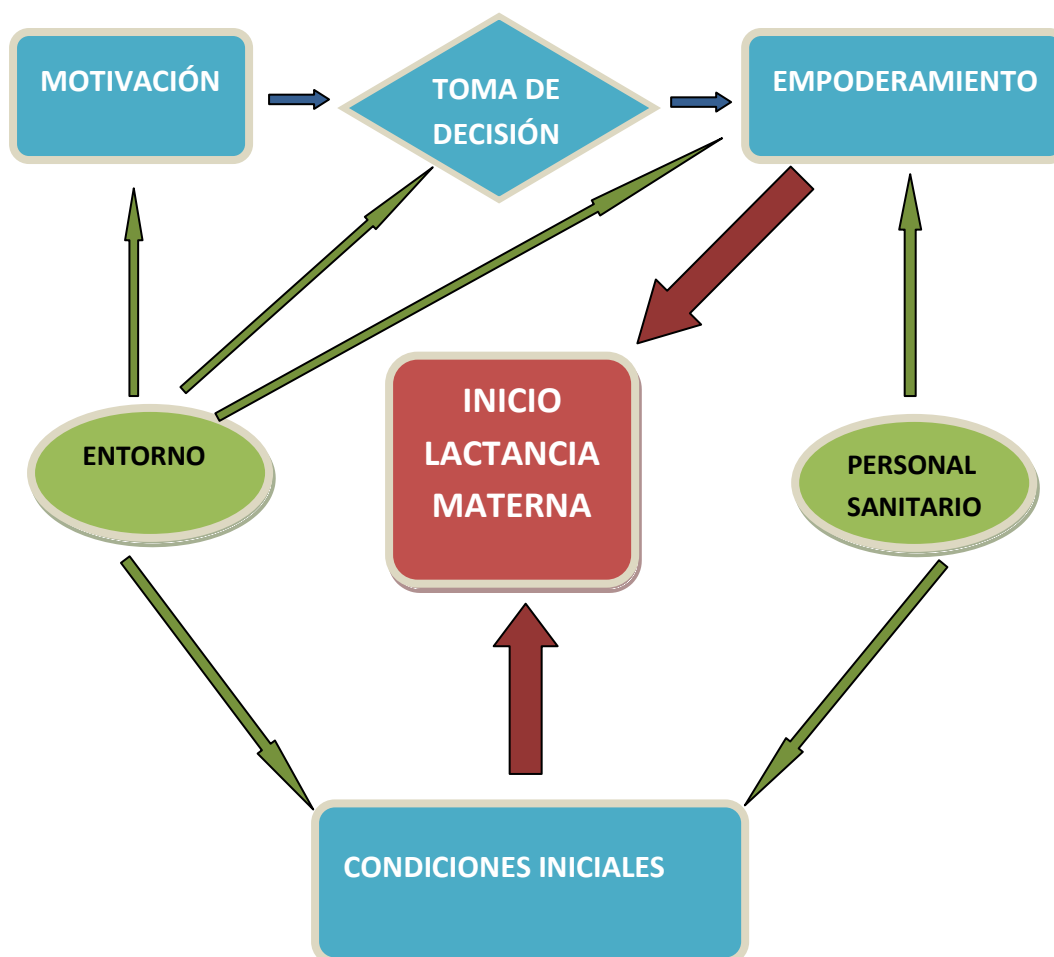


ILUSTRACIÓN 1. PROCESO PSICOSOCIAL DE INICIO DE LA LM

Los tres primeros días postparto son cruciales para tomar la decisión de continuar lactando, y si en estos días hay apoyo del personal de salud, se facilita el pleno establecimiento de la lactancia (Vásquez, Romero, & Rivas, 2012).

En adolescentes y mujeres jóvenes la poca preparación e información en LM y la edad temprana determinan un abandono precoz de la lactancia materna (primeros días), pero también son factores negativos a la hora de la toma de decisión, afectando por lo tanto a la incidencia de la misma. Los mitos, sin embargo, afectan a la prevalencia pero no a la incidencia (Falcón, Llorca, Pérez, Ortiz, & Serra, 2009; Iglesias, 2008).

En EEUU, país donde hay el mayor número de madres adolescentes y con las menores tasas generales de LM, algunos estudios apuntan a que las razones de la baja incidencia de LM entre ellas tienen las mismas razones socioculturales que en el resto de mujeres de otras edades, es decir, mujeres sin pareja, con bajo nivel socioeconómico, fumadoras, y que no

asisten a controles de salud prenatales. También la raza negra parece ser un factor asociado a la menor tasa de inicio de LM en este país, así como el escaso apoyo de la red social de la madre. La diferencia podría radicar en la generalización (cuantitativamente) y el grado de afectación probable de estos problemas sobre las adolescentes, dado que pueden percibir la LM como causa del aislamiento de su mundo (Apostolakis-Kyrus, Valentine, & DeFranco, 2013; Kanhadilok & McGrath, 2015). Es importante también que el contacto previo con la LM a nivel sociocultural en estos casos es menor (Apostolakis-Kyrus et al., 2013).

El impulso primordial para tomar la decisión de lactar en las mujeres adolescentes es el beneficio en salud para sus hijos. Esto y el hecho del mayor impacto de los factores negativos para iniciar la LM hacen que necesiten de manera considerable más apoyo e información sanitaria y de su red social, teniendo en cuenta que la interpretación y el manejo de este apoyo e información dependerá de su madurez y de la manera en que se les presente. Un obstáculo importante es la mayor barrera cultural relacionada con mostrar el pecho en público, dado que para ellas tiene un significado primordialmente sexual en esta época de la vida (Kanhadilok & McGrath, 2015).

Dado que las adolescentes suelen estar en período de formación escolar o académica podría pensarse que el nivel cultural no es determinante en la toma de decisión y el inicio de la LM pero no es así. El nivel académico alcanzado, así como el nivel cultural del entorno, especialmente de la pareja, influyen en la motivación y el manejo de la información y, por lo tanto, es conveniente la implicación de la red social en las actuaciones sanitarias promoción pre y post natal (Iglesias, 2008).

Como ocurre en el caso de las adolescentes, en la mujer adulta, la decisión se toma fundamentalmente bajo la motivación que produce el conocimiento de la relación nutrición-salud para el hijo, fruto directo también de la información y refuerzo positivo del entorno y el personal sanitario. El cómo se presente la información, en el caso de las mujeres adultas, puede modificar la interpretación de algunas circunstancias comunes, causa del abandono de los primeros días, como el dolor percibido al inicio de la lactancia. Por lo tanto, una misma circunstancia, como el dolor, puede desembocar en abandono de la LM o no, dependiendo de la adecuación de la transmisión de los conocimientos relacionados con el problema por parte del personal sanitario y de la red social (J. Machado & Rauber, 2013). Esto podría extrapolarse a otras circunstancias percibidas por las mujeres como la falsa hipogalactia (Reverté, Aguirre, Álvarez, Barcos, & Millán, 2015) y refuerza la necesidad de normativa y formación adecuada del personal en los centros sanitarios (IHAN, 2011). Es importante reseñar que el

apoyo, no sólo del personal sanitario, sino de las políticas de cuidados de las instituciones y el contacto con los grupos de apoyo, mejoran notablemente la incidencia y también la prevalencia pero para ello deben darse antes y después del nacimiento del niño (Esparza & García, 2009).

Según Mortazavi et al., otros factores obstétricos relacionados con una menor tasa de inicio podrían ser el tipo de parto y otros procedimientos relacionados (cesárea, instrumentalizado, epidural, oxitocina), aunque otros autores no lo comparten (Reverté et al., 2015). En todo caso, el apoyo constante en los problemas de lactancia derivados puede contrarrestar el impacto obstétrico y el estado psicológico y anímico posterior de la madre (Mortazavi et al., 2015). Esto reforzaría la teoría de que las bajas tasas de incidencia se pueden achacar a fallos institucionales en el fomento de la LM en ausencia de factores personales o sociales que justifiquen los problemas en el inicio del amamantamiento en el hospital (Boccolini, De Carvalho, De Oliveira, & Vasconcellos, 2011). Incluso un ingreso más largo, con apoyo adecuado y constante, pueda paliar el efecto de algunas complicaciones obstétricas (Suzuki, Hirohata, Uriu, Hutago, & Murakami, 2013). Las medidas más importantes a realizar en los centros sanitarios son: la educación prenatal, la información hospitalaria previa y posterior al parto, el contacto precoz y “piel con piel” y la ayuda precoz con las dificultades por parte del personal de enfermería que podrían incluso doblar la incidencia (Villanueva, Alvarez, & Peña, 2008).

En esta misma línea, no sólo es importante el contenido sino la manera de dar la información tanto sanitaria como del entorno cercano, ya que también puede tener un impacto negativo en la madre aumentando la inseguridad en su capacidad de alimentación del recién nacido e incluso produciendo miedo, mermando el empoderamiento que lleva a iniciar y superar los obstáculos de los primeros días (Oosterhoff et al., 2014). En estas circunstancias y otras, con o sin dificultades añadidas, la importancia de la familia como núcleo de apoyo es mayor que el ofertado fuera del núcleo social. Tanto es así que el buen curso de la LM puede depender en mayor o menor medida de las experiencias previas de la red social cercana (Da Silva et al., 2012) pero si ésta no tiene experiencias previas o se da información contraria a la ofertada por el personal sanitario, por ejemplo, podría darse un conflicto para la madre, aunque el entorno social sigue siendo muy importante y no sustituible (Oosterhoff et al., 2014).

Si las mujeres no tienen experiencia previa en LM se apoyan en la familia y el entorno cercano tanto en la toma de decisión como en el empoderamiento, lo que tiene efecto sobre la

tasa de inicio de la LM y, si ya tienen experiencia, mejorará la prevalencia (Mortazavi et al., 2015).

Un aspecto importante en la prevalencia, aunque no tanto en la incidencia es el laboral. Para la toma de decisión, es decir, para la intención previa de amamantar, no es importante la situación en activo o el tipo de actividad realizada (Da Silva et al., 2012; Reverté et al., 2015).

Factores asociados a la prevalencia

En general los estudios de investigación sobre los factores relacionados con la prevalencia de la LM no son homogéneos por lo que los datos arrojados, con frecuencia son discrepantes entre sí (Osorio & Botero, 2012). Incluso en los estudios cualitativos las propias mujeres no tienen clara una justificación clara y expresa del abandono precoz de la lactancia materna o expresan multicausalidad (Larsen & Kronborg, 2013)

El concepto de “abandono precoz de la LM” es determinante para ahondar en el tema de la prevalencia en LM y debe argumentarse, con base en tres pilares(Rius et al., 2014).

a) No se alcanzan las recomendaciones de organismos nacionales e internacionales que aconsejan una LME hasta los 6 meses de vida del lactante.

b) Tampoco se cumplen las recomendaciones de expertos, que consideran como objetivos adecuados que un 75% la inicien y que un 50 y 25% estén lactando a los 6 y 12 meses tras el parto respectivamente, así que podría considerarse que en una población se abandona precozmente la LM cuando, a los 3 y 6 meses tras el parto, quedan menos del 75 y del 50% de madres lactando.

c) Que las expectativas maternas sobre la duración de sus lactancias no se cumplen suficientemente.

Una vez que las mujeres son dadas de alta y han superado los problemas de los primeros días (dolor, grietas en los pezones, ingurgitación) ya han iniciado la fase de empoderamiento, pero se enfrentan a otros problemas que están más relacionados aún, si cabe, con el entorno psicosocial, cultural y sanitario directa o indirectamente.

Hay un primer período con alta probabilidad de abandono, entre las 6 y 8 primeras semanas (C. Brown, Dodds, Legge, Bryanton, & Semenic, 2014) aunque los márgenes de este tramo de tiempo depende de los autores. Las principales causas de abandono en el mismo son:

- La hipogalactia percibida como falta de leche o llanto persistente interpretado como hambre relacionada comúnmente con la falta de información y conocimientos de la madre y reforzada por los comentarios del entorno cercano o, en caso de la hipogalactia verdadera, de las prácticas hospitalarias contrarias a la LM, ya que las causas anatómico-fisiológicas sólo están presentes en el 5% aproximadamente (Mathur & Dhingra, 2014; Oliver, Torras, & Martínez, 2003; Palau, Vega, Elvira, & Rivero, 2015; P. Ruiz & Martínez, 2014; Sacristán, Lozano, & Gil, 2011)
- La “experiencia dura” o el cansancio (Beth et al., 2010; C. Brown et al., 2014). El impacto de este factor puede ser mayor si hay problemas de género en la toma de conciencia social y de pareja de la recuperación postparto, el ajuste emocional, las dificultades de afrontamiento del nuevo rol y las diferencias laborales (Oliver et al., 2003).

La hipogalactia es el factor de abandono precoz más importante en la mayoría de los estudios. Esto va en la misma línea de la aplicabilidad del diagnóstico de lactancia materna ineficaz (diagnóstico 00104 NANDA 2012/2014) en el 93,5% de los casos(Alfonso et al., 2011).

Las mujeres que abandonan la LM de manera precoz reconocen no estar preparadas para afrontar los problemas. La causa puede ser falta de conocimientos, de apoyo, de madurez o de otra índole, pero suele ser una decisión dolorosa porque ya que implica la no capacidad para satisfacer la necesidad de nutrición del hijo por sí solas. Las dificultades las llevan a la sensación de fracaso desde la propia estancia hospitalaria en algunas ocasiones y dificultan el empoderamiento que deriva en la prevalencia del amamantamiento (Larsen & Kronborg, 2013).

En el momento de tomar la decisión de abandonar la LM (siempre por creer que es lo mejor para su hijo) echan de menos la escucha y que se les pregunte por sus sentimientos. Perciben que sus parejas a menudo se ven sorprendidos por las implicaciones derivadas de la LM y necesitan el apoyo sin cuestionamientos(Larsen & Kronborg, 2013). La pareja no está relacionada con el abandono directo de la LM, pero sí lo está su apoyo con la continuación de la misma, así como el hecho en sí de la presencia de una pareja estable(Beth et al., 2010) y el permiso paternal (Daly, Pollard, Phillips, & Binns, 2014).

En relación con la toma de decisión inicial, la duración de la LM es claramente menor que las expectativas previas de la mujeres que la tomaron(Oliver et al., 2003).

Otros problemas, además de la hipogalactia percibida, disminuyen la confianza de las mujeres o las llevan a ésta (Mathur & Dhingra, 2014):

- Pezones doloridos y otros problemas en los pezones.
- Ingurgitación
- Mastitis

Y las prácticas hospitalarias correspondientes implicadas en este proceso que lleva a la hipogalactia (Oliver et al., 2003; Suárez, Alonso, López, Martín, & Martínez, 2001):

- Introducción de fórmula
- Chupetes y tetinas (difícil abordaje es el de su evitación por la aceptación social que tienen).
- Horarios rígidos hospitalarios (o inducidos por el consejo del entorno).

Además, al igual que ocurre con la tasa de inicio de LM, los factores obstétricos pueden influir en la prevalencia según algunos autores (M. A. García & Ros, 2010; M. C. M. Machado et al., 2014; Sacristán et al., 2011), aunque otros discrepan (Nursan, Dilek, & Sevin, 2014; Palau et al., 2015).

A causa de la situación descrita, el apoyo sanitario durante el primer período tras el alta es de gran utilidad y debe contar con medidas generales e individuales encaminadas al refuerzo en los casos que más lo requieran (Beth et al., 2010). El personal de Enfermería es el más cercano e idóneo para realizarlo y, dentro de éste, la matrona (Suárez et al., 2001). De ahí que en presencia de dificultades importantes como el ingreso del recién nacido o lactante en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales haya una mayor probabilidad de continuación de LM reforzada por la normativa hospitalaria y el apoyo que se realiza en estas unidades y bajo otras circunstancias de ingreso prolongado (Jones, Kogan, Singh, Dee, & Grummer-Strawn, 2011; Palau et al., 2015). Incluso en condiciones sin grandes dificultades es necesario el apoyo del personal sanitario, con buenos resultados aplicando medidas sencillas, como las llamadas telefónicas de seguimiento durante las primeras semanas (Jones et al., 2011) y que ayudan a paliar las dificultades emocionales como la percepción de “experiencia dura” o cansancio que, como se ha visto, es causa de abandono precoz por disminuir el empoderamiento y porque actúa disminuyendo los niveles de secreción de oxitocina (Cardenas, Montes, Varon, Arenas, & Reina, 2010).

Pero la influencia de la intervención del personal sanitario no siempre es positiva si no se cuenta con formación, reciclaje de conocimientos y medicina basada en la evidencia, como

muestra el estudio de Sacristán et al. en que se encuentra un 20% de abandono de la LM por el consejo sanitario, seguramente basado en las gráficas de crecimiento de los lactantes ya obsoletas, que no hacían distinción entre las curvas de los niños alimentados con las distintas opciones (LME, fórmula, LM predominante...), según el autor. Además, las mujeres lactantes con dificultades, bajo estrés emocional y personal, buscan la certidumbre de la fórmula (Rius et al., 2014). Los padres y en muchas ocasiones los pediatras, esperan que el niño gane peso de una forma casi programada, en cuanto el niño se desvía lo más mínimo de lo que supuestamente se espera de él, se sacrifica la lactancia materna y se introducen los sucedáneos, sin sopesar las consecuencias futuras de estas decisiones poco justificadas y que se podría resolver identificando cuál es el problema existente, si es que lo hay, en relación con la lactancia y orientando a la madre sobre cómo debe ser el manejo para mejorar la situación. En cuanto a los casos de necesidad de medicación por parte de la madre, el manejo habitual había consistido hasta hace poco en la supresión de la lactancia por miedo a los efectos sobre el lactante. Por una política probablemente proteccionista y más relacionada con intereses legales que sanitarios, casi todas las medicaciones incluyen en su prospecto o en el vademécum contraindicaciones en relación con la madre lactante, sin embargo la realidad es bien diferente y únicamente unas pocas medicaciones no son compatibles con el amamantamiento. En todo caso, la solución frente a la necesidad de ciertos medicamentos sería que se buscara una alternativa terapéutica para la madre que fuera compatible con la lactancia materna. En este punto se debe concienciar e informar a muchos profesionales que atienden a adultos y que en cuanto indican una medicación a la madre consideran que se debe retirar la lactancia sin sopesar las consecuencias que puede tener para el niño y para la madre ya que es otro factor que pone su grano de arena en la supresión innecesaria de la LM y por lo tanto, disminuye su prevalencia (Pallás, 2006). Actualmente se cuenta con un registro fiable de consulta de medicamentos y su compatibilidad con la LM creada por Jose M^a Paricio Talayero, pediatra español de reconocido prestigio y cuya página web es consultada a nivel internacional (Paricio, 2015a).

Es importante el hecho de que el apoyo sanitario ofrecido una vez que las mujeres lo buscan no es tan eficaz como el que se oferta desde antes del nacimiento de manera programada, pero no ocurre así con el acceso a las consultoras de lactancia y los grupos de apoyo (C. Brown et al., 2014). Aunque no hay consenso en cuanto a los resultados obtenidos por distintos investigadores respecto a la influencia positiva o neutra de las clases prenatales de formación, últimamente se tiende a integrar en la educación pre y postnatal a otros miembros de la familia con buenos resultados (Araya & Brenes, 2012).

La familia y el entorno cercano tienen un rol vital en el éxito de la LM especialmente en los casos con dificultades ya que puede ayudar a disminuir el estrés (Beth et al., 2010); las madres son sensibles a las presiones del entorno, que habitualmente no tiene una cultura de la LM establecida (Sacristán et al., 2011). Conocido el impacto de la red social sobre el amamantamiento, incluso se han desarrollado y validado instrumentos que lo miden en las distintas redes de apoyo (Baño, Canteras, Carrillo, López, & Martínez, 2015). Si el entorno ejerce influencia pro lactancia ayudan a paliarse aspectos como la escasa aceptación social del esfuerzo, la inversión de tiempo y dedicación y los mitos. Esta influencia positiva proactiva es más común cuando hay experiencias previas en LM, como ocurre en la influencia cultural africana, gitana e hispanoamericana en ciertas zonas demográficas (M. A. García & Ros, 2010). Sin embargo, aunque otros autores definen a la familia en particular más como fuente de conocimientos en LM que como estímulo (Palau et al., 2015), al tratarse de un estudio descriptivo no muestra causalidad.

La influencia social es tan firme, que en ocasiones, y en ausencia de falta de conocimientos generales de LM, promueven un cambio de prioridades como es el caso del motivo de abandono por estética y por miedo del abandono de la pareja (sexualidad) fuera del contexto de la adolescencia y que precisan de promoción no sólo sanitaria sino basada en roles y autoestima, que contrarreste los factores culturales que llevan a las mujeres a pensar que la LM es una costumbre en desuso o pasada de moda, en algunas poblaciones (Romero, García, & Góngora, 2014).

Otros factores condicionantes no han contado con consenso en el resultado de distintos estudios de investigación en prevalencia como: edad, nivel cultural, estatus social o multiparidad. Por el contrario, el consumo de tabaco sí aparece relacionado con la baja prevalencia en los trabajos de investigación que lo han considerado como factor a estudio, por el conocimiento del paso de sustancias nociva a través de la leche materna, por estar mal visto socialmente en la mujer lactante y porque el aumento de dopamina tiene como consecuencia la bajada de la secreción de prolactina, por lo que disminuye la producción de leche. (Drennan, 2013; P. Ruiz & Martínez, 2014; Sacristán et al., 2011).

Un caso particular, al igual que se tuvo en cuenta al hablar de la incidencia de LM, es el las madres adolescentes, que cuentan con tasas de prevalencia menores con el abandono prematuro como causa, por un lado por las circunstancias obstétricas y pediátricas asociadas, por las condiciones sociales frecuentes como ausencia de pareja estable o menor control

sanitario y por causas asociadas al desarrollo evolutivo: la tendencia a priorizar sus necesidades a las del niño o la baja tolerancia a la frustración (Morillo & Montero, 2010).

El abandono de la LM más tardío, pero igualmente precoz, en comparación con las recomendaciones de OMS/UNICEF, se da principalmente por la incorporación al trabajo tras el permiso de maternidad, momento que es distinto en cada país. Las mujeres que continúan con LM en mayor o menor proporción tras la incorporación al trabajo y, sin tener en cuenta las condiciones laborales, son las que cuentan con un mayor nivel académico y cultural. La mayoría de mujeres no cuentan con un entorno laboral “amigable” con el mantenimiento de la LM, como salas específicas o facilidades en cuanto al tiempo que les toma la extracción durante la jornada. Es decir, que las mujeres que cuentan con flexibilidad de la jornada, instalaciones adecuadas, o mayor tiempo de permiso maternal retribuido continúan más tiempo amamantando a sus hijos (Bai, Fong, & Tarrant, 2015; C. Brown et al., 2014). Si la reincorporación al trabajo se realiza tras las 8-10 semanas desde el nacimiento, las mujeres tienden a pensar que ya han amamantado un tiempo suficiente (Bai et al., 2015).

Dejar al lactante al cuidado de la familia o cuidadora de sexo femenino puede disminuir la prevalencia por discrepancia de opiniones en cuanto a la forma de nutrición adecuada y el mantenimiento de la LM cuando la madre se ha incorporado al mundo laboral (Bai et al., 2015).

En cuanto a los factores de mayor peso que refieren las mujeres para mantener la LM, el concepto de idoneidad y protección es equiparable a que “le gusta al niño” (por lo que las reacciones del niño deben tenerse en cuenta como factor importante) y que a mayor tiempo transcurrido amamantando, mayores conocimientos en LM que sirven de ayuda (Mortensen & Tawia, 2013).

[Panorama actual sobre los métodos de información, formación y apoyo en lactancia materna](#)

La reflexión “A warm chain for breastfeeding” publicada como editorial por The Lancet y reiterada por Pallás en “Promoción de la lactancia materna” para PREVINFAD, argumenta por sí sola la necesidad de promoción desde el punto de vista social:

Si se dispusiera de una nueva vacuna que pudiera prevenir un millón de muertes al año y además fuera barata, segura, se administrara oralmente y no requiriera la cadena del frío, su aplicación pasaría a ser de inmediato un imperativo en salud pública. La lactancia materna puede hacer esto y más, pero requiere su propia “cadena cálida” de apoyo –las madres precisan apoyo para sentirse seguras de que pueden amamantar y necesitan que se les

muestre cómo hacerlo- necesitan que se les proteja de todas las prácticas que ponen en peligro la lactancia. Si esta “cadena cálida” se ha perdido en la cultura o si no existe, entonces deben ser los servicios de salud quienes proporcionen el apoyo (The Lancet, 1994,p.1239).

Para apoyar la decisión de la madre de alimentar con leche materna a su hijo, los profesionales sanitarios deben asumir la responsabilidad de que esa decisión se tome sobre las bases de una información adecuada sobre la lactancia materna y sus ventajas, y así mismo prestar el apoyo necesario para que la lactancia sea una experiencia exitosa (Pallás, 2006), es decir, se necesitan pautas de promoción y seguimiento a nivel sanitario.

La protección, promoción y ayuda a la lactancia es una prioridad de la salud pública. La Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño, adoptada por todos los estados miembros de la OMS en la 55 Asamblea Mundial de la Salud en Mayo de 2002 proporciona una base para las iniciativas de salud que protejan, promuevan y ayuden a la lactancia. La extensa experiencia muestra claramente que la lactancia puede ser protegida, promovida y ayudada solamente a través de acciones concertadas y coordinadas, aunque la decisión de implementar un conjunto de intervenciones necesita considerar posibilidades y coste, además de eficacia y son específicos de cada país y área porque dependen de condiciones económicas, sociales y culturales.

Las intervenciones más eficaces expuestas esquemáticamente son (Comisión Europea, Dirección Público de Salud y Asesoramiento de Riesgos, 2004):

1. Combinar varias estrategias o intervenciones basadas en la evidencia (p.ej. 10 Pasos para una LM eficaz).
2. La efectividad en exclusividad y prevalencia aumenta cuando se incluye la ayuda entre iguales (grupos de apoyo y red social).
3. Las intervenciones que abarcan los períodos pre y postnatal son más efectivas. Ya se ha visto que esta conclusión aparece en estudios relacionados con la prevalencia. Requiere de coordinación entre niveles asistenciales. La acreditación IHAN previa de los centros de asistencia especializada y los de atención primaria pueden facilitar esta intervención.
4. Las intervenciones en el sector de la salud son especialmente eficaces cuando hay un acercamiento combinado, incluyendo la formación del personal (promovida

actualmente por IHAN), la designación de un consultor o consejero de lactancia, disponer de información escrita para el personal y los clientes y el que el bebé comparta habitación con su madre.

5. El impacto de las intervenciones de educación de la salud a las madres sobre la iniciación y la duración de la lactancia es significativo sólo cuando las prácticas habituales son compatibles con lo que se está enseñando.
6. La disposición de información sobre lactancia a los futuros padres o a la nueva madre, sin ninguna, o muy breve, interacción cara a cara (por ejemplo, basada en folletos o ayuda telefónica), es menos eficaz que la disposición de información con contacto directo. La combinación de estas medidas están descritas en las fases de acreditación IHAN de los centros sanitarios.

En la actualidad se está trabajando en estas intervenciones. El gran paso que inició esta promoción sanitaria, como se ha visto en el capítulo 2, se dio ya en 1989 a nivel internacional con la publicación por parte de la OMS/UNICEF de los “10 Pasos para una Lactancia Materna Eficaz”, que derivó en la creación de la BFHI, y que guía con pautas claras la normativa de actuación que deben seguir los centros sanitarios de atención especializada para el fomento de la LM (ANEXO 3) y que quedó respaldada con la publicación de las pruebas científicas que avalaban los 10 pasos (WHO, 1998).

Los centros de Atención Primaria, incorporados más recientemente a la promoción de la LM, pueden ser acreditados también por la IHAN en cuyo caso deben seguir 7 pasos (IHAN, 2015):

1. Disponer de una normativa escrita relativa a la lactancia natural conocida por todo el personal del centro.
2. Capacitar a todo el personal para llevar a cabo esa política.
3. Informar a las embarazadas y a sus familias sobre el amamantamiento y como llevarlo a cabo.
4. Ayudar a las madres al inicio de la lactancia y asegurarse de que son atendidas en las primeras 72 h. tras el alta hospitalaria.

5. Ofrecer apoyo a la madre que amamanta para mantener la lactancia materna exclusiva durante 6 meses, y a continuarla junto con la alimentación complementaria posteriormente.
6. Proporcionar una atmósfera receptiva y de acogida a las madres y familias de los lactantes.
7. Fomentar la colaboración entre los profesionales de la salud y la comunidad a través de los talleres de lactancia y grupos de apoyo locales.

Para llegar a alcanzar la acreditación, la IHAN ha estructurado el proceso de consecución de los pasos a seguir incorporando las intervenciones descritas, tanto en centros hospitalarios como de atención primaria, según el siguiente esquema:

1. Fase 1D – Descubrimiento
2. Fase 2D – Desarrollo
3. Fase 3D – Difusión
4. Fase 4D – Designación
5. Reacreditación

Además, la IHAN se ocupa de la formación y reciclaje en LM de los profesionales sanitarios con base en las pautas de la OMS (La Estrategia Global de Alimentación del Lactante y Niño Pequeño, la Estrategia de Atención al Parto Normal y las Recomendaciones de la Unión Europea sobre Alimentación del Lactante y Niño Pequeño) y que también ha estructurado en un plan específico. Esta formación está dirigida a MIR y EIR y a profesionales asistenciales (IHAN, 2015). Sin embargo, puede afirmarse que la formación de pre-grado en las universidades es insuficiente en general, y más patente en algunas categorías profesionales (médicos) (Comisión Europea, Dirección Público de Salud y Asesoramiento de Riesgos, 2004; Paricio, 2015b).

El Código de comercialización de sucedáneos de leche materna queda reflejado en las intervenciones y, como se ha visto, restringe éticamente la promoción de las fórmulas y otros preparados ya que la tendencia actual no es tanto justificar los beneficios de la LM, como explicar los perjuicios de los sucedáneos.

Las comunidades, las organizaciones femeninas y otras organizaciones no gubernamentales tienen un papel particular que desempeñar en la tarea de conseguir el apoyo que necesitan las embarazadas y las madres de lactantes y niños de corta edad (WHO, 2005).

Los grupos de apoyo a la lactancia materna y movimientos dentro del ámbito sanitario y social, tratan poco a poco de involucrar a los profesionales y a la sociedad en la promoción de la lactancia materna. Estos grupos de apoyo tienen un registro en la página web de la IHAN en España y el acceso de las mujeres se realiza a través de otras madres, promociones a través de organismos como los Ayuntamientos, centros sanitarios y otras organizaciones locales o relacionadas con la maternidad y la lactancia.

Las consultoras certificadas de lactancia materna (IBCLC) y los miembros de los grupos de apoyo reconocidos (p.ej. La Liga de la Leche) ejercen también un papel promotor y de ayuda técnica y cuentan con formación amplia y específica, código deontológico y registro de profesionales en sus páginas web. Mejoran las tasas de LM, la satisfacción y autoconfianza de las madres, y participan en el desarrollo de políticas y programas colaborando con OMS/UNICEF (International Board of Lactation Consultant Examiners[IBLCE], 2015; La Liga de la Leche, 2015).

Últimamente se han incorporado las nuevas tecnologías para acercar la información y apoyo a las madres a través, por ejemplo, del Comité de Lactancia Materna de la AEP que ha lanzado una APP, LACTANCIA MATERNA-AEP, gratuita para dispositivos móviles, con información y noticias actualizadas y fáciles de consultar para padres, profesionales e integrantes de grupos de apoyo y disponible para sistemas iOS (iPhone, iPad) y Android. Otras APP que ayudan actualmente a las madres son LACTAMÁS (Android), que responde a las dudas más frecuentes sobre lactancia y que está orientado a las madres primerizas y NURSING TIMER para el control de la evolución del lactante en determinados casos. Aunque estas y otras APP ayudan a la promoción de la LM en la actualidad, las madres y su entorno deben ser conscientes de sus limitaciones y que nunca deben sustituir la opinión y seguimiento de los expertos cuando se precisa. El reto para los profesionales es explorar el origen y contenido de las recomendaciones que se exponen en ellas y la no violación del Código de Comercialización.

2. ANTECEDENTES EN LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.

Existen diversos estudios de investigación de tipo cualitativo que abordan la relación abuela-madre lactante y su influencia en la LM, aunque no hay una visión integral sobre el significado de las experiencias de las madres lactantes al respecto y hay escasos estudios interpretativos. La falta de visión integral tiene que ver con los grupos de población de características especiales de algunos estudios (primíparas, madres de recién nacidos pretérmino, adolescentes, etc.) (Grassley, 2010; Susin, Giugliani, & Kummer, 2005) o con el

enfoque hacia algún aspecto determinado de la influencia de la abuela (informativo, técnico, emocional y evaluativo).

Las metasíntesis realizadas, a pesar de abarcar temas relacionados con el apoyo o la confianza, no hacen alusiones específicas a la experiencia con las abuelas o se refieren también a grupos especiales de madres, aunque aportan orientación a la investigación en estos puntos a través del conocimiento de ciertas experiencias de LM o las necesidades generales de apoyo (Grassley, 2010; Larsen, Hall, & Aagaard, 2008; McInnes & Chambers, 2008; Schmied, Beake, Sheehan, McCourt, & Dykes, 2009).

Los contenidos de los trabajos de investigación más significativos, en comparación al objetivo y características metodológicas de la investigación de esta tesis, quedan resumidos en la tabla 5. Estos trabajos en ocasiones no están dirigidos específicamente a las abuelas pero enfocan las necesidades de apoyo del entorno expresada por las madres. De ella se puede extraer que hacen contribuciones complementarias pero no holísticas al conocimiento de:

- Mecanismos de influencia e interacción abuela-madre (Berlanga, Pérez, & Vizcaya, 2014; Grassley, 2010) y necesidades de apoyo por parte de la abuela expresadas por las madres (Grassley & Eschiti, 2008).
- Descripción de las experiencias en poblaciones socio-culturalmente distintas a la investigada en la presente tesis (Aubel, Touré, & Diagne, 2004; Susin et al., 2005).
- Confirmación de la abuela como fuente de apoyo (McInnes & Chambers, 2008).
- Aspectos en los que influye la abuela desde el punto de vista técnico: inicio de la LM, destete, aporte de otros líquidos, etc (Aubel et al., 2004; Bezner, Dakishoni, Shumba, Msachi, & Chirwa, 2008), que también están definidos por la investigación cuantitativa (Losa, Rodríguez, & Bengoa-Vallejo, 2013).

Un aspecto importante a tener en cuenta es que los distintos trabajos de investigación no están orientados al punto de vista de la interpretación de la experiencia vivida por las madres lactantes tras el paso del tiempo (asentamiento en la memoria), cuya conveniencia se describe en el apartado de metodología, y que sin embargo sí se ha explorado en las abuelas y ha contribuido al conocimiento de los mitos, valores y creencias transmitidas a la siguiente generación (Argolo, Goncalves, De Gasperi, & Joesting, 2006; Grassley & Eschiti, 2007; Grassley & Eschiti, 2011).

Los estudios previos, ayudan a entender el tipo de rol que ejerce la abuela en la LM y los tipos de interacción específicos, como se explica en el apartado siguiente.

ESTUDIO	AUTORES	POBLACIÓN	TIPO/METODOLOGÍA	CONTENIDO/LIMITACIONES
Shattered expectations: when mothers' confidence in breastfeeding is undermined – a metasynthesis.	Larsen et al.(2008)	-----	Metasíntesis	7 artículos 2000-2006. Sobre la red social sin especificar rol de la abuela.
Supporting breastfeeding mothers: qualitative synthesis	McInnes y Chambers (2008)	-----	Metasíntesis	47 artículos 1990-2007. No focalizado en la abuela ni las experiencias respecto a éstas aunque le otorga la mayor influencia dentro de la familia, por encima de la pareja.
Adolescent Mothers' Breastfeeding Social Support Needs.	Grassley (2010)	-----	Metasíntesis	18 artículos 2000-2009. Sólo madres adolescentes. Se expresa en el contenido la necesidad de apoyo por parte de la abuela. No analiza contenido de la experiencia.
Women's Perceptions and Experiences of Breastfeeding Support: A Metasynthesis.	Schmied et al. (2009)	-----	Metasíntesis	31 artículos 1990-2007. Excluye estudios sobre apoyo familiar. Aporta ideas generales sobre experiencia de apoyo en LM.
Family practices related to breast-feeding maintenance: literature review and meta-synthesis	De Sousa, Fraccolli y Zoboli (2013)	-----	Metasíntesis	14 artículos 1989-2009. Focalizado en las prácticas familiares (no sólo abuelas) que ayudan al mantenimiento de la LM. Ratifica apoyo emocional e informativo de las abuelas.
A systematic review of peer support interventions for breastfeeding	Kaunonen, Hannula y Tarkka (2012)	-----	Revisión sistemática	Incluye 7 estudios cualitativos. Más centrado en estudios cuasi-experimentales. Período 2000-2008. Sólo concluye con la importancia de la influencia de la abuela y los resultados positivos obtenidos en estudios cuasi-experimentales.

Tabla 5 (1). Evaluación comparativa de contenido y metodología de los trabajos de investigación más significativos respecto a los de la presente tesis.

ESTUDIO	AUTORES	POBLACIÓN	TIPO/METODOLOGÍA	CONTENIDO/LIMITACIONES
Senegalese grandmothers promote improved maternal and child nutrition practices: the guardians of tradition are not averse to change	Aubel et al. (2004)	Senegal	F. Descriptiva (entrevista + grupo focal)+ cuantitativa	Investiga influencia técnica. Contexto socio-cultural diferente. Estudio en madre lactantes hasta 12 meses postparto.
Grandmother Breastfeeding Support: What Do Mothers Need and Want?	Grassley y Eschiti (2008)	Texas (U.S.A)	F. Descriptiva. Grupos focales.	Describe lo que las mujeres quieren y necesitan de las abuelas (no interpretación). Centrado en aspectos técnico-informativos. Estudio en madres que hubieran lactado en los últimos 3 años. Memoria autobiográfica y reciente indistintamente.
Influence of grandmothers on infant feeding: what they say to their daughters and grand-daughters	De Medeiros, Pacheco, Oliveira y Beheregaray (2011)	Palmeira das Misoes (Brasil)	F. Descriptiva. Entrevista semiestructurada	Sólo primíparas hasta 29 años de edad. Estudio en madre lactantes hasta 6 meses postparto. Población con contexto socio-cultural muy distinto. Aspectos de apoyo técnico y seguridad/confort.
Breastfeeding as a Specific Value in Women's Lives: The Experiences and Decisions of Breastfeeding Women	Löf-Johanson, Foldevi y Rudebeck (2013)	Suecia	F. Descriptiva mediante entrevista semiestructurada	Analiza la experiencia en LM de tres generaciones pero no la influencia entre ambas de manera específica. Primera generación en plena lactancia (no efecto memoria).
Understanding Maternal Breastfeeding Confidence: A Gadamerian Hermeneutic. Analysis of Women's Stories	Grassley y Nelms (2008)	Texas (U.S.A)	F. Interpretativa de Gadamer	Investigación centrada en el aspecto de la confianza en sí misma. Interpreta influencia sólo en este aspecto. Escasa información sobre abuelas. Estudio en madres que hubieran lactado en los últimos 2 años con hijos 4 meses a 4 años.
Mothers' breastfeeding experiences and implications for professionals	Guyer y Millward, (2012)	Reino Unido	F. Interpretativa	Estudio en madres lactantes en el momento de estudio o último año.

Tabla 5 (2). Evaluación comparativa de contenido y metodología de los trabajos de investigación más significativos respecto a los de la presente tesis.

ESTUDIO	AUTORES	POBLACIÓN	TIPO/METODOLOGÍA	CONTENIDO/LIMITACIONES
Satisfacción en la provisión de redes de apoyo social en grupos de acompañamiento a la maternidad	Berlanga et al. (2014)	Barcelona (España)	Fenomenología interpretativa (entrevista semiestructurada + cuantitativa)	Investiga apoyo social en la maternidad en general. Alusión al apoyo de las abuelas, no exclusivamente en la lactancia. Estudio en madres (lactantes o no) con hijos <1 año.
“We Grandmothers Know Plenty”: Breastfeeding, complementary feeding and the multifaceted role of grandmothers in Malawi.	Bezner et al. (2008)	Malawi	Teoría fundamentada	Centrada en el aspecto del establecimiento de la LM (decisión) desde la abuela como fuente de conocimiento.
Estudio cualitativo sobre la experiencia vivida durante la lactancia materna en un grupo de madres adolescentes orientadas desde la consulta de la matrona	C. Beltrán (2014)	Ciudad Real (España)	Fenomenología interpretativa (entrevista)	Mujeres adolescentes. No centrado de manera exclusiva en la influencia de la abuela. Estudio en madre lactantes en la 1ª semana postparto Tema influencia técnico-informativa.
What Information, Advice, and Support Do Women Want With Breastfeeding?	Graffy y Taylor (2005)	Londres (Reino Unido)	Teoría fundamentada (entrevista en profundidad)/cuantitativa	Estudio en madres lactantes en las 6 primeras semanas postparto. Explora información, consejo y apoyo. No alusiones específicas a las abuelas pero sí a la familia en general.
Modelo de cuidar em enfermagem junto às mulheres-avós e sua família no cotidiano do processo de amamentação	Argolo y Goncalves (2008)	Florianópolis (Brasil)	Interaccionismo simbólico. Entrevista semiestructurada y observación participante	Implementación de proceso específico de interacción en 3 diadas madre-abuela. Período postparto. Orientación hacia la actuación de la enfermera y su interacción con la familia.
Representaciones sociales de mujeres de tres generaciones sobre prácticas de amamantamiento	Moreira, Nascimento, y Paiva (2013)	Itabuna-Bahia (Brasil)	Teoría de las representaciones sociales. Entrevista semiestructurada	Mujeres de 3 generaciones. Estudio de la 3ª generación en madres lactantes. Investiga continuidades y discontinuidades en la transmisión de prácticas y percepciones positivas o negativas.

Tabla 5 (3). Evaluación comparativa de contenido y metodología de los trabajos de investigación más significativos respecto a los de la presente tesis.

3. PAPEL DE LA ABUELA EN LA LM.

LA RELACIÓN PSICOSOCIAL

La relación psicosocial de la madre con la abuela tiene características especiales que hacen que la presencia de madre y suegra en la época de amamantamiento sea especialmente influyente a favor o en contra y no una mera opinión o refuerzo. A diferencia de otros miembros de la familia y el entorno, la abuela cuenta con la tradición de un rol lleno de connotaciones femeninas relacionadas con la reproducción, la experiencia a favor o en contra y la cercanía.

La situación actual es que la tradición del amamantamiento se ha ido perdiendo en la “generación del biberón”, en la que la mayoría de las mujeres no iniciaba la LM o la mantenía poco tiempo. Las mujeres de aquella época que lactaron y las que no lactaron, con sus percepciones e ideas, han ido construyendo una cultura que ha viajado en el tiempo y que ahora encuentra otra, la de amamantar (Argolo & Goncalves, 2008).

Este contexto puede derivar en múltiples reacciones psico-sociales, como el conflicto, la adaptación, la frustración o el bienestar relacionado con la influencia de las abuelas, y a nivel técnico, en la transmisión de conocimientos y técnicas de LM correctos e incorrectos. En este aspecto técnico, se ha olvidado cuál es el comportamiento habitual de un niño lactado al pecho. Cualquier llanto del niño se interpreta como que “pasa hambre”, “no se tiene suficiente leche” y por tanto se le añaden suplementos con sucedáneos de leche de madre sin sopesar las consecuencias futuras de estas decisiones poco justificadas y que se podrían resolver identificando cuál es el problema existente, si es que lo hay, en relación con la lactancia y orientando a la madre sobre cómo debe ser el manejo para mejorar la situación (Pallás, 2006). Incluso los profesionales pueden tener que superar malos recuerdos o influencias de otra época para ser buenos consejeros (Ekstrom, Widstrom, & Nissen, 2003). Ambos aspectos, psicosocial y técnico, son fundamentales y se relacionan entre sí y con el contexto cultural y político. Las creencias y mitos acumulados interfieren en la construcción de la herencia cultural (Argolo & Goncalves, 2008).

Estas relaciones se muestran abreviadamente a continuación (Ilustración 2)

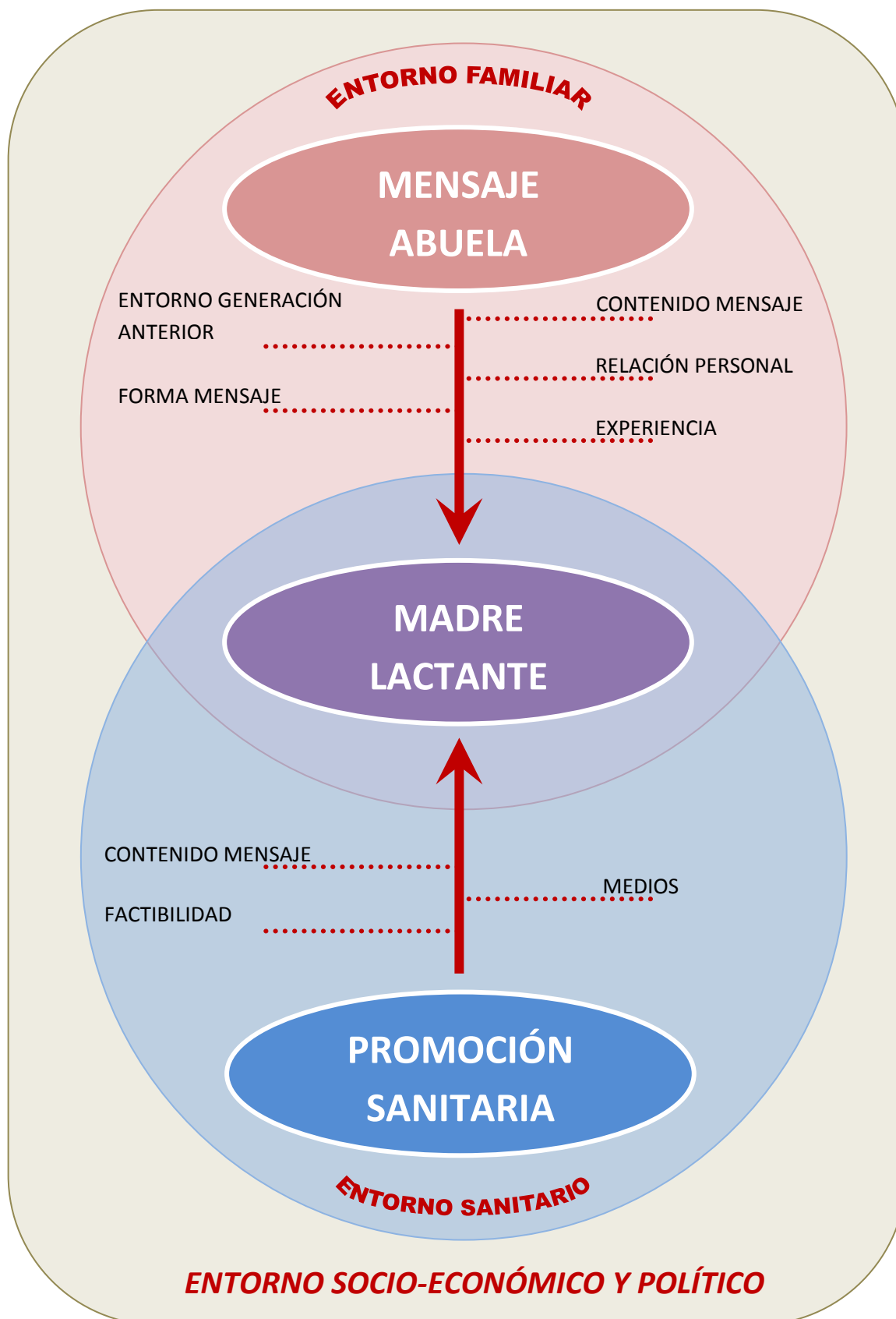


ILUSTRACIÓN 2. INFLUENCIAS EN LA EXPERIENCIA Y CONDUCTAS DE LA MADRE LACTANTE

Al “transportarse” los significados construidos de generación en generación con los cambios sociales, económicos y culturales, se generan continuidades y discontinuidades en las prácticas de la LM. Estos cambios son la causa multifactorial que provoca percepciones positivas o negativas de lo transmitido por las abuelas junto con los sentimientos que genera la experiencia de amamantar: de placer, alegría, satisfacción o frustración, tristeza y opresión (Moreira et al., 2013).

Deconstruir los significados de los aspectos técnicos que desestiman a las mujeres a amamantar (mitos) y que están arraigados en nuestra cultura es un proceso largo y extremadamente complejo (Argolo & Goncalves, 2008). Los sentimientos ayudan al cambio de actitud y/o comportamiento en ambas generaciones en LM: en la generación anterior, provocando la adaptación y la búsqueda de nuevos significados de la experiencia y nuevos conocimientos, y en la generación actual provocando rechazo al apoyo intergeneracional (dado que la rotura de las reglas de otras generaciones puede provocar tensiones hacia la búsqueda de la propia autonomía) (Moreira et al., 2013), o promoviendo los conocimientos y el bienestar en la experiencia de amamantar (Berlanga et al., 2014). La influencia negativa de la generación anterior puede ser redirigida por la propia abuela (De Medeiros et al., 2011).

El primer movimiento que hace una futura madre hacia la LM, está relacionado con las interacciones que preceden a la experiencia verdadera de la acción, y la decisión depende de la interpretación y atribución de los significados de las distintas fuentes (Argolo & Goncalves, 2008) aunque la decisión no sólo se forja en información o significados previos, sino que las expectativas de LM de las personas significativas que la rodean, tiene gran importancia para las gestantes, además de las relaciones con estas personas de su entorno (Di Manno, Macdonald, & Knight, 2015; Kaunonen et al., 2012) . La intención de amamantar se relaciona con actitudes y mensajes familiares, especialmente de la pareja y la abuela, incluso tomando más peso que las propias creencias y actitudes personales de la madre (Persad & Mensinger, 2008). El apoyo moral de las abuelas para incentivar y aumentar el valor de la decisión de amamantar, reafirma el sentimiento de que se hace algo bueno y alienta a la hija o a la nuera (De Sousa et al., 2013).

Además del apoyo e interacción consciente para la toma de decisión, es un factor importante el hecho de que haber sido amamantada está asociado con la intención de dar LM. Incluso el inicio de la LM es mayor en presencia de factores relacionados con una menor incidencia como el tabaco, menor nivel cultural y la edad; es más, la influencia de haber sido amamantados se extrapola también a la pareja, ya que los hombres que han sido



amamantados refuerzan más a sus parejas, proporcionando un entorno positivo, lo que lleva a tener en cuenta este hecho, como objetivo de promoción, en parejas con gestaciones incipientes (Di Manno et al., 2015).

Después, una vez iniciada la LM, algunos significados surgen de las abuelas en el momento de la interacción que establecen con sus hijas cuando éstas están amamantando (Argolo & Goncalves, 2008).

Así, con todo lo descrito anteriormente, la situación de la madre lactante, es de vulnerabilidad a las opiniones y consejos de las personas que interactúan habitualmente en su entorno, especialmente a las de las abuelas, y por otro lado, tenemos que las abuelas juegan el eterno rol de guías de sus hijas, más en la maternidad, y éstas las autorizan a participar en la alimentación de sus hijos. Se atribuirá más o menos valor a los consejos de las abuelas, dependiendo del rol que tengan en cada sociedad y del rol atribuido por las hijas a sus madres en función de la experiencia, la relación previa, el enfoque de la abuela y la autonomía de la madre, que puede decidir repetir la tradición o no, dando dinamismo a la cultura familiar y social. El reconocimiento del rol se evidencia por el deseo de escuchar y tomar en cuenta la visión de la abuela, lo que dará guía a las acciones. Cuando se da este reconocimiento de rol, la abuela es valorada como heredera de un proceso acumulativo de transmisión de conocimientos y es respetada, generando seguridad en la nueva madre (De Medeiros et al., 2011).

A mayor vulnerabilidad de la madre, mayor influencia, como ocurre con las mujeres adolescentes, especialmente si conviven con la abuela (De Medeiros et al., 2011). Es necesario tener en cuenta que la influencia de la abuela sobre adolescentes no es positiva ni negativa en sí, es decir, no se relaciona con la presencia de ésta, sino con el tipo de ayuda o apoyo ejercido por cada una, aunque en general está asociada a prácticas poco recomendables (De Oliveira, Giugliani, Santo, & Nunes, 2012).

Las madres, en ocasiones, no parecen creer que las abuelas influyan en la LM a sus hijos (a los nietos) quizá por la forma consciente o inconsciente de hacerlo (Ekstrom et al., 2003).

También existe impacto de la relación con la abuela en la prevalencia (Odom, Li, Scanlon, Perrine, & Grummer-Strawn, 2014). A mayor duración del período de lactancia a sus hijas, mayor duración del amamantamiento de sus hijos a sus nietos. Esto es importante porque los beneficios de la LM están relacionados con la exclusividad y duración y porque en los grupos de mujeres con factores que influyen negativamente en la LM (adolescentes, recién nacido

ingresado, etc.) puede haber beneficio con la presencia cercana de las abuelas, si ejercen influencia positiva, o todo lo contrario (Di Manno et al., 2015; Ekstrom et al., 2003).

En el caso de las multíparas, es interesante que conozcan su propia historia de LM. Las que fueron amamantadas más tiempo, tuvieron mejor relación y con mejor apoyo con sus madres en el período de lactancia de sus anteriores hijos (Ekstrom et al., 2003).

TIPOS DE INTERACCIÓN ABUELA-MADRE

Tras la descripción de toda la complejidad de la herencia transmitida por las abuelas, es útil describir los tipos de apoyo ofrecidos por la abuela y que tras ser descritos por House (House, Umberson, & Landis, 1988), se hacen presentes en los hallazgos de algunos estudios, como se describió en el apartado de antecedentes (Berlanga et al., 2014; Grassley, Spencer, & Law, 2012):

1. Informativo: p.ej. ventajas de la lactancia materna.
2. Técnico: p.ej. ayuda al colocar al niño para mamar.
3. Emocional: ante las dificultades propias de la lactancia o situaciones especiales.
4. Evaluativo: refuerzo positivo o negativo sobre el curso del amamantamiento.

Desde el punto de vista de la abuela, se definen tres objetivos para su relación con la madre (Grassley & Eschiti, 2007):

1. Ser útil: Apoyo emocional y práctico. El beneficio del apoyo está dirigido a la madre pero la abuela también obtiene beneficio porque satisface el rol previsto y aumenta su autoestima y reduciendo la incidencia de depresión (Iseki & Ohashi, 2014).
2. Actualizar conocimientos.
3. Aprender y caminar juntas.

De manera que podrían establecerse relaciones entre los conceptos, según se muestra en la siguiente ilustración (Ilustración 3):



ILUSTRACIÓN 3. INTERRELACIONES ENTRE EL TIPO DE APOYO Y LOS OBJETIVOS DE LAS ABUELAS

En la actualidad, al ser las abuelas herederas y promotoras de numerosos mitos y procedimientos erróneos en LM, dependen del reciclaje de conocimientos y el aprendizaje para conseguir un apoyo informativo y técnico adecuado a sus hijas/nueras. Los mensajes de las abuelas, habitualmente están relacionados con conocimientos y conductas mitificadas de la época del biberón que derivan en el mayor de los problemas para el éxito de la LM: la hipogalactia percibida. Los ítems relacionados con estos conocimientos y mitos son (Graffy & Taylor, 2005):

- Tiempo y frecuencia de las tomas
- Uso impropio de pezonera
- En qué momento cambiar de mama dentro de una misma toma
- Dar lactancia mixta para conseguir mejor nutrición o descanso.
- “Leche aguada” e hipogalactia percibida por la propia abuela en su experiencia de amamantamiento, motivo altamente frecuente por el que se introducía la fórmula (Argolo et al., 2006).



Puede ocurrir que los mensajes relacionados con estos ítems puedan modificarse en función de la paridad de las abuelas ya que pueden percibir como difícil o incluso traumático el amamantamiento del primero de sus hijos y no los posteriores, por la modificación de las condiciones que rodearon a cada uno y la experiencia adquirida sucesivamente (Prieto & Ruiz, 2013).

De no conseguir una actualización de conocimientos, los mensajes pueden ser recibidos como conflictivos o inapropiados debido a la intensa acción de la promoción sanitaria de la LM (Graffy & Taylor, 2005). Cuando se incluye a las abuelas en esta promoción a través de programas de educación para la salud (EPS) se facilitan los conocimientos deseables para madre y abuela que satisfacen los objetivos de reciclaje y deseo de “caminar y aprender juntas” de las abuelas y, por otro lado, el apoyo informativo y técnico necesario, aunque no promueve cambios de actitud. Si se dan mitos culturales que pongan en peligro la LM, como el aporte de tés para los cólicos o el llanto o que la abuela aporte fórmula por la noche para que la madre descanse, se hace necesario que el personal sanitario ponga en práctica una negociación cultural flexible (De Medeiros et al., 2011). Cuando la abuela se muestra a la defensiva con el personal sanitario, se debe invitar a compartir las experiencias y realizar una validación en el contexto en que tuvieron lugar ya que, como afirmaron Carter y Campling (1995), cada mujer tiene una historia de LM para explicarse y defenderse como mujer, e incluso reafirman sus decisiones en el contexto de las vivencias de amamantamiento de sus hijas, aunque en los estudios de Grassley, el comportamiento más común en las sesiones de EPS o de discusión es analizar la situación vivida y “envidiar” las condiciones o información recibida por sus hijas o nueras para una LM óptima (Grassley & Eschiti, 2011; Grassley et al., 2012). Si tuvieron experiencias e influencia positiva, pueden mostrar orgullo de haber sentado precedente. La conveniencia de inclusión de las abuelas en los programas descritos también está avalada por otros autores (Damke, Kulkarni, & Lakhkar, 2012; De Sousa et al., 2013; Kaunonen et al., 2012), aunque las intervenciones sanitarias con la familia o la comunidad son menos efectivas cuanto menor sea el nivel cultural (Demirtas, 2012).

Por lo tanto, la educación en LM de las abuelas suele ser de gran valor (especialmente si no amamantaron o tuvieron problemas que las llevaran al abandono) para no desalentar a las madres y/o conseguir los mismos resultados que tuvieron ellas (Odom et al., 2014). Las razones de este desaliento intergeneracional tiene que ver, además, con los significados construidos a partir de las dificultades de sus hijas en el contexto del no conocimiento de la importancia de la LM, que explicaría el hallazgo de que la cercanía o convivencia con las abuelas, disminuyan las conductas de LM, por delegación de las decisiones de las madres en



ellas o por que las abuelas animen a las madres a seguir estudiando, trabajando o con ciertas actividades en detrimento de la LM (más en países pobres y en adolescentes)(Bica & Giugliani, 2014; Pilkauskas, 2014).

La actualización de conocimientos también puede ayudar a las abuelas a participar de la evaluación de los resultados del amamantamiento de las madres reforzando o indicando la petición de ayuda a terceros.

Algunas madres están más abiertas al consejo de las abuelas que otras. No sólo el contenido de los mensajes ejerce influencia en la conducta de amamantamiento de las madres, sino que el modo en que se transmite el conocimiento es importante. Las situaciones que llevan a valoraciones más bajas del apoyo ofrecido por las abuelas a las madres se deben a la falta de empatía y/o al alto nivel de exigencia (Berlangu et al., 2014). Existen mensajes de perseverancia, que en principio son identificados como apoyo a continuar con la LM, que pueden tener un significado distinto para las madres por estar situados en la fina línea que separa el estímulo de la coerción (Graffy & Taylor, 2005).

Con todos los aspectos descritos acerca de la complicada influencia de las abuelas en la madre lactante, los estudios de investigación en líneas generales, recomiendan que debe contemplarse su participación en el proceso de LM atendiendo en todo momento a las circunstancias individuales, y promoviendo un apoyo cuyo resultado sea la adquisición de experiencias más positivas que puedan ser transmitidas a nuevas generaciones (Argolo et al., 2006).

PERTINENCIA DEL ESTUDIO Y APLICABILIDAD

1. PERTINENCIA

La pertinencia de este trabajo radica en la visión global y no fragmentada del significado de la experiencia de amamantar con la presencia socio-cultural de las abuelas, hasta ahora no abordada en los estudios llevados a cabo. Se abordó desde el punto de vista de la fenomenología interpretativa, que contribuye a comprender las habilidades, prácticas, sentimientos y experiencias cotidianas en LM influidas por las abuelas, más allá de la descripción, articulando las similitudes y las diferencias en los significados, y que contribuye a mejorar los compromisos, prácticas y toma de conciencia de los puntos débiles de los profesionales de enfermería/matronas.

Aunque la relación abuela-madre durante el período de amamantamiento ha sido investigada por su potencial influencia en las tasas de inicio y abandono de la LM como se ha descrito hasta ahora, en general hay una visión reduccionista del fenómeno, es decir, se exploran sólo etapas o parcelas particulares del mismo, como la adolescencia, o determinados espacios de tiempo dentro de la lactancia (primera semana, primeros meses, etc.) y es más descriptiva que interpretativa. Los estudios de investigación realizados hasta este momento han tendido a la fragmentación del fenómeno de manera que es difícil tener una visión holística que asegure la validez respecto a la interpretación de la experiencia vivida.

Las aportaciones al conocimiento de la experiencia derivado de los estudios descriptivos (que contaron con una visión algo más global) carecen del aspecto interpretativo propio de la hermenéutica, que lleva al verdadero objetivo de toda investigación en enfermería, que es, mejorar los cuidados y el bienestar de las personas a las que proporcionamos atención, mejorando así las respuestas, que en el caso de la LM se relacionan con la frustración y el abandono de la misma.

En los trabajos de investigación previos, las mujeres pertenecían a un entorno socio-cultural, económico y político muy distinto, por lo que las experiencias pueden diferir enormemente de las investigadas en este estudio y, por lo tanto, no pueden suponer una base para el desarrollo de estrategias de mejora en la atención de las madres lactantes de nuestro medio.

La visión de la experiencia vivida tras el paso del tiempo ha sido muy clarificadora en los estudios con abuelas como experiencia de amamantamiento inmersa en la generación del biberón (Argolo et al., 2006; Grassley & Eschiti, 2011; Moreira et al., 2013) pero no ha sido

realizada con las madres, cuya experiencia siempre ha sido investigada durante el amamantamiento o poco tiempo después (Tabla 5). La exploración desde este punto de vista aporta conocimiento sobre los significados que perduran en el tiempo y son transmisibles a la siguiente generación.

En el campo asistencial, permitirá unos cuidados más coherentes con las mujeres en el contexto socio-cultural estudiado, y más holísticos a través de su aplicación en modelos y teorías. Se clarificarán aspectos de la práctica cotidiana respecto a la relación con las abuelas en las consultas de atención primaria, la inclusión de éstas en grupos de educación maternal y la orientación de los contenidos de estos últimos más allá de los aspectos técnicos de la LM y que no se han abordado hasta el momento.

2. APLICABILIDAD A LOS CUIDADOS

Los resultados del estudio pueden ser integrables en la práctica enfermera, a través, de los modelos conceptuales utilizados en las distintas instituciones sanitarias y a través de las teorías generales de Enfermería, ya que, puede permitir establecer las conexiones e interrelaciones entre las esferas biológica, psicológica y social que pueden conformar el éxito o no de la LM y la mejora de los cuidados. Aunque la investigación en este sentido apenas está desarrollada, en España ya se han encuadrado algunos estudios relacionados con la LM en la teoría de Virginia Henderson, habitualmente utilizada en los hospitales españoles (Sampedro, Pardavila, & Bello, 2003).

Algunos modelos podrían ser especialmente adecuados por la factibilidad de integrar el entorno familiar dentro del ámbito de la maternidad (Modelo del Cuidado Transpersonal de Watson) o de establecer las interrelaciones biopsicosociales (Modelo de Adaptación de Roy y Modelo de Sistemas de Newman) (Alligood & Tomey, 2014).

Dentro de las teorías intermedias la influencia de la abuela sería aplicable a otras, como la teoría del confort de Katharine Kolcaba. Sin embargo, elegir una teoría intermedia centrada en la etapa concreta de la maternidad, es especialmente útil para atender los problemas relacionados con la lactancia, que habitualmente tienen que ver con la percepción y desarrollo del rol; por lo tanto, la teoría de Ramona T. Mercer de la “Adopción del rol materno: convertirse en madre” (R. T. Mercer, 1981) aporta esta visión y podría ser aplicada en Atención Primaria y por matronas y enfermeras consultoras de lactancia, siempre dentro de las recomendaciones dadas por UNICEF e IHAN. De hecho, cuando Mercer inició su investigación, se centraba en las conductas y necesidades de las madres lactantes.

Es importante aclarar que, lejos de abogar por la idea de que amamantar sea imprescindible para la consecución del rol, ésta puede suponer uno de los aspectos esenciales para las mujeres que dan LM ya que se ha demostrado su relación con el vínculo y apego madre-hijo, o para las que la LM se ha visto frustrada, como se deduce de los distintos temas expuestos hasta el momento.

Para Mercer, la adopción del rol se consigue a través del movimiento hacia el estado personal en el que la madre experimenta un estado de armonía, confianza y competencia en los niveles biológico, psicológico y social (R. T. Mercer, 1981). En su consecución influyen distintos tipos de apoyo que constituyen todo un sistema, y que la autora basó en el modelo de Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 1986) .El microsistema (entorno inmediato), es el más influyente e incluye a la familia y otros aspectos como el funcionamiento familiar, el apoyo social y el estrés. El mesosistema incluye factores comunitarios como la actividad laboral y el centro sanitario de referencia y el macrosistema es el entorno socio-cultural y político (Alligood & Tomey, 2014).

Un punto importante en la Teoría de Mercer es que basa los tipos de apoyo del entorno en la clasificación de House, a la cual se adapta la influencia de la abuela en sus distintas vertientes y que fue descrita en los tipos de interacción abuela-madre (House et al., 1988).

De esta manera, la abuela cuenta con la ubicación dentro del microsistema. Su influencia según la investigación realizada hasta el momento, puede ser encuadrable también en las etapas de la adopción del rol descritas por Mercer, así como los “10 pasos hacia una LM feliz” de la IHAN como se muestra en la tabla 6. Sin embargo habría que modificar el tiempo de aplicación de la teoría ya que la autora establece en un año la instauración del rol y la LM puede tener una duración superior. Por lo tanto, una posible limitación es que no siempre englobaría el mantenimiento y destete, aspecto en el que la investigación previa sitúa a las abuelas como pieza clave del proceso (Baño et al., 2015; Larsen & Kronborg, 2013; Sacristán et al., 2011) aunque es cierto que estadísticamente es más frecuente que se dé antes del año (Instituto Nacional de Estadística[INE], 2012; WHO, 2015) y, en todo caso, se podrían realizar adaptaciones.

ETAPAS DEL ROL MATERNAL DE MERCER	ACTUACIÓN PROFESIONAL	PASOS IHAN (ANEXO II)	ROL DE LA ABUELA
ANTICIPACIÓN	Promoción y aprendizaje: consulta preconcepcional, de embarazo y clases de educación maternal.	Pasos 1, 2 y 3.	Experiencias y opiniones de LM relacionadas. Influencia informativa y emocional
FORMAL E INFORMAL	Desde el inicio a la instauración definitiva. Atención especializada, atención primaria y consultoría de LM.	Pasos 4, 5, 6, 7 y 8.	Influencia técnica, informativa y emocional durante el contacto.
PERSONAL	Mantenimiento. Incorporación a la vida laboral y el ocio. Atención primaria y consultoría de LM.	Paso 8.	Influencia evaluativa.

Tabla 6. Integración de la influencia de la abuela según el modelo de Mercer con la actuación de la matrona/enfermera y los pasos de la IHAN



PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el significado de la experiencia de las mujeres respecto al papel e influencia que tuvo la abuela en la lactancia materna a sus hijos tras el paso del tiempo?

¿Qué significados de la experiencia de amamantar se transmitirán a la siguiente generación y cuál será el futuro papel de abuela de las madres de hoy?



OBJETIVOS

OBJETIVO PRINCIPAL 1

Explorar el significado de las experiencias de las mujeres que han dado lactancia materna respecto al papel de la abuela y su influencia en la misma, tras el paso del tiempo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la influencia de la abuela en la lactancia materna.
2. Explicar el tipo de experiencia vivida por las madres.
3. Explicar el impacto de la influencia de las abuelas sobre las percepciones de éxito y satisfacción con la lactancia materna.
4. Identificar la relación que establecen las madres entre las vivencias respecto al papel de las abuelas en la lactancia materna y el curso de la misma.
5. Explorar los sentimientos en cuanto al rol ejercido en la LM por las abuelas materna y paterna.

OBJETIVO PRINCIPAL 2

Determinar los significados transmisibles a la siguiente generación en el futuro rol de abuela, basados en la experiencia vivida de las madres lactantes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los significados transmisibles a la próxima generación.
2. Explicar el posicionamiento en el futuro rol de abuela.
3. Explorar los deseos y objetivos de las futuras abuelas en la lactancia de hijas y nueras.
4. Determinar las áreas de influencia principales de las futuras abuelas en la lactancia de hijas y nueras.



METODOLOGÍA

1. DISEÑO METODOLÓGICO:

LA FENOMENOLOGÍA HERMENÉUTICA

Examinar la base de conocimiento filosófico es esencial en la investigación cualitativa, de lo contrario, podrían darse incongruencias metodológicas importantes ya que la filosofía da el marco conceptual en el que basar la metodología a seguir (Dowling, 2007; McConnell-Henry, Chapman, & Francis, 2009; Orb, 2007).

La fenomenología fue concebida en Alemania antes de la 1ª Guerra Mundial como una alternativa al enfoque positivista de la ciencia: La dimensión “humana” no se podía estudiar a través de los métodos científicos naturalistas (Hein & Austin, 2001). La fenomenología es el estudio de la experiencia vivida. Husserl es considerado el padre de este movimiento filosófico, descrito por éste como el método de la intuición y descripción de las esencias (lo que se expone a nuestra conciencia antes de toda interpretación). Su objetivo último, por lo tanto, era el del conocimiento y descripción (eidético, epistemológico) y no concibe tal conocimiento sin lo que llama “epojé” o reducción fenomenológica, es decir, la desconexión del mundo tal y como existe (Benayas, 2013). Creía en la separación mente-cuerpo.

Ésta es por tanto, la fenomenología epistemológica, que tiende al positivismo en el sentido de que concibe una realidad única del fenómeno, base de todas las experiencias, y al que tiende Husserl en un intento de dar credibilidad a sus planteamientos, por su influencia de la tradición positivista (era matemático). La reducción epistemológica se traduce, en términos de investigación, en lo que se conoce como *bracketing*, que supone al investigador un esfuerzo para separarse y librarse de cualquier idea preconcebida sobre el tema de investigación, ya sea en forma de experiencia personal, profesional, antecedentes de investigación, etc. para poder conocer el mundo tal y como se presenta (“estructura esencial” como verdad única)(Dowling, 2007; Hein & Austin, 2001; McConnell-Henry et al., 2009; Van Manen, 1990).

Posteriormente Heidegger opera una doble transformación ontológica (del ser) y hermenéutica (interpretativa) de la fenomenología de Husserl, dando lugar a la fenomenología hermenéutica, que Spiegelberg definió como un método para extraer y hacer manifiesto lo que normalmente está oculto en la experiencia y las relaciones humanas (Lopez & Willis, 2004). Lo hace a través de la concepción del Dasein (ser- en- el- mundo, ser de ahí), que integra mente y cuerpo y es capaz de entender su propia existencia. Ser- en-el-mundo significa

estar siempre relacionados con otros seres humanos y el mundo que nos rodea en términos de tiempo y espacio (Benayas, 2013; Frie, 2010), que conceptualiza desde la perspectiva de ser; el enfoque ontológico se explica por la búsqueda del significado del ser como ser-en-el-mundo-. El entendimiento de este ser-en-el-mundo se hace posible a través del significado de la naturaleza de su experiencia en dicho mundo, para lo cual, a diferencia de lo expuesto por Husserl, se necesita toda la experiencia y conocimiento del contexto socio-cultural e histórico para poder realizar la interpretación. El Dasein es *arrojado* al mundo donde encuentra posibilidades de elección (la personalidad, el carácter, la profesión...), donde es posible tener distintas experiencias en función de la interpretación del fenómeno en cada contexto (J. A. Escudero, 2011; Guignon, 2012).

Para Heidegger, el mundo es dado por nuestra cultura y lenguaje y hace posible el entendimiento de nosotros mismos y de los demás. El lenguaje hace posible las diferentes formas particulares de relacionarse y sentir que tienen valor en una cultura. Habilidades, significados y prácticas tienen sentido gracias al mundo compartido dado por la cultura y articulado por el lenguaje (León, 2009).

Posteriormente Gadamer, discípulo de Heidegger, centró su trabajo dentro de la hermenéutica, en la interpretación de los textos y la temporalidad.

Tras la estela de la fenomenología alemana se desarrollaron las teorías de otros autores de la escuela francesa en la línea analítico-existencial (Marcel, Sartre y Merleau-Ponty) y la escuela holandesa, en la que se combinan características de la fenomenología descriptiva e interpretativa en mayor o menor medida, y cuyos trabajos principales pertenecen a Langeveld, Buitendijk y Linschoten.

Los principios de la filosofía hermenéutica, posteriormente, se empezaron a aplicar en distintas disciplinas, centrándose en unos u otros aspectos o autores (Cohen, 2000).

El abordaje metodológico de esta tesis se realizó según la fenomenología hermenéutica de Heidegger por estar en consonancia con la visión ontológica del Dasein como ser-en-el-mundo, puesto que la LM está inmersa y unida indivisiblemente al contexto histórico y socio-cultural y del que las actuales abuelas son nexos, como lo serán las que hoy son madres, generando a su vez, nuevas habilidades y prácticas. Por otro lado, esta línea filosófica es óptima para el abordaje holístico de los significados de las experiencias vividas, con el sentido particular que otorgue cada espacio y cada tiempo, en cada participante.

FENOMENOLOGÍA INTERPRETATIVA Y ENFERMERÍA

Desde la década de 1970 a 1980 las enfermeras han venido interesándose por un abordaje de sus temas de interés distinto al positivista, ya que no satisfacía el interés por la experiencia humana, y lo percibido por las personas a las que se ofrecían los cuidados y que es el centro de la práctica enfermera. Este vacío ha sido abordable desde el interés en las bases filosóficas de la fenomenología y la metodología de investigación basada en ella, que permite el cuidado holístico. La Enfermería por lo tanto, abordó el problema entendiendo que la base filosófica es imprescindible para el desarrollo de la investigación y que la tradición en investigación repercute en la práctica, no para predecir (objetivo común para el positivismo) sino para sensibilizar (Van der Zalm & Bergum, 2000) y promover unos cuidados más holísticos, empáticos e individualizados (Munhall, 1994a).

En esta misma década Carper identificó cuatro patrones de conocimiento en enfermería que englobaban lo teórico y lo empírico y que orienta la investigación desde el punto de vista ontológico-hermenéutico hacia la mejora de la práctica enfermera y su interacción humana (Silva, Sorrell, & Sorrell, 1995; Van der Zalm & Bergum, 2000)(Tabla 7).

CONCEPTO DE CARPER	ONTOLOGÍA/HERMENÉUTICA
EMPÍRICO	¿Cómo encuentro significado a lo que conozco?
ESTÉTICO	¿Cuál es mi sensibilidad perceptual hacia el arte que se revela ante mí?
CONOCIMIENTO PERSONAL	¿Quién soy yo?
ÉTICO	¿Qué estoy obligado a ser moralmente?

Tabla 7. Conceptos de Carper y cuestiones ontológico-hermenéuticas

Desde entonces se han sucedido numerosos estudios sobre el significado de las experiencias vividas e incluso adaptaciones al campo de la Enfermería destacando:



- Patricia Benner: describió su enfoque particular de la fenomenología hermenéutica de Heidegger en sus obras (“Interpretive Phenomenology: Embodiment, Caring, and Ethics in Health and Illness” y “The Primacy of Caring”)(Mackey, 2005).
- Josephine Paterson and Lorraine Zderad: se centraron en la naturaleza de la relación enfermera-paciente (Van der Zalm & Bergum, 2000).
- Rosemarie Rizzo Parse: construyó un marco teórico basado en características de la filosofía de Heidegger y Gadamer (Mitchell, 1994).
- Jean Watson: describió los encuentros “momento a momento” entre enfermera y paciente desde el punto de vista de la subjetividad e intersubjetividad (Fawcett, Watson, Neuman, Walker, & Fitzpatrick, 2001).

Sin embargo estas autoras han sido ampliamente criticadas, según otros investigadores como Crotty, Thomas, Porter (Van der Zalm & Bergum, 2000) y Orb (Orb, 2007), por su alejamiento de la verdadera base filosófica de la fenomenología interpretativa.

ENCUADRE FENOMENOLÓGICO-HERMENÉUTICO DE ESTE ESTUDIO

La fenomenología hermenéutica es la orientación teórico-metodológica utilizada en este estudio, y es inherente a las implicaciones filosóficas de la pregunta: ¿cuál es el significado de la experiencia?

Un aspecto importante de la misma en el abordaje de los temas relacionados con la LM, es la integración mente-cuerpo, ya que es un proceso fisiológico enormemente influido por los aspectos psicosociales como se ha visto en la introducción contextual de este trabajo.

La fenomenología hermenéutica permite ver qué hay detrás de las experiencias vividas, qué hay detrás de la experiencia de las mujeres que superaron sus problemas de lactancia con ayuda de las abuelas, de las que fueron influidas negativamente o de las que buscaban o huían del contacto con ellas durante su amamantamiento. De las que siguieron sus consejos o las que “interrumpieron” la transmisión intergeneracional de conceptos y valores impulsadas por otras motivaciones. La fenomenología hermenéutica, por lo tanto, permite prevenir o aclarar lo que las madres necesitan, pueden tolerar, gestionar o lo que las refuerza (Munhall, 1994a).

De esta manera, la cuestión filosófica crucial de este estudio se encuentra en que para un mismo fenómeno (el de la LM en el contexto familiar con las abuelas que pertenecieron a la generación del biberón) puede haber distintos significados basados en la experiencia, que lleven a la satisfacción y éxito, o a la interrupción o el discomfort.

La visión holística del ser-en-el-mundo de la mujer lactante es fundamental para la interpretación del significado y la mera descripción de la experiencia es insuficiente, ya que sólo con el significado nos aproximamos a las relaciones fenómeno-experiencia-conducta (Deetz, 1973) que nos llevan a la mejora de los cuidados así como a la promoción adecuada de la LM.

El encuadre filosófico-teórico de los conceptos principales de este estudio fueron los siguientes:

- Madre lactante como persona objeto de estudio: Desde el punto de vista de la filosofía hermenéutica, una persona es un ser que tiene sentido de sí mismo, con noción de futuro y pasado, que puede mantener los valores dados, tomar decisiones, y tener planes de vida, es decir, tiene la capacidad de *ser* con su propio punto de vista de las cosas (R. Brown, 1989). Las madres tienen esta capacidad en el período de amamantamiento y en su futuro rol como abuelas. Un ejemplo es el significado que las mujeres dan a la promoción de la lactancia materna, que pueden interpretar como ayuda y apoyo institucional o, por el contrario, como coacción, y que deriva en unos u otros tipos de conducta, ajustados a una u otra motivación de su contexto personal.
- Cultura – abuela: Según Heidegger, lo que se hace en el día a día está condicionado por la enculturación dentro de las prácticas y formas de vida de una comunidad en particular; el ser humano está inevitablemente sumido en el contexto del mundo que le rodea, tendiendo así a actuar como uno más de la comunidad a la que pertenece (Guignon, 2012). En este aspecto, la abuela es transmisora de la tradición y, por otro lado, tiene un rol familiar determinado también por la cultura.

Las experiencias en distintos ámbitos sociales resultan en la atribución de distintos significados en LM, aunque con tendencia a mantenerse las ideas que refuerzan los valores tradicionales en la esfera reproductiva; por lo tanto, las distintas generaciones pueden experimentar múltiples representaciones y distintos sentidos de las prácticas habituales de lactancia (Löf-Johanson et al., 2013).

En este sentido, por la capacidad de *ser*, las madres lactantes pueden mantener valores o no, y tomar sus propias decisiones haciendo su plan de vida en su contexto personal como ser-en-el-mundo, formar las representaciones de su entorno creando deseos y necesidades basadas en sus percepciones, y tener una conducta eficaz en la consecución del objetivo de su plan (Benayas, 2013; Deetz, 1973) acorde con las nociones de *ser* y *tiempo* (Heidegger, 1962).

- Lactancia materna– amamantar: Heidegger diferencia la capacidad fisiológica de los órganos (*órgano*) y la utilidad que le damos (*útil*) para el ser-en-el-mundo (Basso, 2010), pero ambos componentes son considerados a nivel ontológico como constitutivos de la estructura esencial del hombre y comparten la posibilidad del *ser-para*, de manera que son indivisibles (Basso, 2010; Rodríguez, 2012).

En la tabla 8 se detallan las características que definen ambos conceptos.

ÓRGANO	ÚTIL
Siempre <i>está</i> de acuerdo a la capacidad que tiene.	Depende de la disposición en la situación.
Presente en animales y en el hombre.	Presente en el hombre como Dasein (dimensión psicológica y social).
Autónomo.	Amplitud e interacción. Implica lazo cultural, direccionalidad e inteligencia.
“Para qué” estático.	“Para qué” diverso. Situacional.
Es el ser capaz (fisiología)	Es la posibilidad contextual.

Tabla 8. Características que definen *órgano* y *útil*.

Como *órgano*, la mama tiene capacidad fisiológica de producir leche en la inmensa mayoría de mujeres en condiciones fisiológicas normales, como se ha visto en la introducción.

Como *útil*, las mamas tienen connotación sexual y un rol destacado en la autoimagen (estética) y el autoconcepto (capacidad, rol maternal). En este sentido, el *ser para* de la mama durante la lactancia está sujeto al contexto y la tradición cultural y social (en el que se incluye el contacto con las abuelas) y da un significado distinto en cada mujer como ser-en-el-mundo.

Por lo tanto, la hermenéutica de Heidegger permite la exploración de los significados en LM sin escisión entre lo orgánico, lo psicológico y lo contextual, ya que el órgano y el útil no son separables sino que ambos dan sentido ontológico. Así, no separa cuerpo y mente sino que ambos los entiende como un todo del Dasein (Rodríguez, 2012).

Por último, este estudio se basa en el recuerdo de la experiencia desde el punto de vista de la vivencia pasada, del relato de vida (memoria autobiográfica episódica). El relato de vida corresponde a la enunciación -escrita u oral- por parte de un narrador, de su vida o parte de ella. La historia de vida, por su parte, es una interpretación que hace el investigador al reconstruir el relato en función de distintas categorías conceptuales, temporales y temáticas entre otras. Interpretaciones que se consideran constituyentes de la experiencia humana y que, por tanto, representan la dimensión ontológica y hermenéutica del enfoque biográfico (Cornejo, Mendoza, & Rojas, 2008).

Munhall señala al respecto que la experiencia vivida sólo puede entenderse a través de la reflexión del pasado en la investigación hermenéutica, ya que en el momento del estudio, la reflexión puede modificar la experiencia (Munhall, 1994b).

2. ÁMBITO DE ESTUDIO

Las participantes de este estudio fueron madres de alumnos de un colegio de Madrid Capital, u otras del círculo social de éstas y puestas en contacto con la investigadora.

La recogida de datos se realizó en dos ubicaciones distintas en función de la preferencia de las participantes:

1. Las salas de reunión del colegio, previo permiso de la directora del mismo, para realizar las entrevistas en un entorno conocido y neutral, en horario factible para las participantes.
2. El domicilio de las participantes en el caso de ser solicitado por éstas, por razones de comodidad o adecuación a horarios específicos.

3. PERÍODO DE TIEMPO

Las entrevistas fueron realizadas entre el 15 de agosto y el 15 de diciembre de 2015.

4. POBLACIÓN DE ESTUDIO

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Mujeres que hayan dado lactancia materna a sus hijos en contacto con la abuela durante ese período.
 - Para no limitar el tipo de influencia se incluyeron todos los grados de lactancia materna (exclusiva, mixta, predominante).
 - Mujeres cuyos períodos de amamantamiento se dieron antes de los 35 años (ya que el almacenamiento en la memoria episódica desciende significativamente a partir de los 35-40 años) (J. A. García, 2010) y al menos tras 8 años desde la finalización de la LM, para asegurar la asignación de significados propios de la memoria remota, en la que se encuadra la memoria autobiográfica (Rekkas & Constable, 2005).
 - Contacto con la abuela materna, paterna o las dos.
 - No se tuvo en cuenta el tipo de contacto con la abuela (presencial, telefónico) ni la frecuencia del contacto, ya que no influyen en el objeto de estudio, que está centrado en la experiencia significativa.
2. Mujeres que deseen participar voluntariamente en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Mujeres a las que les suponga un perjuicio emocional el recuerdo de la experiencia o episodio de vida evocado.
2. Mujeres que no sean capaces de recordar suficiente contenido o peso de la experiencia de dar lactancia materna en relación con el contacto con la abuela.

ESTRATEGIA DE MUESTREO

En la investigación cualitativa la estrategia de muestreo se orienta a la selección de aquellas personas que garantizan la calidad de la información, es decir, a los más idóneos por su conocimiento del problema a investigar y los que ofrecen la información más relevante (J. I. Ruiz, 2012a). Los tipos de muestreo que se utilizaron en este trabajo de investigación fueron los siguientes:

- Muestreo intencional: El acceso a las participantes se realizó de manera informal a través del círculo cercano de la investigadora entre madres de un colegio, de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión. Se tuvo en cuenta la disponibilidad y la capacidad de expresión y fueron elegidas las participantes con más empatía y motivación (Smith, Flowers, & Larkin, 2009).
- Muestreo por bola de nieve: Se solicitó a las participantes óptimas por entorno y/o motivación la puesta en contacto con otras mujeres que cumplieran los criterios

mencionados de inclusión y exclusión. Algunas participantes se ofrecieron voluntarias para la captación tras realizar las entrevistas. Las participantes captadas por otras, mantenían con éstas un vínculo de amistad (Taylor & Bogdan, 2006).

- Muestreo teórico: En este caso “teórico” se refiere a que la muestra se selecciona mediante la utilización de una estrategia sucesiva en la que se eligen los primeros sujetos y se analizan los datos obtenidos. Mediante el análisis de estos primeros datos se desarrollaron conceptos y categorías conceptuales que fueron utilizados para generar criterios mediante los cuales se seleccionaron las siguientes participantes que se integraron a la muestra (Krause, 1995).

Se realizó de manera simultánea a los anteriores con la intención de desarrollar comprensiones sobre el área estudiada, diversificando deliberadamente el tipo de mujeres entrevistadas, explorando las distintas perspectivas del tema a tratar, como selección estratégica de casos (Taylor & Bogdan, 2006; Valles, 2000).

- Muestreo por casos extremos: se identificaron las informantes que se situaban en los extremos del fenómeno a estudiar (Devers & Frankel, 2000; J. I. Ruiz, 2012a) en términos de bienestar/malestar, experiencia positiva/negativa y éxito/fracaso.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

La saturación de la muestra en fenomenología interpretativa se refiere a la saturación de discurso y no a la saturación teórica, es decir, consiste en alcanzar un punto de redundancia informativa, en el que los datos adicionales contribuyen poco o nada al enriquecimiento del estudio (Gentles, Charles, Ploeg, & McKibbin, 2015). Algunos autores fenomenológicos no comparten la idea de que el discurso se sature (Cohen, Kahn, & Steeves, 2000; Van Manen, 1997), mientras otros aportan un rango aproximado de participantes para alcanzar la saturación en los estudios fenomenológicos interpretativos:

- Creswell establece la saturación probable entre 5 y 25 (Creswell & Miller, 2000).
- Morse estipula el mínimo de participantes necesario para alcanzar la saturación en 6 (Morse, 2003).

La muestra final quedó constituida por 20 participantes. La saturación de la muestra se alcanzó con 14 participantes tras lo cual se ratificó con 6 participantes más, cumpliendo así ambos aspectos, de definición y de rango, referidos anteriormente.



CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA FINAL

Las características más significativas de la muestra de participantes, de las abuelas y del contacto con éstas fueron (Tabla 9):

P	EDAD PARTICIPANTE	NIVEL ESTUDIOS MADRE	Nº DE HIJOS	EDAD HIJOS ESTUDIO	TIPO LM SEIS PRIMEROS MESES	TIEMPO LM	CURSO ED. MATERNAL	CONTACTO ABUELA MATERNA	CONTACTO ABUELA PATERNA	LM RECIBIDA POR MADRE	LM RECIBIDA POR PAREJA	EDAD ABUELAS CON CADA NIETO/A ESTUDIO		NIVEL ESTUDIOS ABUELAS M/P
												Materna	Paterna	
1	34	U	1	8	E	36m	SI	Diario P	15 días 3v/año	1 año	1 año	73	55	M M
2	38	U	2	7	E	18m	NO	Diario P	3v/año P	1 mes	6m	75	77	B B
3	43	U	2	11/8	E/E	8m/3m	SI	Diario P	1/7 días P	NO	8m	54/57	59/61	M B
4	46	U	3	16/14(2)	E/E	8m/6m	SI	Diario P	1/7 días P	6m	6m	58/60	56/58	B B
5	42	U	4	14/12/8	E	6m	SI	Diario P	1/15 días P	6m	6m	60/62/66	53/55/59	B B
6	47	U	3	15/13	E	24m	SI	10 días 2v/año	1/7 días P	6m	12m	66/68	68/70	M B
7	42	M	1	8	Mx	7m	SI	4 días/mes	Diario P	13m	14m	71	85	B B
8	47	U	2	14	Mx/Mx	4m/4m	SI	Diario P	1/7 días P	12m	7m	61	67	B B
9	45	U	2	14/12	E/E	9m/7m	SI	Diario P	2/60 días P	NO	NO	63/65	65/67	M M
10	43	U	4	15/13/9	Mx/E/E	4m/27m/27m	SI	Diario P	1/7 días P	SI	NO	61/63/67	46/48/52	B B
11	45	U	2	14/11	E/E	12m/6m	SI	1 mes 3v/año	Diario P	6m	¿?	56/59	58/61	M M
12	41	U	3	10/8	Mx/E	4m/6m	SI	Diario P	15 días 4v/año	8m	NO	50/52	67/69	M M
13	43	M	1	15	E	7 días	NO	Diario P	NO	1 m	¿?	65	65	M -
14	42	U	2	8	Mx	3 m		Diario P	1/7 días P	18 m	6m	65	60	M M
15	36	U	3	8	E	10m	NO	Cada 2 m	1/10 días P	6m	6m	62	57	U B
16	52	M	4	20	E	7m	SI	15 días 3 v/año	Diario P	5m	6m	57	59	B B
17	44	M	4	12	Mx	1,5m	NO	Diario P	1/7 días P	NO	6m	63	60	B B
18	42	U	2	10/8	E	8m/12m	SI	15 días 3v/año	Diario P	2m	1m	62/66	64/68	B B
19	45	U	2	15/10	Mx	5m/2m	NO	Diario P	1/7 días P	2m	¿?	63/68	73/81	M U
20	41	U	2	8	E	5	SI	Diario P	1/7 días P	6m	10 días	62	64	B U

Tabla 9. Resumen de las modificaciones legislativas en cuanto al permiso de lactancia en España.

U= Universitario · M= Medio · R= Básico · E= Exclusiva · MX= Mixta · m= Meses · P= Preescolar

5. RECOGIDA DE DATOS

Los estudios cualitativos siguen unas pautas de investigación flexibles y holísticas sobre las personas, escenarios o grupos, objeto de estudio, quienes son estudiados como un todo, cuya riqueza y complejidad constituyen la esencia de lo que se investiga (Chárriez, 2012).

El diseño de la recogida de datos, se realizó con el objetivo de conseguir historias, pensamientos y sentimientos detallados de las participantes, en la línea recomendada para el análisis fenomenológico-hermenéutico, y facilitar una interacción para permitir a las participantes contar su propia historia, con sus propias palabras (Smith et al., 2009).

Se llevó a cabo por medio de dos procesos complementarios y pertinentes con el paradigma filosófico y la metodología del estudio (Paredes & Gustavo, 2009; Smith et al., 2009). Dichos procesos fueron:

1. El relato de vida. Corresponde a la enunciación -escrita u oral- por parte de un narrador, de su vida o parte de ella (Cornejo et al., 2008). Es la reminiscencia de la memoria episódica sobre el período de la vida en el que transcurrió el amamantamiento, y que facilitó el conocimiento del contexto personal de espacio y tiempo de cada participante para conformar la historia de vida de esta etapa, y que orientó tanto la búsqueda de significados en el análisis como el desarrollo y pertinencia de la entrevista en profundidad, conduciendo el abordaje de los temas específicos a tratar. El contexto no puede dissociarse de la conducta en LM, puesto que no sólo la condiciona sino que sirve de clave interpretativa para su comprensión.

La historia de vida es una reconstrucción del relato de vida por parte del investigador, desde la narración profunda de la participante de sus experiencias de vida, en función de la interpretación que ésta le haya dado y el significado que tenga la interacción social, ordenándolo y utilizando otros documentos como fotos y escritos (Chárriez, 2012; Cornejo et al., 2008). En este estudio tanto relato como historia de vida, por lo tanto, abarcaron la etapa de amamantamiento por lo que se trató de una historia de vida temática (McKernan, 1999).

1. La entrevista no estructurada. Se realizó con el objetivo de recoger los datos del tema principal del estudio y la cobertura de objetivos: el significado de la experiencia de amamantamiento con la cercanía y el contacto de la abuela, tomando como base el contexto personal aportado por el relato de vida.

No hay que olvidar que el relato de vida, aunque con entidad propia como herramienta encuadrada en los métodos autobiográficos de recogida de datos (Pujadas, 1992), se realiza como técnica conversacional y se recoge en situación de entrevista, que en este caso se trata de una entrevista biográfica (Meneses & Cano, 2008; Rojo, 1997). En el presente estudio, se optó por realizar los dos procesos descritos, relato de vida y entrevista no estructurada, de manera consecutiva como técnica conversacional, logrando con el relato de vida un cuadro mental para la realización de la entrevista (Taylor & Bogdan, 2006), pero con objetivos y procedimientos distintos propios de cada uno, como se describirá a continuación, y llevados a cabo en una o varias sesiones (J. I. Ruiz, 2012b) grabadas en audio, en función de la preferencia de las participantes, su flexibilidad horaria y el propio contenido en cuanto a complejidad y riqueza de datos.

La transcripción posterior se realizó de manera fidedigna con toda su riqueza (lenguaje, lapsus, silencios, modismos, risas, titubeos). La utilización del cuaderno de campo posibilitó la recogida de otros datos por medio de fichas y la realización de un seguimiento óptimo como recomienda Chárriez (2012).

De manera complementaria a la entrevista, dos participantes solicitaron redactar relatos escritos alegando necesidad de reflexión sobre algún aspecto.

En la siguiente ilustración se muestra la estructura conceptual y metodológica de la recogida de datos (Ilustración 4):

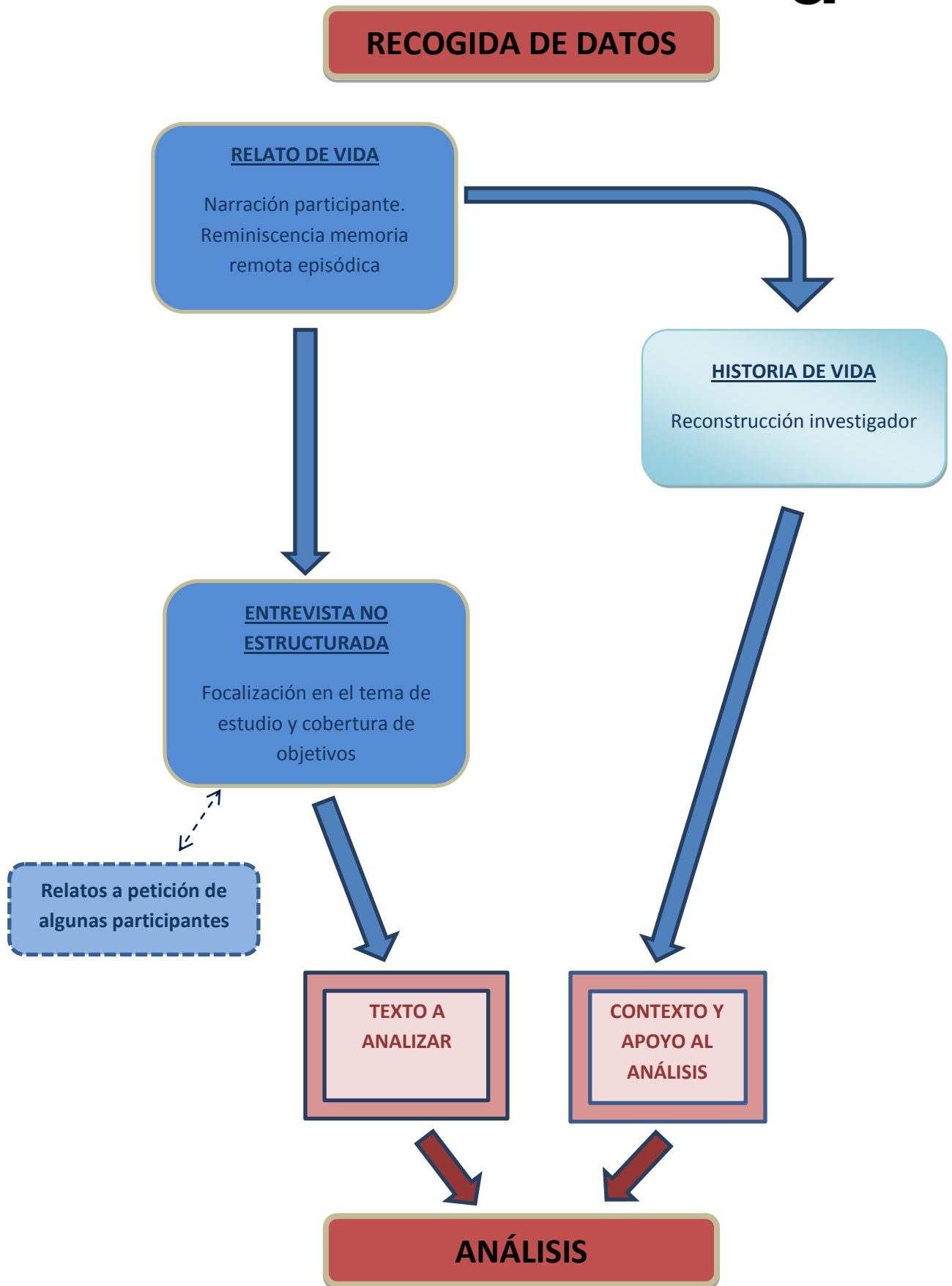


ILUSTRACIÓN 4. ESTRUCTURA METODOLÓGICA DE LA RECOGIDA DE DATOS

Una vez elegida cada participante, la investigadora explicó el proceso dejando pasar unos días entre esta información y la libre aceptación por parte de la misma. Esta manera de proceder aseguró la libertad de colaboración por un lado, y la pre-reflexión en el tema de estudio, por otro. El día fijado, se entregó el consentimiento informado y se resolvieron las dudas.

Tanto en la fase de relato de vida, como en la de entrevista no estructurada, se siguieron las siguientes recomendaciones generales (Taylor & Bogdan, 2006):

- No enjuiciar.
- Permitir que la gente hable.
- Atender al discurso desde el punto de vista del investigador.
- Ser sensible a la afectación de las participantes.

MEMORIA AUTOBIOGRÁFICA. RELATOS DE VIDA. HISTORIAS DE VIDA.

La memoria autobiográfica (memoria a largo plazo sobre uno mismo) requiere para su evocación, de un proceso reconstructivo en el cual se debe mostrar correspondencia con la realidad, pero también coherencia con la construcción de significados sobre la vida y el entorno de las personas (Wright & Nunn, 2000); el conocimiento sobre personas aparece unido al conocimiento de eventos, así como la forma de relacionar personas y eventos (Squire & Zola-Morgan, 1991), por lo que su exploración es una vía óptima para entender el significado de las relaciones entre la presencia de las abuelas y la LM.

Por otro lado, dentro de la memoria biográfica, los periodos de vida son lapsos de tiempo autobiográfico relativamente largos en algunas ocasiones, en los que están representados lugares, actividades, personas importantes, planes, metas particulares y actitudes evaluativas hacia esos periodos y que dan lugar a un subtipo de memoria llamada episódica, que fue el período de amamantamiento en este estudio (Jaimes, López, Díaz, Zabala, & Barreto, 2012).

Esta memoria episódica es de suma importancia para la elaboración de valores transmisibles entre generaciones ya que preserva el sentido de identidad en el tiempo (relacionada con el rol) y construye modelos del mundo a partir de la experiencia recordada, que pueden ser utilizados para dirigir conductas futuras (Jaimes et al., 2012). En este sentido, la función social de la memoria autobiográfica está relacionada con la posibilidad de compartir recuerdos con otros individuos, situación interactiva que posibilita presentar el yo en



contextos sociales (grupos de lactancia, otras madres del entorno o las propias hijas y nueras de las madres actuales). A través de los recuerdos autobiográficos se construyen y mantienen relaciones interpersonales madre-hija durante la LM. Relatar experiencias vividas facilita la comunicación, la creación de vínculos sociales y la intimidad, por lo que es un abordaje óptimo en la vertiente social de la lactancia (Olivares, 2010).

Barclay y Smith (1993) consideran que el afecto y la emoción son las características más importantes de este tipo de memorias que constituyen la cultura personal del sujeto como una relación de la persona con su entorno social.

La investigación realizada en esta tesis se basó en la reminiscencia de este tipo de memoria tanto en el relato de vida como en la entrevista. La visión general, integral y contextual del período de vida evocado, fue narrada en los relatos de vida, abordaje no utilizado hasta la actualidad en otros estudios, los cuales se realizaron en el momento de la experiencia de amamantamiento, o un corto período de tiempo después. Sólo tras el paso del tiempo permanece la esencia de “lo relevante”, y es crucial para comprender y articular los significados en su conjunto y las conductas y creencias transmisibles en el tiempo a la próxima generación, por lo que su exploración permitió la cobertura de los objetivos de investigación.

Esta herramienta permite el posterior análisis de la experiencia vivida fuera de factores de confusión temporales que den un significado sólo “provisional” como el dolor, el estrés o el cambio incipiente de rol y que conduce a un entendimiento más holístico del significado. El relato de vida es también pertinente y útil en la investigación de roles, ciclo vital y cambios relacionados con la vida de la mujer ya que permite el abordaje de la conexión con el momento histórico y la sociedad (Pujadas, 1992).

El acceso a la memoria episódica se realiza a través de los relatos de vida como se ha comentado, tal y como la participante cuenta lo que ha vivido en primera persona en una etapa de su vida, para lo que se realizan preguntas para estimular la memoria (Taylor & Bogdan, 2006), y tras lo cual, el investigador reconstruye lo relatado dando forma, ordenando los datos y teniendo en cuenta otras variables que aporten información complementaria para constituir la historia de vida de dicha etapa (Cornejo et al., 2008; Rojo, 1997).

Por otro lado, es destacable que las historias de vida han sido utilizadas por distintas disciplinas y, dentro de cada una de ellas, desde distintos enfoques, lo que hace que haya variaciones en su definición y utilización desde el punto de vista de varios autores (Chárriez, 2012; Sarabia, 1985). Conviene aclarar que se utilizó el relato como apoyo o herramienta

facilitadora en la recogida de datos y no como centro de un estudio biográfico. Actualmente, fuera de las investigaciones de casos o de historias de vida, comúnmente utilizadas en psicología y sociología y que utilizan muestras más pequeñas (Sarabia, 1985; Smith et al., 2009), el relato de vida se está abriendo camino como instrumento en ciertos estudios de investigación cualitativos, que utilizan por tanto muestras algo más amplias, como los estudios de ciclos vitales, de conexión clara con el presente tema de investigación (maternidad-crianza).

El significado de la experiencia de amamantar en presencia de las abuelas tiene innumerables tipos de escenarios y personas por lo que el relato de vida se utilizó como medio para su exploración, pero no como en los estudios de casos o biografías únicas, para evitar perder el beneficio de la riqueza aportada por la variabilidad. Por lo tanto, se utilizó como herramienta en la recogida de datos contextuales y clarificadores del significado de las experiencias de cada participante en la inmersión de su propia vida con la profundidad necesaria, de acuerdo con el paradigma fenomenológico interpretativo, que no pretende abarcar todos los significados o experiencias posibles, pero sí se ve enriquecido con la variabilidad de los mismos, por lo que el tamaño muestral vino determinado por la saturación de los datos en vez de estar predeterminado por la selección de unas pocas participantes para su exploración biográfica profunda y exhaustiva, típica de otros estudios como se ha comentado.

Como técnica conversacional, el relato de vida supone un encuentro humano que estimula al participante a revelar sus auténticas experiencias y complejas realidades sociales, estableciendo un ambiente de confianza, buena relación y compenetración (*rapport*), término que será abordado como aspecto destacado de la posición del investigador (Qu & Dumay, 2011).

En cuanto a su puesta en práctica, se recogieron antes de la inmersión en el tema principal del estudio, que se realizó a través de la entrevista no estructurada, con el objetivo de comprender los distintos aspectos de la vida de cada participante, y ser orientación de las preguntas a realizar, ya que cada contexto personal requirió un abordaje distinto de los subtemas y un enfoque diferente de las preguntas hacia los objetivos del estudio. Por otro lado, reforzaron la reminiscencia, que es la reconstrucción de los hechos sobre el pasado (Squire & Zola-Morgan, 1991) y que comienza con el nivel de acontecimiento general para que, posteriormente, se dé un marco temporal y sensible para la búsqueda a través de la memoria episódica y que genera los recuerdos autobiográficos detallados que llegan a la conciencia (Holland & Kensinger, 2010; Piolino, Desgranges, & Eustache, 2009).

Para recoger los relatos de vida se realizaron preguntas generales al inicio como:

- ¿Cómo recuerdas la época del nacimiento de tus hijos?
- ¿Cómo era tu familia en aquel entonces?
- ¿Cómo te sentías en aquella época de tu vida?

El relato de vida por lo tanto, permitió una puesta en práctica de la entrevista más pertinente con los objetivos de estudio y un análisis más coherente a través de la historia de vida, ya que permite la captación de lo subjetivo y los cambios y ambigüedades, e incluye las necesidades fisiológicas, la red familiar, las relaciones de amistad, la definición personal de la situación, el cambio personal y el cambio de la sociedad ambiental, los momentos críticos y las fases tranquilas (J. I. Ruiz, 2012b)

Se resumió la utilidad para ambas fases en este trabajo de investigación como se muestra a continuación (Tabla 10):

FASE	UTILIDAD DEL RELATO/HISTORIA DE VIDA PREVIOS
ENTREVISTA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eliminar o añadir preguntas. 2. Conducir el abordaje y desarrollo. 3. Enriquecerla mediante la recogida de datos y aspectos que no hubieran sido previstos sin el conocimiento del contexto. 4. Reforzar reminiscencia
ANÁLISIS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Facilitar y promover la asignación de significados. 2. Reducir la probabilidad de sesgos interpretativos. 3. Mantener la pertinencia con la filosofía de Heidegger de ser-en-el-mundo. 4. Establecer relaciones entre temas/subtemas

Tabla 10. Utilidad del relato/historia de vida en el presente estudio.

Los temas generales identificados y articulados en las historias de vida fueron, al menos:

- Perspectiva temporal.

- Autodescripciones.
- La pareja e hijos.
- Contexto físico.
- Contexto emocional.
- Condiciones socio-económicas.

LA ENTREVISTA NO ESTRUCTURADA. INMERSIÓN EN EL TEMA DE ESTUDIO.

La entrevista no estructurada es una conversación con el participante en la que hay un tema general y unos objetivos, pero no un formato predeterminado o unas preguntas específicas. El objetivo general es recoger datos ricos sobre las experiencias de dicho participante sin imponer restricciones en su expresión (Wilson, 2013).

De esta manera, es congruente con el paradigma filosófico del estudio por permitir la libre expresión y reflexión del participante sobre sus propias experiencias y su significado. El proceso interpretativo se inicia en la entrevista, en la que investigador y participante trabajan juntos para generar entendimiento a medida que la narración emerge (Vandermause & Fleming, 2011). Por lo tanto, la entrevista no estructurada, utilizó un enfoque de entrevista activa por su utilidad y pertinencia con la fenomenología hermenéutica, y que fue descrita por Holstein y Gubrium (2004). Este tipo de entrevista es una forma de aproximación a la práctica interpretativa que involucra al participante y al investigador mientras desarrollan estructuras, fuentes y orientaciones interpretativas que encaminan el análisis; se utilizaron para ello fórmulas del tipo: “por qué crees que...” o “qué significó para ti esta situación...”. En este abordaje, los participantes en las entrevistas son los “practicantes” de la vida diaria continuamente trabajando para discernir y comunicar las características reconocibles de la experiencia y, por lo tanto, son fuente de conocimiento. Así, los significados alcanzados tras la entrevista en la que interaccionan entrevistador y participante reflejan relativamente las condiciones interpretativas duraderas como el bagaje del investigador o su preparación, en la línea propuesta por Heidegger, que lo posicionaba en plena inmersión en el tema de estudio y que aportaba también su mirada como ser-en-el-mundo.

A la luz de las características de este tipo de entrevista, tras este camino del desarrollo de los significados realizado por participante e investigador, y una vez utilizadas las frases de confirmación del tipo: “¿quieres decir que....?” o “entiendo que....”, se fundamentó el análisis con base en un primer feed-back.

La entrevista no estructurada se abordó con flexibilidad suficiente como para ajustarse a cada contexto personal. Sin la realización previa del relato de vida, no hubiera sido posible ahondar en el significado de las experiencias exploradas en la entrevista, ni dar sentido contextual e integral a las mismas, en el enfoque ontológico inmerso en tiempo y espacio, como requiere la fenomenología interpretativa de Heidegger.

Las entrevistas no estructuradas se comenzaron con una pregunta general sobre LM (¿cómo fue tu LM?) antes de la inmersión en el tema de la presencia de la abuela en el proceso de amamantamiento, ya que permitía ir de lo superficial a lo profundo del recuerdo de la experiencia. Después se continuó con preguntas aclaratorias sobre el tema de estudio y los objetivos de la investigación en función del contexto del relato de vida y del propio curso de la entrevista, dejando las preguntas más abstractas (sobre sentimientos y percepciones, propios de la entrevista activa) para el final, ya que es más útil comenzar por las descripciones del día a día para acabar con lo más abstracto (Cohen et al., 2000)(Ilustración 5).

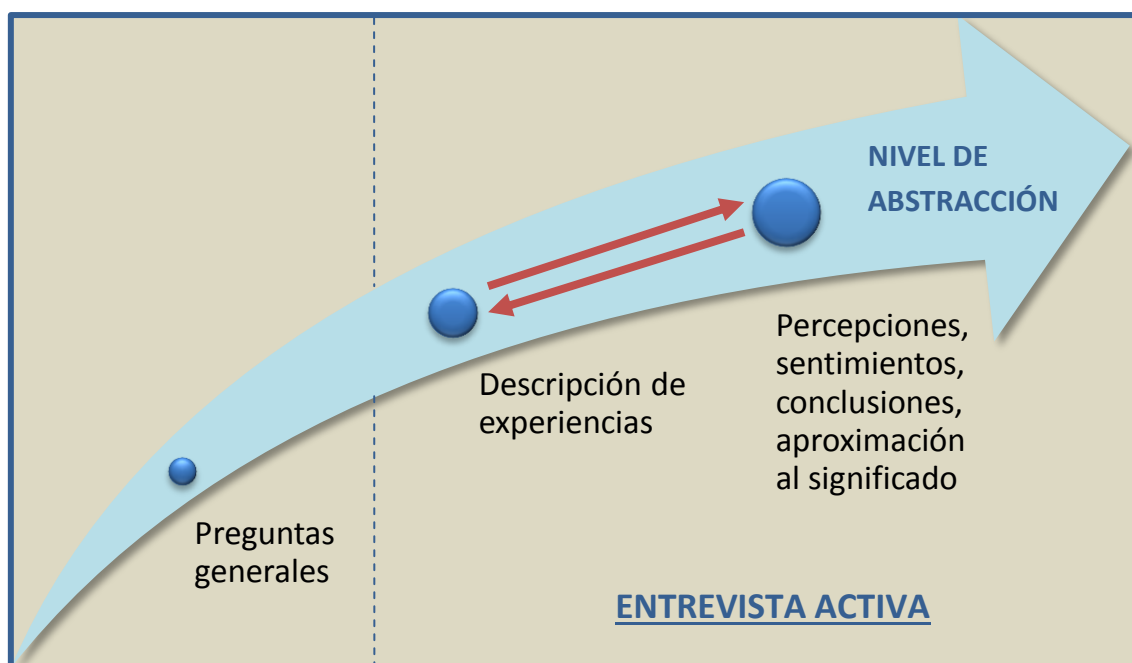


ILUSTRACIÓN 5. FLUJO DE LA ENTREVISTA NO ESTRUCTURADA.

En ciertas ocasiones, en el punto de la entrevista en que se pasaba de lo cotidiano a lo abstracto, las participantes solicitaron terminar la entrevista por escrito en forma de relato o reflexión por la dificultad que les suponía el nivel de abstracción sobre sus propios sentimientos de algún aspecto determinado, para lo que finalizaron la exposición del tema en curso libremente, con feed-back posterior con la investigadora por correo electrónico.

Se realizaron fichas de cada participante con los registros básicos de seguimiento y las notas pertinentes en cada caso, las cuales fueron utilizadas para la conformación de la historia de vida a partir del relato, para la conducción de las entrevistas y el enriquecimiento del análisis (ANEXO IV). Durante el desarrollo de las entrevistas se consultó la lista de objetivos y se fue confirmando su cobertura.

El propósito de la entrevista no estructurada como procedimiento, fue en todo momento guiar de manera flexible y dinámica, y no conducir. La investigadora utilizó distintas preguntas o tipos de interacción para ello, según se muestra en la tabla 10, adaptando los conceptos de distintos autores al tema de la investigación (Berg, 2004; Taylor & Bogdan, 2006; Vandermause & Fleming, 2011) para mantener el entorno necesario de conversación. Estos recursos se utilizaron dependiendo de la capacidad narrativa y la focalización de la participante en los temas, y siempre en función del relato de vida previo, que orientaba las preguntas, haciendo que se tocaran los puntos necesarios pero lejos de ser un protocolo estructurado, es decir, como áreas generales que deben ser abordadas con cada participante y que la investigadora ha decidido cómo y cuándo plantearlas (Taylor & Bogdan, 2006).

Finalmente, un profesional realizó la transcripción de las entrevistas y los relatos de vida.

PREGUNTA/INTERACCIÓN	PROPÓSITO	EJEMPLOS
INICIO	Dar comienzo a la conversación. Preguntas sólo descriptivas en esta fase.	-¿Cómo fue tu lactancia materna? -Hablemos de las abuelas...
CONTINUACIÓN	Dirigir hacia, o fomentar la conversación sobre lo que se ha dicho	-Ya veo...me gustaría saber más sobre este aspecto que comentas. -¿Recuerdas algo más del contacto con las abuelas durante el ingreso hospitalario?
APROXIMACIÓN INTERPRETATIVA	Aclaración u orientación al significado. Entrevista activa.	¿...Por qué crees que tu suegra te recomendaba que consultaras con el pediatra? ¿Qué significó para ti esta situación...?
CONFIRMACIÓN	Para sonsacar una narración más completa o aclaratoria o comprobar significados. Indica inicio de entendimiento con necesidad de feed-back. Entrevista activa.	-¿Quieres decir que no necesitabas nada de tu madre en aquel momento? -Entiendo que...
ESPECIFICACIÓN	Desarrollar aspectos más precisos o mantener la conversación focalizada.	-¿Qué pensaste cuando tu madre/suegra dijo esa frase? -Haz una foto mental del recuerdo de la primera visita de tu madre en el hospital y hablemos de ella. -Cuál será tu papel en la lactancia de tus nietos.
PREGUNTAS INDIRECTAS	No aluden directamente a los objetivos pero se acercan al tema o los abordan indirectamente	-Qué diferencias hay entre lo que necesitaste de las abuelas y lo que necesitaste de otros miembros de la familia. -Qué aportaciones personales recibiste en la lactancia. -Qué necesitabas -Qué influencias recibiste en el proceso de lactancia.
ESTRUCTURACIÓN	Pasar de un tema a otro o dar por concluida una respuesta o discurso irrelevante	-Hablemos ahora de... -Volvamos al tema que iniciamos....
FRASES INCOMPLETAS	Buscar significado o reflexión. No cerrar opciones de respuesta. No dar respuesta presupuesta. Entrevista activa.	-...Y eso a ti te parecía que era....

Tabla 11. Adaptación de las herramientas de guía de la entrevista no estructurada según distintos autores (Berg, 2004; Taylor & Bogdan, 2006; Vandermause & Fleming, 2011) al tema de estudio.

PREPARACIÓN DEL INVESTIGADOR

La investigadora llevó a cabo su preparación como tal, de acuerdo a dos operaciones necesarias según Legrand (Legrand, 1992; Legrand, 1999):

1. Una puesta en disposición clínica. Actúa como vínculo previo con el tema.
 - Diario de campo autobiográfico: diario de las experiencias en lactancia materna de la investigadora, recogidas durante el período de amamantamiento (2013) en grabaciones de audio. Se compararon con las experiencias previas de amamantamiento (2001 y 2007) utilizando la memoria remota. Esta forma de preparación orientó la recogida de datos y el posicionamiento de la investigadora (Valles, 2000), que según la filosofía de Heidegger, enriquece su trabajo con el análisis del bagaje autobiográfico, como se ha mencionado. Se utilizó también para evitar sesgos interpretativos evitando presuposiciones y prejuicios, pero enriqueciendo el análisis con su visión de ser-en-el-mundo.
 - Redacción de memorias, casos y experiencias de la vida profesional de la investigadora. Con la misma utilidad que el punto descrito anteriormente.
 - Formación previa en LM como matrona y como Consultora Internacional de LM (IBCLC).

2. Una preparación teórica:
 - Sobre el tema de estudio. A través de la revisión histórica y socio-cultural de la LM, y la de los antecedentes de investigación del tema de estudio, presente en la introducción de esta tesis.
 - Sobre la puesta en práctica de las herramientas de recogida de datos (J. I. Ruiz, 2012b; Taylor & Bogdan, 2006).

Así mismo se puso en práctica un cuaderno del investigador para el seguimiento de la investigación donde se registraron:

- Las ideas emergentes y las dudas.
- La toma de decisiones.
- El calendario, proceso de elección de las participantes y la puesta en contacto.

- Las fichas de cada entrevista. Las notas se tomaron en base a subtemas con contenido especial, conjeturas, expresiones no verbales e intuiciones (Taylor & Bogdan, 2006)

POSICIÓN DEL INVESTIGADOR

1. La posición de la investigadora durante el proceso fue la de inmersión en el tema de estudio tal y como estipula Heidegger, como se ha mencionado en la descripción de su filosofía en el diseño metodológico, y según la cual se realizó el proceso de preparación, lejos de mantenerse en una posición de bracketting, lo que pertenecería más a la línea filosófica de Husserl, que defiende la reducción fenomenológica.

El paradigma interpretativo no supone un observador ajeno a la realidad estudiada sino, muy por el contrario, un investigador inmerso en ella, a fin de que pueda comprender su significado. Debe compenetrarse en el mundo de estudio o pertenecer a él, lo que implica sumergirse en aquello que se desea estudiar y utilizar la comunicación como herramienta para acceder a los significados (Cornejo et al., 2008).

2. Intersubjetividad: En consonancia con el rechazo de la reducción fenomenológica, Heidegger (Heidegger, 1962) entiende al ser humano como ser-de-ahí en tiempo y espacio compartido con otros (ser-con), es decir, el mundo del Dasein es un mundo en común, por lo que los otros Dasein deben ser analizados e interpretados desde la comprensión del ser-en-el-mundo que tiene el investigador, tendiendo un puente ontológico hacia la comprensión del otro (Coll, 1990; Muñoz, 2011). La posición de apertura propia de la entrevista activa (Holstein & Gubrium, 2004) junto con la estrategia de análisis utilizada y descrita a continuación, dan sentido a la intersubjetividad dentro del círculo hermenéutico.
3. Rapport: Es la generación y mantenimiento de un ambiente de confianza, buena relación y compenetración, logrando que las personas se abran, irrumpiendo a través de las “fachadas” y de las “defensas contra el extraño” (Qu & Dumay, 2011; Taylor & Bogdan, 2006). Su establecimiento vino dado por la relación previa con las informantes o el contacto común con las que fueron captadas por muestreo en bola de nieve. La adaptación al horario y condiciones de establecimiento de las

citas con las participantes y tener un lugar común a la vida social de la investigadora (el colegio) también fueron factores positivos.

Para el mantenimiento se utilizaron las recomendaciones de distintos autores al respecto (Chárriez, 2012; Krause, 1995; Qu & Dumay, 2011; Sharpley, Munro, & Elly, 2005; Taylor & Bogdan, 2006; Vargas, 2012).

6. ESTRATEGIA DE ANÁLISIS DE DATOS

La búsqueda de comprensión interpretativa persigue revelar el fenómeno (dimensión ontológica) que no se muestra directamente y que se puede destapar por medio de la deconstrucción para clarificar el significado del ser (Cardoso, De Oliveira, Evangelista, & De Mello, 2012). El análisis hermenéutico toma como fuente los datos textuales de las transcripciones, lo que no implica sólo quedarse con el texto y en él; sino que es una interpretación que requiere de la voluntad del sujeto que conoce (investigador) para trascender las "fronteras" del texto a interpretar. En este sentido, se debe entender el proceso de análisis hermenéutico en permanente apertura, producto de la actividad re-interpretativa de la que es fruto (Cárcamo, 2005). Es un proceso dinámico y creativo que se alimenta, fundamentalmente, de la experiencia directa de los investigadores en los temas estudiados (Amezcuca & Gálvez, 2002).

La elección de la estrategia de análisis de datos a través de las pautas metodológicas de Smith, Flowers y Larkin (Smith et al., 2009) y los pasos recomendados por Diekelmann (Diekelmann, Allen, & Tanner, 1989), se realizó atendiendo a dos criterios:

1. A la coherencia con la línea filosófica seguida.

El análisis desde la hermenéutica de Heidegger requiere un enfoque ontológico (significado del ser-en-el-mundo) en el contexto espacio-temporal. Heidegger no explicó un método para la investigación fenomenológica pero sí conocimiento para abordarla a través del proceso interpretativo, que se alcanza por el círculo hermenéutico en términos de aproximación a la metodología, y consiste en ir de atrás hacia adelante y viceversa entre el entendimiento parcial y el del conjunto, más completo; es el proceso de movimiento dialéctico entre los antecedentes del significado compartido (con lo que cuenta el investigador) y la experiencia del participante, focalizada y finita, dentro de dicho significado; nos permite conocer el todo a través de las partes y viceversa (Mackey, 2005).

Smith, Flowers y Larkin (2009) describieron el análisis fenomenológico-interpretativo (más conocido como IPA, las siglas en inglés para Interpretative Phenomenological Analysis) como un abordaje de la investigación cualitativa que se ocupa de cómo las personas dan sentido a sus experiencias de vida. Sitúa a los participantes en su contexto particular de espacio y tiempo, explorando sus perspectivas personales en torno a la experiencia vivida en su día a día y la interacción con los demás, en consonancia con la filosofía de Heidegger. Es por lo tanto un abordaje de investigación encuadrado en la filosofía interpretativa hermenéutica, cuyo objetivo es destapar el significado de lo que no se muestra y está aparentemente oculto, pero en interrelación con el significado aparente, de manera que el análisis siempre implica interpretación. Según el IPA, el círculo hermenéutico es el proceso de investigación en el que “el todo” es la biografía en curso del investigador (experiencia propia, experiencia profesional y el conocimiento previo del tema a través del estudio), y “la parte” es el encuentro con el participante. En dicho círculo hermenéutico, el investigador parte de su “todo” y viaja al otro lado del círculo despojándose de sus preconcepciones para sumergirse en la experiencia del participante y volver posteriormente a ese todo, a través del círculo, punto en el cual se analiza el material recogido con la influencia propia del bagaje como ser-en-el-mundo y como investigador (Smith, 2007).

Por su parte, los pasos para el análisis diseñados por Diekelmann, aunque fueron descritos muy brevemente, están encuadrados como análisis fenomenológico hermenéutico también inmerso en los conceptos de la filosofía de Heidegger (Darbyshire, Diekelmann, & Diekelmann, 1999) y cuya cualidad reside en la capacidad para examinar, comparar y contrastar significados y describir conflictos y contradicciones en los mismos, para establecer relaciones finalmente (Diekelmann et al., 1989). El movimiento de círculo hermenéutico es entendido entonces desde el movimiento entre los textos recogidos como un todo y cada una de las partes.

Esta doble interpretación del círculo hermenéutico de ambos procedimientos, fue la base de la triangulación en la estrategia de análisis y justifica la elección de ambos aunque los dos comparten ciertos procesos comunes y flexibles entre sí y con otros autores como Van Manen (Smith et al., 2009).

2. A la pertinencia.

El tema de estudio es abordable desde el IPA, ya que el objetivo principal es la exploración de significado contextual. El verbo explorar es el más utilizado en los objetivos de los trabajos de investigación que utilizan este tipo de análisis ya que focaliza el tema de estudio en la interpretación de la experiencia vivida. Así mismo, la metodología del IPA permite el análisis en profundidad que precisa “lo particular”, es decir, cada participante en su historia de vida y dentro de la complejidad social, cultural, política, sanitaria y psicológica del amamantamiento, permitiendo la visión holística necesaria en enfermería y en el tema de la LM. Dicha inmersión en lo particular a través del relato de vida es necesaria para este tipo de análisis, ya que los factores contextuales influyen en el contenido de la entrevista (Smith et al., 2009) estableciendo una interrelación de pertinencia metodológica entre la recogida de datos y el análisis en la presente tesis.

El IPA, aunque con origen en la psicología, se ha ido expandiendo rápidamente a las ciencias sociales y de la salud, ya que relaciona a las personas con el mundo. Ha sido utilizado en temas de transición vital y cambios de identidad afines con el de este estudio, como la transición a la maternidad, y ha sido introducido y utilizado en la investigación por matronas (Roberts, 2013; Walsh-Gallagher, Sinclair, & Mc Conkey, 2012; Walsh-Gallagher, Mc Conkey, Sinclair, & Clarke, 2013).

Por otra parte, además de cumplir con el paradigma filosófico, la estrategia de análisis en 7 pasos de Diekelman, la cual es enfermera, ha sido ampliamente utilizada en trabajos de investigación en enfermería (Draucker, 1999; J. Mercer, Green-Jervis, & Brannigan, 2012; Parsons, 2010) lo que la hace óptima para la proyección de los resultados en la perspectiva de mejora de los cuidados.

En la puesta en práctica, como se ha mencionado, se transcribieron los relatos de vida y se conformaron las historias de vida en base a éstos, lo que supuso un trabajo del contexto espacio-temporal previo a la inmersión del análisis. Se transcribieron las entrevistas y se tomó como foco de análisis estas últimas pero utilizando como herramienta contextual las historias de vida en la búsqueda y establecimiento de significados, en un movimiento de vaivén entre el contenido focalizado de éstas y el conocimiento contextual aportado por las historias de vida, con los objetivos descritos en la tabla 9.

EL PROCESO DE ANÁLISIS FENOMENOLÓGICO-INTERPRETATIVO SEGÚN EL TRATADO DE SMITH, FLOWERS Y LARKIN (2009)

Tomar como base de la estrategia de análisis de datos el análisis fenomenológico-interpretativo, permitió la flexibilidad necesaria en el recorrido de sus pasos para hacer uso de las historias de vida como contexto para la búsqueda de significados, en consonancia con la línea heurística del proceso y el compromiso con las participantes descrita por los autores. De hecho, el IPA se concibe como proceso flexible y dinámico al servicio del investigador, para que éste haga uso no rígido de los pasos propuestos.

A continuación se describen los 6 pasos de este análisis:

1. Leer y re-leer: Primera inmersión en la experiencia de la participante como foco de análisis. Se lee y relee la transcripción aumentando la comprensión por medio del análisis del rapport, el recuerdo del proceso de recogida de datos y las impresiones capturadas, entendiendo así mismo el flujo y ritmo generales de la entrevista y anotando las ideas principales como visión general de la primera impresión adquirida por el investigador.
2. Realizar anotaciones iniciales: Es la fase más detallada del análisis y la que lleva más tiempo. Aumenta la familiaridad con el texto a nivel exploratorio. En realidad, este paso comienza solapado con la toma de notas del paso anterior y continuando con anotaciones en las sucesivas lecturas, formando un conjunto detallado de notas y comentarios comprometidos con la transcripción, es decir, se describen lugares, eventos y relaciones y su significado explícito para el participante. Así mismo se pretende identificar repeticiones, contradicciones y diferencias. El proceso se realiza a través del lenguaje y el contexto de vida para identificar conceptos más abstractos dando lugar a distintos tipos de notas que se utilizarán como herramientas flexibles, no siendo prescriptivas ni exhaustivas:
 - Comentarios descriptivos: focalizado en describir el contenido relevante de lo que se cuenta, detectándolo a través de puestas en relieve del discurso por medio de descripciones, respuestas emocionales y fragmentos de sonido.
 - Comentarios lingüísticos: focalizados en la exploración del uso del lenguaje. Se refiere a cómo se presenta el contenido. La metáfora es el componente principal ya que conecta las notas descriptivas con las

conceptuales. Otras formas de exposición son igualmente valorables como la pronunciación, repetición, tono o grado de fluidez.

- Comentarios conceptuales: focalizado en un nivel de compromiso más interpretativo, en un movimiento desde lo explícito hacia el entendimiento del tema general por parte del participante. Las notas suelen ser de tipo interrogativo y se clarifican en pasos posteriores ya que son cuestiones conceptuales provisionales en esta fase.

Es aquí donde las interpretaciones se relacionan inevitablemente con el bagaje y el conocimiento previo del investigador aunque éstos deben utilizarse como herramienta y no como punto focal, por lo que puede haber diferencias entre las notas realizadas por distintos investigadores. Así mismo, es donde se establecen las relaciones temporales.

Ocasionalmente se puede utilizar la deconstrucción que es una descontextualización, para explorar las relaciones entre unas experiencias y otras y focalizar la atención en lo que el participante dice en ese momento.

3. Desarrollo de los temas emergentes: Supone reducir el volumen de detalle alcanzado manteniendo la complejidad por medio de conexiones y patrones establecidos entre los temas anotados, más que sobre la transcripción. También se identifican temas emergentes para lo que hay que romper el flujo de la narración formando fragmentos para reorganizar los datos. Lo importante es captar lo crucial de cada uno de estos fragmentos sin olvidar el texto completo y viceversa, que es propio del círculo hermenéutico. Así mismo los temas reflejan las palabras y pensamientos tanto del investigador como del participante.
4. Búsqueda de conexiones entre los temas emergentes: Este paso consiste en la elaboración de mapas que muestren cómo encajan entre sí los temas. En este sentido es deseable que el investigador explore e innove en términos de la organización de los mismos y su análisis, tomando decisiones en función del tema y los objetivos del estudio, por lo que pueden tomarse o descartarse algunos de ellos y que después pueden ser reevaluados, elaborando así una estructura enfocada hacia los temas que más preocupan o son destacados por los



participantes. Algunas formas de establecer patrones y conexiones entre temas son:

- **Abstracción:** consiste en elaborar una categoría superior de temas para lo cual se unen los que son similares y se nombra ese grupo con una nueva etiqueta.
- **Realización de subgrupos:** es el proceso contrario. Surge cuando un tema adquiere importancia ayudando a agrupar otros que quedan dentro de aquel.
- **Polarización:** buscando las diferencias y la oposición entre los temas como recurso organizativo de mayor nivel.
- **Contextualización:** atender de manera proactiva al contexto. Es sumamente útil esclarecer los temas relacionados con situaciones relevantes (*key life events*) aunque éstas pueden estar dispersas en la narración.
- **Numeración:** el número de veces que se repite un tema puede ser un indicador de su importancia, sobre todo en las entrevistas no estructuradas, aunque no es el único indicador de relevancia.
- **Función:** la interacción de significados positivos y negativos provista por la organización de los temas puede ir más allá del significado presentado por el participante, como modo distinto de presentar su yo en el interior de la entrevista, en un nivel más avanzado de interpretación. Así los temas emergentes son analizados por su función en la profundidad..
- **Agrupar estrategias:** las estrategias descritas pueden ser utilizadas de manera creativa y dinámica por el investigador de manera que el grupo formado por las mismas funcione en su investigación. Es importante entonces llevar un diario del procedimiento de análisis particular para ese estudio.
- **Recopilar fragmentos de las transcripciones** para dar lugar a archivos de temas emergentes.

- Acotar y tematizar por ordenador.
5. Pasar al siguiente caso: Cada caso debe ser analizado por separado siguiendo las pautas anteriores despojándose de los hallazgos encontrados en los casos anteriores, permitiendo que emerjan nuevos temas.
 6. Buscar patrones a través de los casos: Consiste en detectar conexiones y temas predominantes, que puede llevar a re-configurar y re-etiquetar. Se esclarecen los temas compartidos y no compartidos. El resultado es un esquema o tabla de las conexiones de grupo como un todo

[LOS PASOS DESCRITOS POR DIEKELMANN ET AL. \(1989\) PARA EL ANÁLISIS HERMENÉUTICO](#)

Los autores describen siete pasos en el análisis hermenéutico con el objetivo de buscar una interpretación de lo que está embebido en el texto, de manera focalizada y fundamentada en el mismo, aunque expresan flexibilidad en cuanto a que puede haber más de una interpretación correcta.

- Paso 1: El propósito de este paso es examinar todos los documentos como un todo haciendo una lectura de cada uno de ellos y obteniendo un entendimiento general de conjunto.
- Paso 2: Realizar fragmentos e identificar categorías. Se realiza la interpretación de cada categoría, asociada a un fragmento de texto, a modo de datos que apoyan la interpretación. En los grupos de investigación se busca el consenso.
- Paso 3: Implica un nivel más avanzado de análisis de cada documento independientemente. En el equipo, las discrepancias en la interpretación son clarificadas y referidas en el texto.
- Paso 4: Identificar las relaciones entre los temas. Un tema relacional es el que trasciende todos los textos. Los temas generados en pasos anteriores son releídos y estudiados buscando similitudes y contradicciones entre significados de los distintos textos. Las relaciones entre temas deben ser apoyadas por los documentos.



- Paso 5: Los patrones constitutivos emergen. Estos patrones aparecen en todos los documentos y expresan las relaciones entre temas relacionales. Es el más alto nivel de análisis hermenéutico.
- Paso 6: El propósito es la validación mediante revisión del propio investigador, del equipo o de otros profesionales ajenos al equipo de investigación.
- Paso 7: Preparación del informe final utilizando suficientes fragmentos como para validar los hallazgos. Los múltiples pasos ayudan al control de sesgos interpretativos y su objetivo es exponer los conflictos e incongruencias permitiendo las re-aproximaciones y comparaciones. De esta manera se llevan a la luz los significados inapropiados y no apoyados por el texto.

RELACIÓN ENTRE AMBAS HERRAMIENTAS DE ANÁLISIS

Se establecieron las relaciones entre ambas herramientas con el fin de realizar una estrategia sólida, coherente y contrastada para el abordaje del análisis en este estudio. Dicho establecimiento se realizó de manera flexible en función del contenido conceptual, el momento de aplicación o la aplicabilidad, siguiendo la recomendación del IPA en cuanto a creatividad y agrupación de las herramientas de manera pertinente para la investigación. Por lo tanto las relaciones no son las únicas que pueden establecerse (tabla 11).

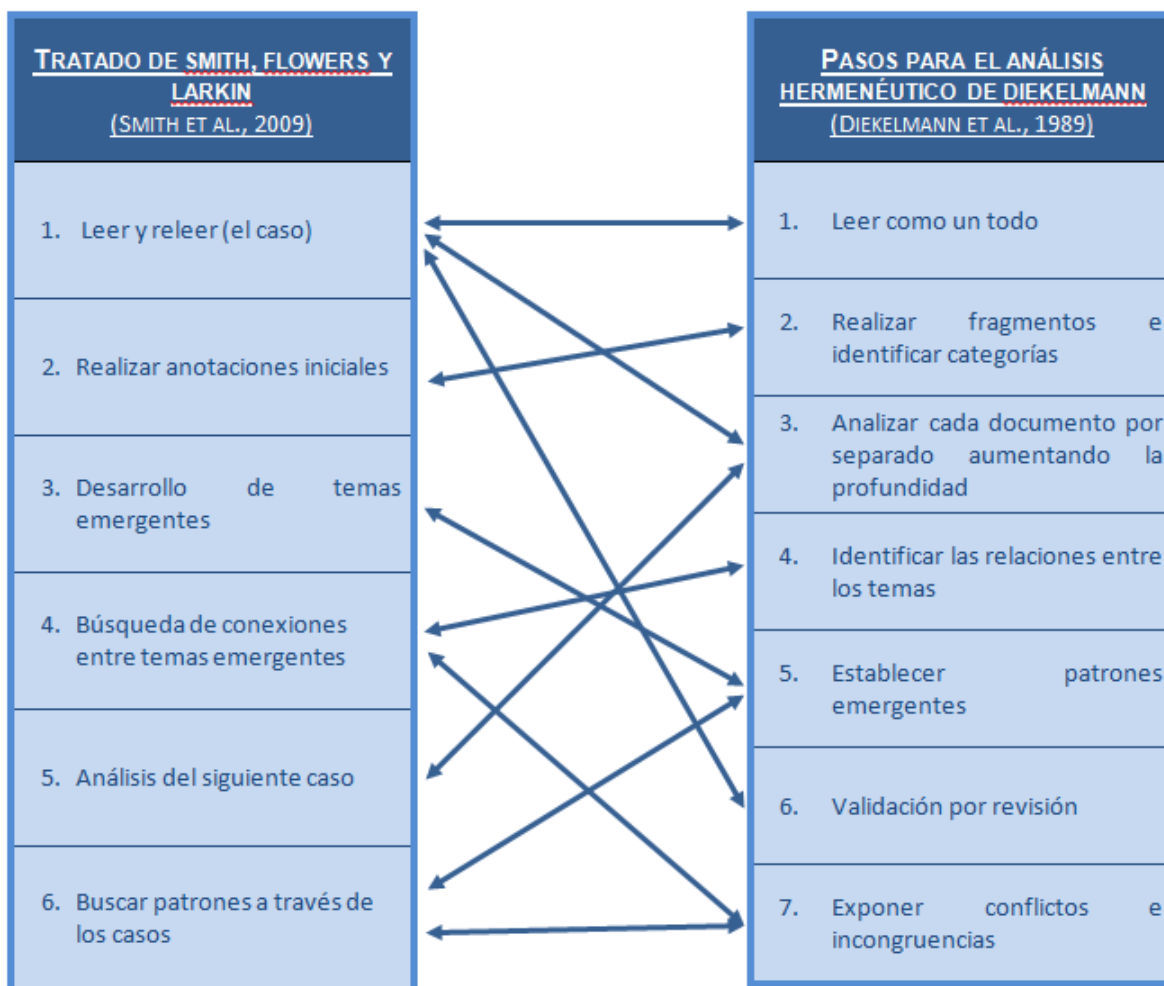


Tabla 12. Relaciones entre los pasos de la estrategia de análisis de Smith et al. (2009) y la de Diekelmann et al. (1989)

RESULTADO DE LA INTEGRACIÓN DE LAS HERRAMIENTAS DE ANÁLISIS

El resultado de la integración de la estrategia de análisis de Smith et al. (2009) y la de Diekelmann et al. (1989) realizada para este estudio se muestra en la tabla 12.

INTEGRACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE ANÁLISIS DE SMITH ET AL. (2009) Y DIEKELMANN ET AL. (1989)		
PASOS	RELACIÓN ESTABLECIDA SMITH ET AL. (2009) - DIEKELMANN ET AL.(1989)	INTEGRACIÓN
Paso 1	Paso 1 - Paso 1	Leer todas las historias de vida y las transcripciones de las entrevistas. Evita que la investigadora tenga mayor visión de conjunto al final (últimos casos) que al principio por efecto acumulativo. Después leer la primera historia de vida y la primera entrevista más la ficha de participante.
Paso 2	Paso 2 - Paso 2 Paso 1 - Paso 3	Se relee el primer caso (historia + entrevista) con mayor profundidad y se realizan anotaciones sobre los fragmentos relevantes estableciendo categorías.
Paso 3	Paso 3 – Paso 5	Establecer y desarrollar temas emergentes.
Paso 4	Paso 4 – Paso 4 Paso 4 – Paso 7	Buscar conexiones entre temas emergentes (en casos sucesivos se releen los anteriores). Se utilizan las herramientas del 4º paso de Smith et al. (2009) para la búsqueda de los temas relacionales y las conexiones, detectando conflictos e incongruencias utilizando como herramienta las historias de vida. Se detectan casos opuestos, extremos o no esperados.
Paso 5	Paso 5 – Paso 3	Se pasa al siguiente caso, se relee y se realizan anotaciones en base a los fragmentos relevantes.
Paso 6	Paso 6 – Paso 5 Paso 6 – Paso 7	Se buscan patrones emergentes en el conjunto de transcripciones (entrevistas) y se detectan conflictos e incongruencias haciendo uso intra e intercaso de las historias de vida. Se comprueban los casos opuestos, extremos o no esperados.

Tabla 13. Integración de la estrategia de análisis de Smith et al. (2009) y la de Diekelmann et al. (1989) realizada para este estudio.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

En ciencias de la salud y en particular en la investigación cualitativa, toman importancia las consideraciones éticas filosóficas: Se trata de proveer conocimientos, destrezas y habilidades en la interacción con las personas, de comprender los deberes de las profesiones, los derechos de los investigados, así como desarrollar una sensibilidad para reconocer los distintos matices culturales, las expresiones de diversidad grupal y la vulnerabilidad de la condición humana (Lolas, 2006).

La mayoría de los autores sitúan como hitos básicos de la Historia de la Ética en Investigación el Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki, y el informe Belmont (Emanuel, Wendler, & Grady, 2000; V. Escudero et al., 2010). También la OMS establece unas pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS, 2015). Todos ellos más enfocados a la investigación cuantitativa que a la cualitativa (Richards & Schwartz, 2002).

Si bien hay una variedad de directrices en relación a la investigación con seres humanos, todas tienen en común el respeto a los principios éticos fundamentales de la Ética en Investigación: autonomía, beneficencia, no maleficencia, y justicia. Una propuesta de sintetización en siete requisitos necesarios para alcanzar dichos principios en investigación cualitativa, es la que se muestra a continuación (Emanuel et al., 2000) (tabla 13).

REQUISITOS	EXPLICACIÓN	PRINCIPIOS ÉTICOS
1. Valor social o científico	Debe buscar generar algún beneficio para las personas, bien de manera individual, bien de manera colectiva.	Beneficencia. Justicia.
2. Validez científica	El diseño metodológico debe ser adecuado a los objetivos, seleccionar oportunamente los contextos y los informantes. Interpretar acertadamente los resultados.	Beneficencia. No maleficencia.
3. Razón riesgo-beneficio favorable	Justificar la pertinencia del estudio, minimizar el impacto emocional. Aclarar al participante el papel que cumple el investigador y los resultados que puede esperar de la investigación. Permitir a los informantes revisar el informe antes de considerarlo cerrado.	No maleficencia. Justicia.
4. Consentimiento informado	Establecer un proceso abierto de información y consentimiento. Garantizar la voluntariedad y capacidad de participantes. No mentir. Registrar el consentimiento por escrito.	Autonomía. No maleficencia.
5. Respeto por los participantes	Proteger la intimidad y confidencialidad. Informar sobre la forma en que se protegerán los datos y se almacenarán, y sobre quién accederá a ellos.	Autonomía. No maleficencia.
6. Evaluación independiente	Poner de manifiesto los conflictos de intereses (evaluadores formados en investigación cualitativa ajenos a la propia investigación). No encorsetar la investigación cualitativa en esquemas de evaluación de ensayos clínicos con medicamentos.	Justicia.
7. Selección equitativa de los sujetos	Establecer criterios rigurosos que apoyen la selección de los participantes y eviten la arbitrariedad. Reparto de beneficios y cargas. No sobreutilizar población vulnerable.	Justicia. No maleficencia.

Tabla 14. Requisitos éticos generales de una investigación cualitativa. Adaptada de Emanuel et al. (2000) (Barrio-Cantalejo & Simón-Lorda, 2006).

La puesta en práctica de las consideraciones a dichos requisitos y principios en la presente tesis se llevaron a cabo según se detalla:

1. Valor social o científico (Beneficencia/Justicia). Se busca la mejora de la calidad de los cuidados de manera individual (consultas individuales) y colectiva (realización de políticas y protocolos) basada en la mejor comprensión de los significados en LM en relación con las abuelas como personas significativas transmisoras de cultura y valores, y trabajar con los significados transmisibles a la siguiente generación para aumentar la satisfacción y mejorar la calidad de la atención y las tasas de inicio y mantenimiento de la LM exclusiva, según las recomendaciones de la OMS.
2. Validez científica (Beneficencia/No maleficencia). Basada en la búsqueda del rigor metodológico que se describe en dicho apartado. El contexto en el que se seleccionó la muestra (colegio) se trataba de un medio habitual para las participantes, que no aumentaba la vulnerabilidad. La preparación de la investigadora para la recogida de datos reforzó el rigor metodológico, minimizando así los efectos negativos derivados de una mala praxis al respecto.
3. Razón riesgo-beneficio favorable (No maleficencia/ Justicia). La pertinencia del estudio basada en el abordaje integral y los significados transmisibles a la siguiente generación quedaron descritos en el apartado destinado a tal efecto. El estudio basado en la memoria remota hizo que no hubiera efecto en la modificación de conductas, se minimizara el impacto emocional y no se diera dilema ético por la necesidad de intervención por parte de la investigadora (por ejemplo ante una transmisión de mito contrario al mantenimiento de la LM por parte de la abuela, en el momento de producirse ésta). Tras la interpretación de los resultados se realizó feed-back con las participantes por vía e-mail, llamada telefónica o encuentro presencial, según la preferencia de éstas (validación del participante) (Richards & Schwartz, 2002)

Se aclaró que la recogida de datos no estaba vinculada a ningún tipo de terapia (entrevista terapéutica) ni a juicio de valor de lo narrado por parte de la investigadora. Así mismo se adecuó la realización de las entrevistas a las condiciones y preferencias horarias y de ubicación estipuladas por las participantes, y las preguntas se adaptaron al curso emocional y al contenido del relato de vida para no producir daño.

4. Consentimiento informado (Autonomía/No maleficencia). Se dio información detallada del proceso de manera verbal, con un tiempo para la reflexión entre esta primera información y la firma del consentimiento informado de proceso, que se acompañó de una nueva explicación y la resolución de dudas planteadas por la participante. El consentimiento informado (Anexo III) incluye una hoja de revocación que las participantes podían entregar firmada en cualquier momento del proceso y sin ningún tipo de penalización, de lo que se les informó al inicio del mismo garantizando así la voluntariedad. Fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Rey Juan Carlos.
5. Respeto por las participantes (Autonomía/No maleficencia). Tanto las grabaciones como las transcripciones se vincularon a un código y nunca al nombre de la participante. Se dio información a las participantes sobre el cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal y la custodia de los mismos. Así mismo se informó de dicha protección en caso de publicación: anonimato con el uso de códigos y verbatim que no vincularan con identidad. Se explicó el deber de secreto profesional de la investigadora (Richards & Schwartz, 2002).
6. Evaluación independiente (Justicia). Evaluación por el Comité de Ética de la Universidad Rey Juan Carlos con dictamen positivo (Anexo V).
7. Selección equitativa de los sujetos (Justicia/No maleficencia). No hubo diferencias significativas en el entorno de captación de participantes ni en las características de éstas, que pudieran afectar a la vulnerabilidad o generar desigualdad, como tampoco se derivarán estos efectos de la aplicación de los hallazgos a los cuidados (Barrios, 2007).



RIGOR METODOLÓGICO - CRITERIOS DE CALIDAD

El rigor es el uso de un sistema lógico compartido y aceptado por la ciencia para asegurar la concordancia en las predicciones y/o explicaciones de una teoría o trabajo (Reynolds, 2007).

Resulta más relevante cuando lo que se busca no es necesariamente confirmar o desconfirmar teorías, sino contribuir al proceso continuo de revisión y enriquecimiento de la comprensión de la experiencia, sin desprenderse de la reflexión propia que toda nueva construcción de conocimiento conlleva (Elliott, Fischer, & Rennie, 1999). Por lo tanto, la investigación cualitativa debe atender a criterios de rigor que consideren las diferencias y variabilidad epistemológicas, metodológicas y teóricas y sean coherentes con ellas (Cornejo & Salas, 2011; Noreña, Alcaraz-Moreno, Rojas, & Rebolledo-Malpica, 2012), y a una comprensión holista de la experiencia estudiada, mirando el proceso investigativo como algo co-construido, y describiendo los aportes que esto da a la investigación.

Tomando en cuenta estas consideraciones, se elaboró una tabla a partir de la clasificación comparativa ofrecida por Guba (Guba, 1981) de los criterios de rigor de la investigación cualitativa con los criterios de calidad tradicionales y adoptados en la investigación cualitativa en enfermería (Sandelowski, 1986), y se incorporaron requisitos propuestos y desarrollados por otros autores (Cope, 2014; Cornejo & Salas, 2011; De Witt & Ploeg, 2006; Noreña et al., 2012; Ryan-Nicholls & Will, 2009) (tabla 14).

<u>CRITERIO</u>	<u>INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA</u>	<u>INVESTIGACIÓN CUALITATIVA</u>	<u>CONTENIDO</u>
VALOR DE VERDAD	VALIDEZ INTERNA	CREDIBILIDAD (CREDIBILITY)	<ul style="list-style-type: none"> - Fidelidad con cómo se comporta el fenómeno de estudio mediante adecuación epistemológica y metodológica. - Triangulación. - Correspondencia pregunta de investigación-objetivos-diseño. Seguimiento y documentación de las decisiones tomadas (coherencia metodológica). - Proceso que produzca datos reconocibles por informantes: escucha activa, rapport, calidad de la transcripción. - Preparación y posicionamiento del investigador. - Considerar influencia del investigador sobre la investigación: intersubjetividad. Inmersión.
APLICABILIDAD	VALIDEZ EXTERNA	TRANSFERENCIA (FITTINGNESS)	<ul style="list-style-type: none"> - Resultados no generalizables pero sí transferibles. Descripción detallada de la población, criterios de inclusión y exclusión y objeto de estudio.
CONSISTENCIA	FIABILIDAD INTERNA	DEPENDENCIA/ CONSISTENCIA/ REPLICABILIDAD/ AUDITABILIDAD (CONSISTENCY)	<ul style="list-style-type: none"> - Pertinencia entre pregunta de investigación y metodología. Relevancia heurística. - Dado que puede darse cierta variabilidad interpretativa, la interpretación debe ir fijada al contexto (relato de vida). - Exhaustividad en el registro y descripción de las decisiones tomadas y el procedimiento: apertura del proceso a otros investigadores.
NEUTRALIDAD	OBJETIVIDAD (FIABILIDAD EXTERNA)	CONFIRMABILIDAD /REFLEXIVIDAD (CONFIRMABILITY)	<ul style="list-style-type: none"> - Autoconciencia del investigador en cuanto a supuestos y perspectivas: Atender a la comprensión holística de la experiencia estudiada. - Posibilidad de mostrar los datos hacia las fuentes: validación de participante

Tabla 15. Integración de los criterios de rigor de la investigación cualitativa de Guba (Guba, 1981) con los requisitos descritos por otros autores (Cope, 2014; Cornejo & Salas, 2011; De Witt & Ploeg, 2006; Noreña et al., 2012; Ryan-Nicholls & Will, 2009)

A continuación se detallan los procesos o mecanismos desarrollados en este trabajo de investigación para alcanzar el rigor y la calidad óptimas en función de los criterios y requisitos descritos:

1. Credibilidad:

- Fidelidad con cómo se comporta el fenómeno de estudio mediante adecuación epistemológica y metodológica. La investigación se desarrolló bajo el paradigma fenomenológico-interpretativo, adecuado para la exploración de significados de experiencias vividas en fuerte conexión con tiempo y espacio. Se cuidó que la metodología de investigación fuera congruente con el paradigma filosófico.
- Triangulación.
 - En la recogida de datos, se llevó a cabo la triangulación mediante la utilización de dos técnicas: la entrevista y el relato de vida.
 - El análisis de los datos se realizó en base a dos procedimientos congruentes con el diseño del estudio para asegurar una estrategia fiel a los significados de las experiencias de las participantes como triangulación de estrategia de análisis.
 - En cuanto a los resultados, se realizaron dos sesiones de triangulación contando con expertos en lactancia materna y en metodología cualitativa. En la primera sesión se presentaron los resultados preliminares, se hicieron las modificaciones oportunas y se siguieron las recomendaciones de los expertos para completar los resultados. En la segunda sesión se presentaron dichas modificaciones y la totalidad de resultados. Se sometieron a discusión los siguientes aspectos siguiendo la parrilla de evaluación del programa de lectura crítica CASPe (Critical Appraisal Skills Programme Español):

PREGUNTA	RESPUESTA/ASPECTOS TRATADOS
A/ ¿LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO SON VÁLIDOS?	
1.- ¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación?	Sí.
2.- ¿Es congruente la metodología cualitativa?	Sí.
3.- ¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?	Sí. Valorada la pertinencia de los conceptos de la filosofía de Heidegger para el estudio: <ul style="list-style-type: none"> • “Ser - en - el - mundo”. Tiempo y espacio. • Cultura. • Capacidad de “ser”. • El órgano y el útil.
4.- ¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?	Sí. Se evaluó la congruencia del muestreo por casos extremos con la etiqueta: “La experiencia positiva y negativa que contaré”. Se amplió la descripción de la muestra.
5.- ¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?	Sí. Se dieron detalles sobre la relación entre temas y la asignación de verbatim en cada categoría y tema basados en la justificación en las historias de vida.
6.- ¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexividad)?	Sí. Se debate con los expertos en LM el rol de investigador en el objeto de estudio.
7.- ¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?	Sí. Consentimiento informado de proceso con posibilidad de revocación y dictamen del Comité de Ética.
B/ ¿CUÁLES SON LOS RESULTADOS?	
8.- ¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?	Sí. Se aportaron verbatim de todos los subtemas. Se discutió sobre la extensión de los verbatim y la vinculación explícita a los relatos de vida. Se evaluó la presencia de los casos negativos y extremos en algunos temas. Se analizó con los expertos en LM el resultado no esperado relacionado con el apego.
9.- ¿Es clara la exposición de los resultados?	Sí. Se evaluó especialmente la correspondencia en la exposición de los resultados de la categoría “el futuro” con el segundo objetivo del estudio mediante la búsqueda de la claridad de las etiquetas.
10.- ¿Son aplicables los resultados de la investigación?	Sí. Se describió y debatió sobre la pertinencia desde el punto de vista metodológico y asistencial con los expertos.

Tabla 16. Aspectos más relevantes tratados en las dos sesiones de triangulación de resultados, siguiendo la parrilla de evaluación del programa de lectura crítica CASPe.

- Posteriormente se triangularon los significados interpretados con cuatro informantes que ratificaron el análisis que se estaba realizando en coherencia con los resultados ofrecidos.
- Proceso que produzca datos reconocibles por informantes: los relatos de vida previos a las entrevistas ofrecieron una base sólida para la correcta orientación de la entrevista en profundidad y para la interpretación fiel de los datos, así como la conexión necesaria con la filosofía de Heidegger. La herramienta utilizada (entrevista activa) evitó el alejamiento en la interpretación de los datos mediante un primer feed-back en la misma. El rapport establecido permitió la apertura de las participantes y evitó las barreras que pudieran producir distorsión de los datos. Se realizaron transcripciones fieles y literales y las fichas de participante permitieron la recogida de datos de comunicación no verbal y aspectos influyentes a destacar por la investigadora. El análisis procuró resultados más allá del reconocimiento de las experiencias por las participantes (más propio de un estudio descriptivo) buscando más bien que las participantes las sintieran como propias tras los resultados (al tratarse de un estudio interpretativo)(De Witt & Ploeg, 2006).
- Preparación y posicionamiento de la investigadora: Reforzó la correcta puesta en práctica de la recogida de datos y el análisis, de acuerdo con el posicionamiento de inmersión en el tema de estudio propio de la filosofía fenomenológica interpretativa.
- Considerar la influencia del investigador sobre la investigación: Intersubjetividad e inmersión se documentaron detalladamente en los apartados de preparación y posicionamiento del investigador. En la investigación cualitativa el investigador es sujeto y objeto de la ciencia pero siempre al servicio del objeto de estudio, en un movimiento entre lo personal y lo colectivo, lo psicológico y lo social (Legrand, 1999). El trabajo de campo comparativo, la experiencia laboral asistencial y la formación y los resultados y discusiones de los trabajos de otros autores facilitaron la apertura hacia el participante y el reconocimiento de premisas, supuestos y ejes temáticos personales.

2. Transferibilidad:

Acorde con los principios de la investigación cualitativa, no es posible la generalización pero sí la transferibilidad atendiendo a la descripción realizada y minuciosa de la población de estudio, los criterios de inclusión y exclusión y las características finales de la muestra. Los estudios realizados hasta el momento no contemplaron características poblacionales similares por lo que la transferibilidad puede aportar nuevos beneficios, por lo que refuerza el criterio de consistencia también, dada la pertinencia y relevancia heurística (Cornejo & Salas, 2011).

3. Dependencia/consistencia/replicabilidad/auditabilidad:

- Pertinencia entre pregunta de investigación y metodología, como se ha descrito.
- Control de la variabilidad interpretativa: mediante la triangulación de estrategias de análisis y el apoyo en el relato de vida, que vincula estrechamente con el contexto personal de las participantes.
- Exhaustividad en el registro y descripción de las decisiones tomadas y el procedimiento. Cada paso del proceso de investigación ha sido detallado minuciosamente en esta tesis, apoyado por un cuaderno de registro del investigador y por bases teóricas sólidas, respetando la flexibilidad propia del enfoque hermenéutico-interpretativo.

4. Confirmabilidad/reflexividad:

- Autoconciencia del investigador en cuanto a supuestos y perspectivas. Mediante proceso reflexivo previo al posicionamiento y la evaluación del círculo hermenéutico.
- Posibilidad de mostrar los datos hacia las fuentes: validación de participante. Se realizó validación preliminar de algunos significados a través de las entrevistas activas descritas y validación posterior al análisis con las participantes.



RESULTADOS

Los resultados se exponen a continuación en cinco categorías principales con temas y subtemas y en congruencia con la cobertura de los objetivos de este estudio. La estructura presentada se realizó en base a la coherencia con las historias de vida y el proceso de análisis descrito anteriormente, aunque no es la única opción posible, debido a la interrelación entre categorías y temas, cuya explicación se expuso al final de este apartado.

Los significados que se derivaron directamente de los verbatim se triangularon con los relatos de vida. Otros se apoyaron en una explicación específica de la historia de vida en relación con los mismos para salvaguardar el rigor interpretativo en todo momento.

ESTAR AHÍ	LA ABUELA DE REFERENCIA		
	APOYO INCONDICIONAL	AMOR Y VÍNCULO	
		YO SOY LO PRIMERO PARA ELLA	
	NO ESTAR SOLA	CAMINAR JUNTAS Y COMPARTIR	
		EXPRESAR EMOCIONES	
		MIMETIZACIÓN	
	LLEVAR LA PESADA CARGA	APOYO EN EL NUEVO ROL	
		AYUDA LOGÍSTICA	
		LA LUCHA	
		COMPRENSIÓN Y RESPETO	
	NO ESTAR AHÍ	UN NUEVO ESPACIO	
		LA CONGRUENCIA Y LA UTILIDAD	DAME SÓLO LO QUE PIDO
NO TE NECESITO AHORA			
LA SUSTITUCIÓN			
TE CUENTO Y TE ENSEÑO	LA ACTITUD	EL POSICIONAMIENTO	
		LA INFLUENCIA DE LA CULTURA	
	LA HERENCIA DE EL QUÉ Y EL CÓMO	LOS CONOCIMIENTOS, MENSAJES E INDICACIONES	
		LO PRÁCTICO	
		LA EXPERIENCIA VIVIDA	
ANÁLISIS Y JUICIO	EVALUACIÓN MADRE-ABUELAS		
	EVALUACIÓN ABUELAS-MADRE		
EL FUTURO	LA EXPERIENCIA POSITIVA Y NEGATIVA QUE CONTARÉ	SOBRE AMAMANTAR	
		LA LACTANCIA EN MI VIDA	
		EL CUERPO Y LA MENTE	
		EL APEGO	
		LA SOCIEDAD	
		EL PERSONAL SANITARIO	
		EL DESTETE	
	EL ROL COMO ABUELA		

Tabla 17. Categorías, temas y subtemas

1. ESTAR AHÍ

Las participantes percibieron la necesidad de la presencia de las abuelas como figura destacada de apoyo, aunque en ocasiones con distintos resultados en la interacción. Esta necesidad estuvo relacionada con el vínculo emocional, la nueva situación y la cultura, expresadas en distintos temas que representaron la necesidad de acompañamiento y comprensión y de apoyo en el desarrollo del rol como madre lactante.

LA ABUELA DE REFERENCIA

La figura de la abuela de referencia supuso para las participantes la fuente de apoyo y guía principal que les aportó seguridad y tranquilidad como persona significativa en sus vidas, desde el rol compartido de madre y mujer.

El rol de la abuela de referencia por parte de la abuela materna fue un rol esperado dentro del contexto de un momento significativo en la vida, en el que las expectativas se ceñían a un comportamiento también esperado, con base en el conocimiento personal, en las virtudes y defectos conocidos y en la continuidad de vivir una vida juntas.

Las madres pudieron regular el flujo de influencia de las abuelas en función de la cercanía y confianza valorada, de manera que las abuelas obtuvieron de la madre lactante en cada caso una mayor o menor licencia en la participación en la LM.

La abuela paterna podía ser la referencia si la relación con la abuela materna no cumplía con los criterios de cercanía física o emocional o las expectativas para forjar la relación necesaria, para ser el apoyo principal que sustentara la seguridad de la madre lactante, pasando a sustituirla o suplementarla, aunque emocionalmente la madre deseara que ese rol fuese de la abuela materna.

La falta de la presencia de una abuela de referencia justificó la necesidad de buscar apoyo en otras madres que cubrieran la necesidad de rol compartido y cercanía.

Participante 1

“No es lo mismo (respecto a abuela paterna), porque tienes mucha menos confianza además...”.

Participante 3

“Siempre ha estado ahí... en el fondo siempre... siempre ha estado. Si no hubiera estado acostumbrada a que estuviese pues diría: bueno, puedes tirar de otro sitio, pero es verdad

que... que aunque ella no haya pasado por esa experiencia, en el fondo son momentos en los que lo pasas o bien o mal, pero vamos... si estás bien pues siempre también estará contigo, tampoco... o sea son cosas muy importantes en la vida, la maternidad... la boda... siempre están ahí las madres, bueno siempre, yo sí que tengo esa suerte... entonces son momentos muy... emocionales.”

“Yo pienso que esos primeros días, eh... es como cuando realizas la boda, la madre de la novia se involucra más no... porque la suegra no quiera, sino porque es la madre de la novia, lo veo un poco igual”.

“No es porque sea la lactancia, sino porque ya hay tanta... hay mucha tranquilidad, porque sabe cómo afrontar, afrontar los asuntos siempre ...”

Participante 6

- Explicando el papel que tiene la abuela paterna en la LM:

“A lo mejor algunas pueden llegar a estar más cerca de la abuela paterna que, incluso, de su propia madre, depende también de como sean sus madres, o al revés, que tengan una relación tan especial con su madre que a ti ni te necesitan”.

Participante 7

- La participante 7 analiza por qué la abuela materna fue su apoyo de referencia:

“A mí, la semana que estuvo mi madre yo estaba muy tranquila, muy tranquila, porque todo era más sencillo (...) yo no sé si era por el hecho de que me pudiese ayudar, o porque pudiese hacer ella algo que yo tuviese que hacer o simplemente el hecho de tenerla allí. No sé exactamente porque... un poco todo”.

“En ese momento me sentí un poco desvalida, o sea en plan de ‘¡se va mi madre!’ “.

“Yo hubo un día que volví de eh... la pediatra y la matrona eh... me dijeron dos cosas completamente opuestas de la alimentación de la niña. Entonces yo llegué a mi casa llorando, super agobiada, ‘¿qué hago?’. [Pareja] ‘tranquilízate, vamos a ver, vamos a pensar, llama a Virginia, como es médico, llama a Virginia’ y le decía, espera, llamé a mi madre ‘Mama, ¿qué hago?’.

“Entonces tu suegra es eso, es tu suegra, te puede querer mucho pero, de alguna manera, la que puede o tu puedes permitir, o a lo mejor tú en ese momento conforme estas, nerviosa, o lo que sea, quizás le permitas más a tu madre que a tu suegra”.

Participante 8

“Es verdad que sí que en esos momentos, pues como que tu madre y tu abuela son más referencia, o sea que tu familia es más referencia que la del marido, por mucho cariño que le tengo”.

“Pues con mi madre era como mucho más eh... se inmiscuía mucho más porque yo le daba esa... le pedía consejo... o sea, como que la confianza que tenía ella para, para asesorarme era mucho mayor que la tenía mi suegra. Y la que yo le daba también era mucho mayor que la que le daba a mi suegra”.

“Pero yo creo que además también me fui en parte a la sierra diciendo ‘jo, no es justo, a unos abuelos les dejo que estén día a día (abuelos maternos) y a los otros no’, pero no, no lo cambié porque... no era que me sobraran pero no les necesitaba. Y, no sé, me da apuro decirlo así, pero es la sensación.”

“Mi madre para eso tenía, era como muy resolutiva y tenía mucho ojo, entonces no necesité el suplemento de la suegra”.

“Mi suegra, la mujer... por eso yo creo que también pasaba más desapercibida porque... bueno, pues a lo mejor tampoco le daba yo pie a más confianza en ese momento. Pero no, no necesitaba nada de ella, no pensaba que me fuera a solucionar nada ella”.

“O sea, no hacía nada la mujer para molestar, pero tampoco... quizás no le dejé ayudar, pero no ayudó, o sea, no ayudó. En parte porque no la necesitaba y, porque yo ya... es que contaba con mi madre y con mi marido y no necesitaba a nadie más”.

Participante 9

“De las madres que nos conocimos en el curso de preparación al parto, hicimos como una piña, porque en realidad, teníamos circunstancias familiares parecidas (...) porque las abuelas vivían lejos, aunque fuera en otra zona de Madrid o en otra provincia o en otro país”.

“También la afinidad con mi madre, era ya no solo por ser madre e hija, si no de mujer a mujer”.

Participante 11

“También el tenerla cerca, pues ese apoyo, pues lo necesitabas por eso, porque sabías que ella, un poco, se iba a comportar así, a lo mejor, que a lo mejor también lo necesitas por eso”.

Participante 12

“A lo mejor si no hubiera tenido madre o madre cerca, le hubiera pedido otra cosa, pero yo con mi suegra me llevo bien, tengo una relación, bueno, buena pero tampoco... o sea, no me considero para nada, ni quiero que ella tampoco me considere como una hija, sus hijas son sus hijas, ella tampoco me ha tratado nunca igual que a sus hijas”.

Participante 15

“Y cuando mi suegra estaba allí, que se quedó dos días arreglándome la casa, si me hacía la comida, me llenó de tappers, y yo decía ‘¿y por qué narices no está mi madre aquí? Es que yo no quiero a mi suegra, yo quiero a mi madre. Y yo quiero mucho a mi suegra, pero no quiero a mi suegra, quiero a mi madre’. Pues porque entendía que es un momento para estar con tu hija, o sea, creo que hay hitos en la vida en los que es imprescindible una madre”.

Participante 18

“La tranquilidad, es que no sé, tener a tu madre ahí te da tranquilidad, simplemente”.

“Por nuestras circunstancias personales, que yo soy muy familiar, porque no tengo aquí a mi familia, pues me he unido más a ellas, a mi suegra y a mi cuñada”.

Participante 20

“Si es que yo creo que la madre ideal es la tuya porque, al final, es tu madre y tu la conoces con sus defectos y con sus virtudes, y al final es que no puedes esperar otra manera de comportarse que como es tu madre”.

EL APOYO INCONDICIONAL

Las participantes sintieron seguridad con la cercanía de las abuelas dado que el amor presente en la relación, y patente en las historias de vida, diferenciaron la figura de la abuela de otras personas del entorno. Esta seguridad se conceptualizó en saber que eran lo primero para las abuelas, pero derivó en distintos significados dependiendo de la expresión y la conducta relacionada con dicha prioridad.

Amor y vínculo

Sólo un vínculo basado en el amor puede suponer un apoyo incondicional que lo diferencia del que otras personas puedan aportar. El apoyo basado en el amor aportó bienestar y tranquilidad a las participantes, así como sensación de interés sincero por ellas. Sentían una

confianza total en la persona para las cuales ellas mismas eran los seres más significativos de sus vidas y ponían en las abuelas una confianza plena por ello.

Participante 1

“Hombre, yo creo que todos esos apoyos son... son buenos (cambia un poco el tono de voz) pero... claro, la diferencia es que la abuela siempre es alguien mucho más cercano, alguien que, lógicamente te quiere (sonríe) mucho más a ti y al bebé (...) en cuanto a emocionalmente pues siempre va a estar más cercana porque... porque te conoce mejor”.

Participante 2

“El apoyo de la abuela materna es desinteresado. Cien por cien.”

Participante 5

“Sabes que te quieren y que están ahí para lo que quieras...”

Participante 7

- La participante 7 convivía con la abuela paterna y la cuidaba en la época en que daba LM. La relación madre-abuela paterna había sido excelente anteriormente y la abuela materna vivía en otra provincia. La participante expresaba en su relato de vida cómo la abuela paterna sufría emocionalmente por no poder cuidar y atender a su nuera y a su nieta y no duda de la función de apoyo que hubiera tenido para ella en mejores condiciones de salud.

“Yo sé que con mi suegra yo hubiese estado muy bien, porque mi suegra me quería mucho”.

Participante 8

“Era como volver a una necesidad de que estuviera ahí, aunque no hiciera nada, del cariño, de saber que la tienes pase lo que pase, y que si pasa algo va a estar mi madre”.

Participante 11

“Bueno, aparte de que me ayudara (abuela materna) lo que es la casa y tal, que bueno, al final, también lo puedes hacer, pero sobre todo, yo creo que es el cariño de que te apoye, de que esté ahí, que es tu madre (...) es como más cercana a ti, siempre has estado con ella, pues es la que has tenido cerca, la que te ha querido”.

“Para mí era otro apoyo (abuela paterna), ¿eh? Que estuvieran pues unos u otros, y que estuviera ella pues bien...pues dices ‘que se preocupa por el niño, se preocupa también por mí’ pues el que estuviera ahí, pues para mí es eso, el interés por nosotros y el cariño por nosotros”.

Yo soy lo primero para ella

Que la madre fuese prioritaria para las abuelas podía suponer una fuente de seguridad total para las participantes o un argumento en contra de la LM. Las madres percibieron una falta de apoyo o una dificultad añadida si las abuelas tomaban en cuenta las necesidades de la madre por encima de las del binomio madre-hijo, convirtiéndose en una fuente de interferencia en caso de que no respetaran la decisión de amamantar.

Por otro lado, que la abuela mirase prioritariamente por la madre, podía suplir el apoyo parcial de otras personas significativas, especialmente si respetaba las decisiones maternas, convirtiéndose la abuela en cuidadora principal de la madre. Las madres sintieron este cuidado centrado en ellas, en lo emocional y en lo físico; la abuela se interesaba por su estado y sus percepciones to mándolas como protagonistas y foco de atención.

Cuando las participantes sufrían por tener que abandonar la LM, la abuela supuso un apoyo en el destete para que no produjese daño emocional.

Participante 1

- La participante explicó en su relato de vida que había un gran vínculo y cercanía emocional con su madre que le aportaba una seguridad absoluta en ser la prioridad para ella, reforzada por su propia historia de lactancia: su madre trabajaba todo el día en una tienda de su propiedad en la época en que la amamantaba, y cerraba la tienda cada vez que ella necesitaba algún cuidado o realizar una toma, aunque perdiera clientas. Compartió la vida con su madre en la tienda gran parte del día hasta los 18 años.

“Te puede ayudar y sabes que está ahí, que para cualquier cosa que necesites va a dejar todo corriendo y va a ir a ayudarte”.

- Hizo también referencia a los comentarios de las abuelas tanto materna como paterna en relación al amamantamiento de su nieta durante 2 años:

“Lo ven largo (sonríe con resignación), porque ellas no estuvieron tanto tiempo... lo ven largo, pero lo respetan (...) como que la niña ya es mayor... que... que yo a lo mejor estoy más cansada (pausa) y que ya se le podía ir quitando”.

Participante 2

“Sí, bueno con las mastitis, ya sabes... ‘¡Ah!, esto hay que dejar la lactancia (imitando abuela materna)’ ...‘No, no hace falta dejar la lactancia y tal (respuesta de la participante)’...y luego pues que... estaba muy delgada...”.

Participante 4

“Sí, ella tenía... a su niña, primero era yo y luego era la nieta (sonríe), entonces el que yo le diera... a demanda, porque yo a [hija] le he dado a demanda, durante los primeros... desde luego durante toda la baja maternal y... luego casi sí, no sé, yo me la ponía muchas veces al pecho y si se enganchara bien y si no la quitaba. Y... entonces mi madre, para ella era... una esclavitud”

“Mi madre era para mí y [pareja] era para la niña. Esa era la gran diferencia”.

Participante 5

“Ha sido de morirse, o sea, de pegarse un tiro, entonces claro, cuando una madre ve que su hija está muerta, que es que se duerme por las esquinas, que está irascible, que es que no aguanta ni... pues claro, con tal de que pase eso... vamos a probar a darle un biberón”.

Participante 10

“Me decía ‘hombre, el pecho es buenísimo pero si no puedes, pues biberón, que también es más cómodo’ me decía eso. Yo creo que como es tan protectora, veía a lo mejor que yo lo estaba pasando mal y decía ‘pues bueno, pues biberón, que también... ahora todos los niños se crían con biberón muy bien’ ”.

“Me decía ‘mucha espinaca, mucha espinaca, y mucha leche, aliméntate bien’ eso sí me acuerdo, que me ponía hasta... me ponía unos platos... y yo me los comía todos. (risas) sí, sí, sí, pollo, unos platos así, mucha verdura, mucha verdura y tal. Eso sí, lo de la comida sí, es verdad ‘y cuídate y descansa, que tal...’ eso sí me acuerdo que siempre me lo decía ‘descansa, que no hagas tantas cosas, que tal...’ por cuidarme”.

Participante 3

- La participante tenía un intenso dolor por las grietas, pero deseaba seguir amamantando. La abuela materna nunca ejerció de madre según el rol cultural esperado, sino con una relación enfocada más hacia la independencia pero desde el apoyo interpersonal. Visitó diariamente a la participante ejerciendo un papel de

receptora del desahogo emocional y emisora de tranquilidad centrándose principalmente en el estado emocional de su hija, más que en la nutrición del lactante o la ayuda logística.

“Ella (abuela materna) lo vivía como algo natural, no le daba importancia ella para no... pienso que, para no transmitírmela a mi, como ha hecho siempre cuando.... en ese sentido siempre ha estado muy firme, siempre se ha mantenido muy firme. A sí que... su procesión la llevaba por dentro. Cuando ve sufrir a un hijo (parada pensando) se... ha portado siempre muy bien, sin que trascendiera... por lo menos de cara a los otros”.

Participante 11

“Lo que pasa es que ella (abuela materna) sí que me preguntaba mucho sobre mis sensaciones, o sea, de que si yo me cansaba o que si... y cosas de esas. A lo mejor, en vez de dar más consejos, más de, a lo mejor cómo me sentí yo, de... ‘¿y la coges bien? ¿y en esta habitación estás mejor que, a lo mejor...? ¿no estás mejor en esta o en esta otra?’ o cuando se despertaba por la noche”.

“Yo con [primera hija] estuve mucho tiempo y mi madre decía ‘pues déjalo ya, o ¿pero le sigues dando, tú crees que...?’ Y digo ‘pues sí, si es que los coge con unas ganas... y es que termina de comer, y es como si se bebiese un vaso de agua’ o sea que... ‘y es que además, pues le sigue alimentando, y yo estoy fenomenal y a mi es que me encanta’. Pero yo creo que era más porque a ver si yo me iba a sentir mal o así estaba yo más descansada, o... yo creo que era más esa sensación, porque pues, que claro, dedicas tú tiempo y, a lo mejor, dices ‘bueno, pues si ya ha comido, pues ya está. Si se tumba, a lo mejor, tú puedes descansar un rato’ ”.

Participante 13

“Me decía (abuela materna) que era muy bueno y todo eso pero que tampoco tenía que estar sufriendo, que aunque... o sea, que a mí, al final, me habían alimentado con biberón y aquí estaba”.

“Como me daba repelús, como asco, pues yo qué sé, yo me sentía fatal de sentir esas cosas (risa tímida) y mi madre pues, también, le quería quitar un poco de hierro al asunto. Ella era como ‘inténtalo, pero si no, tampoco pasa nada, no va a pasar nada. Ni eres mala madre ni a la niña le va a pasar nada, ni a ti te va a pasar nada, ni nada. Pues ya está, no pasa nada’ ”.

Participante 19

“Ella, por ejemplo, me decía que lo que yo no podía era vivir sin dormir, y que si tenía que darle en la última toma un biberón se lo diera, que alargara un poco el tiempo en el que el niño tardaba... porque es que era cada hora y media”.

NO ESTAR SOLA

La presencia y compañía de las abuelas tiene un valor personal como etapa significativa compartida dentro de la historia de vida por un lado, y por otro como descarga emocional con alguien que percibieron que podía entenderlas o sentir lo mismo que ellas como madres.

Caminar juntas y compartir

Compartir esta etapa vital significativa para las participantes supuso bienestar emocional, sensación de continuidad intergeneracional y comprensión del rol vivido como madre lactante. Caminar juntas desde el respeto en esta etapa concreta evitó la sensación de soledad, especialmente en los malos momentos, aportando una visión distinta de la de la pareja, que también estaba inmersa en el nuevo rol, aunque esta visión distinta no tuvo relación alguna con la experiencia técnica o informativa, sino más bien con una compañía cercana y no invasiva, basada en la escucha y la empatía de rol.

El beneficio emocional fue significativo para las participantes y recíproco entre madres y abuelas compartiendo sentimientos de satisfacción, descubrimiento y aprendizaje, o para ellas mismas como un valor superior a otros tipos de apoyo recibido. En ocasiones valoraron más compartir la LM desde el punto de vista emocional de la abuela que del suyo propio. En el punto de vista contrario de no necesitar compartir momentos con las abuelas, fue vivido desde el posicionamiento cultural.

Caminar juntas fue compartir el rol de mujer y de madre/hija, como en otros momentos vitales, sintiendo la necesidad de que estuvieran ahí.

Participante 1

“Mi madre me apoyaba en esta decisión y...pues bueno, me iba contando también su experiencia mientras yo iba haciendo la mía”.

“Hombre yo creo que siempre influye el hecho de que tú mismo hayas tomado el pecho de tu madre, y que la sigas teniendo ahí para apoyarte y explicarte también como lo hacía”.

contigo... siempre influye, aunque posiblemente lo habría hecho parecido, aunque a mí me hubieran dado biberón, pero creo que siempre es algo positivo”.

“A ella (abuela materna) le estaría viniendo a la cabeza cuando... me lo daba a mí, cuando me lo daba y me lo decía que... que se acordaba de cuando me lo daba a mí y entonces contaba historias de (riendo) sitios donde me lo había dado (la voz un poco cambiada, emoción) y de... cosas así...”.

Participante 2

“Pues eso compañía, compañía, sí. Hombre, además es que eso fue... un tiempo concreto”.

Participante 3

- La abuela materna no tenía experiencia porque no dio LM.

“No comentaba, al revés, aprendía igual que yo.... o sea que sí se mostraba curiosa y miraba y veía todo el proceso, pero fue tan malo al principio que... pfff... yo creo que me dejaba a mí un poco ir decidiendo; a quien le dolía... y a quien le sangraba y todo era... y sí, miramos con pezonera a ver qué tal, pero las dos a la vez (...).Claro, me sentía mucho más respaldada... porque... es como cuando lo estás pasando mal con algo, si estás acompañada, pues estás mejor que si lo pasas sola”.

- Describe el rol de la abuela materna como útil precisamente por estar fuera del rol nuevo de maternidad/paternidad que tenía con la pareja. La pareja ejerce esa función de caminar juntos pero la participante necesita alguien fuera de dicha función, que tenga una visión desde fuera:

“El (pareja) hacía lo que yo decía, él, ahí era lo que yo... o sea, lo que yo quisiera, porque como no sabíamos, (sonriendo) pues tampoco... íbamos decidiendo sobre la marcha... ¡aquí! ¡Pues sí!, el agua de azahar o... venga o... o pues sí, pues sácate un poco de leche, yo que sé, es que era... pero éramos uno, es que las dudas eran las mismas para mí que para él, de verdad. Éramos iguales (...). Mi madre (abuela materna) sí, sí, o sea más en la distancia, y más... pues eso, más receptora. Más receptora. Fuera del rol”.

Participante 4

“Normalmente yo me ponía ahí, ella aquí, y estábamos charlando tranquilamente las dos embelesadas, de vez en cuando mirábamos a [hija] (sonríe), ahí gua, gua, gua... (sonido de tragar) ... estábamos muy... de forma muy tranquila”.

“Lo que yo pienso es lo que yo pienso (riendo), pero era como compañía”.

Participante 5

“Una cosa que valoro muchísimo es haber tenido bebés y darles el pecho con mi madre, sobre todo con mi madre, con mi suegra también, pero bueno, el afecto de una madre, y con mi madre joven y... y pudiéndoles disfrutar, ¿sabes?, de mis hijos... es algo que valoro muchísimo”.

Participante 6

- La participante 6 es Holandesa y comentó no necesitar la compañía de su madre durante la lactancia en comparación con lo que observó en otras madres españolas, basándose en motivos culturales:

“Sí es verdad, por ya separarnos a una edad mucho más joven, yo creo que...los hijos se independizan antes, aprenden antes a vivir solos y a apañarse solos y aquí, lo que pasa muchas veces es que se quedan con papá y mamá hasta que se casan, entonces ya es como que nunca han tenido que buscarse la vida solos, ¿sabes lo que te quiero decir? Que siempre había alguien allí al que podía agarrarse. Esa es, a lo mejor, la diferencia también”.

Participante 7

- La participante quería mucho a la abuela paterna, convivía con ella y la cuidaba en su enfermedad. Siempre recibió evaluaciones positivas de ésta. Este vínculo generado en la relación hizo que no poder compartir la lactancia materna y otros aspectos de la crianza con ella por el grave estado de salud que tenía la abuela paterna, afectara mucho a la participante.

“Mi suegra siempre ha valorado mucho lo que yo he hecho, siempre (...).Yo ya me sentía con mucho cargo, que era triste, era triste para mí verla así, era muy triste. Entonces la alegría que yo tenía con mi hija no la podía compartir con ella porque ella ya no, ya llegó un momento que ella ya no podía”.

Participante 8

“Lo que más me gustaba era compartirlo... bueno, con todos, pero sobre todo con mi madre porque a ella le encantan los bebés y no sé (...) no era para que me ayudara con el bebé, no era porque yo me sintiera... no era esto de ‘me voy a casa de mi madre porque quiero que me ayuden’, con el bebé casi prefería... o sea, yo lo hacía por compartirlo con ellos y con mi

madre en concreto, porque sé todo lo que le encanta, pero no porque yo me viera con necesidad de ayuda”.

- Combate situación de dolor con contacto físico y presencia:

“El momento del enganche era como un dolor... pues mi madre me agarraba la mano y me estaba ahí... pues no me dejaba sola, como por si necesitaba... se quedaba ahí discreta digamos, bueno me cogía la mano, o sea no lejana pero... discreta por si yo necesitaba algo o decía ‘ay, que no puedo o tal’, y me intentaba tranquilizar para que yo estuviera tranquila y la cría comiendo”.

Participante 9

“Solidaridad, ¿no? Sé de qué va todo esto, se lo que estás pasando...”.

“El llamarte día a día, la preocupación de ‘¿todo bien? ¿qué tal? ¿qué te ha dicho el pediatra?’ ¿sabes?. Todo, o sea, ha seguido todo el proceso”.

Participante 10

“Eso es lo que yo les contaba, les contaba las cosas buenas que tenía, ‘que he leído que sirve para esto, para evitar la obesidad’ ‘anda, que interesante, eso está fenomenal’ ‘que están descubriendo muchas cosas nuevas y tal’ y la verdad que dicen que siempre ha sido bueno, de toda la vida, pero ahora se va sabiendo más para qué es cada cosa y tal. Y entonces pues sí, sí que les gustaba que se lo dijera.”

Participante 11

“Yo creo que necesitabas otro cariño, del que te aporta tu pareja, otra ayuda que no tienes, otra cercanía que te aporta él. Es otra cosa diferente... lo necesitas, pero necesitas, además, que esté ahí, yo digo aunque no haga nada”.

Participante 12

“Con el tema del sacaleches, bueno, al principio le llamó la atención porque claro, antes no se sacaban la leche, o al menos mi madre nunca se la sacó. Entonces le llamaba la atención ver cómo era y tal, estuvo mirando al principio ‘bueno, ¿y esto cómo es?’ ”.

“Ella también tuvo que aprender otra vez porque realmente, ya te digo, si es que volvía a tener un bebé después de 30 años, o sea, yo tuve a [primera hija] con 31, pues eso, porque no

había vuelto a tenerlos desde... pero ese tomárselo todo con calma...pues yo 'venga mamá, que es que hay que...' ¿sabes?"

"Ella (abuela materna) se recicló con [primera hija] y yo tuve que aprender, y entonces ya estábamos como más seguras de todo".

Participante 15

- La participante hubiera necesitado compartir los momentos importantes de su vida como mujer con su madre, tanto en la LM como en otros relacionados con el rol y la evolución como mujer. Considera que su madre fue sustituida por su hermana, la cual la crió y acompañó.

"Mi madre es de las mujeres antiguas, así un poco del tema... nunca me habló de la regla, a mí me vino la regla y yo lo flipé, dije '¿qué es esto?' y porque tenía a mi hermana que me iba contando cosas pero ¿mi madre?. Hasta el punto de que a mí me daba vergüenza decírselo a mi madre, de este estilo, o sea, que no... Y me pareció importante que estuviera (ya en la LM). A lo mejor ya no para contarme toda su vida y lo que había hecho, pero sí para saber que estaba mi madre".

Participante 20

"...Al final, es el hecho de compartir algo que, creo, que solo lo pasamos nosotras, entonces es el hecho de conocerla también... no te digo que ella se uniera más a mí, si no yo, a lo mejor, comprenderla más a ella".

Expresar emociones

La nueva etapa vital de la maternidad, fuese el primer hijo o no, generó la necesidad de desahogo emocional. La abuela materna como receptora de dudas y frustración aportó la posibilidad de apertura sin el pudor que pudiera condicionar la expresión de emociones con otras personas más que el feed-back. La abuela como receptora de emociones fue valorada como insustituible desde el punto de vista de la comprensión de rol y de los sentimientos o situaciones no previstas o no sentidas como apropiadas para el momento vital, y esta presencia como receptora de emociones disminuyó la tensión generada en la madre, es decir, la receptividad de las abuelas y la confianza para expresar emociones de las participantes, facilitó el sentimiento de seguridad disminuyendo el estrés.

En ocasiones el vínculo madre-abuela hacía que la madre temiese preocupar a las abuelas, por lo que tenía que prescindir de esta posibilidad por el daño generado a ellas o por la consecuencia para la madre.

La falta de expresión de emociones de la madre por proteger a la abuela materna, se podía suplir con la empatía y disponibilidad de las abuelas paternas, con las que las madres tenían menos miedo al perjuicio por preocuparlas demasiado.

Por el lado opuesto, la presencia continua de alguien con quien desahogarse se interpretó en ocasiones como un retraso en el fortalecimiento emocional ante la situación o como algo sin utilidad, ya que el enfrentamiento personal a las circunstancias era algo necesario.

La comunicación entre ambas fue sentida como función de rol femenino intergeneracional.

Participante 1

“Siempre te... te ayuda (abuela materna), además que es de tu confianza y que tú puedes contar todo lo que te da miedo...”.

“A ver, cualquiera, y más si es tu madre, que te ve que tienes que morder un camión porque te está doliendo... ¡pues sufre por ti! y entonces yo...esos primeros días estaba mejor sola, con la niña”.

Participante 3

“O sea, realmente cuando... yo he estado mal, lo que, o cuando alguien ha estado mal, lo que necesitas es, es desahogarte y llorar y..., es de estar ahí, de compañía, de... no son palabras de ánimo... ni nada vamos, está presente”.

“... Lo que pasa es que es verdad que cuando tienes a alguien muy cerca, y muy querido cerca, eh... te desborda, no sé... te desahogas tanto y lloras tanto con, porque lo tienes ahí que quizás cuando no lo tienes te, te... a lo mejor te haces más fuerte. Es que no lo sé. No lo sé.”

Participante 4

- Cuenta que sólo quería hablar de sus sentimientos y experiencia con la abuela materna.

“Yo... tenía que ver a mi madre, yo venía [pareja] y le decía ‘sí cariño, pero llama a mamá’ (risas)... Eso en el hospital, luego ya no, no, no, en casa si estaba mi marido, mejor que mejor,

pero en el hospital nada más nacer [hija]... o sea era, yo quiero ver a mi mamá, yo quiero ver a mi mamá, es la única mujer del mundo que me entiende, es la única persona que me entiende”.

Participante 5

- No esperaba la gran demanda de tomas nocturnas que hacía su hija por lo que el impacto de la situación distinta a unas expectativas idealizadas sobre la maternidad y la lactancia (contadas en el relato de vida) y la falta de sueño, le generaba gran tensión y malestar por lo que lloraba:

“Sí, yo lloraba delante de mi madre... y venían las visitas y me secaba las lágrimas antes de venir la visita (...) yo recuerdo estar en el cuarto de estar de casa de mis padres llorando y llegar ‘¡que vienen, que vienen!’ (las visitas) y salir ahí con el bebé como... y todos ‘¡hay que mono!’ y yo ¿que qué mono?”.

“Entonces, buena gana de hacerla sufrir sin... Entonces, en un momento malo, tengo más libertad para desahogarme con mi marido que con mi madre, porque sé que mi madre lo va a sufrir muchísimo, y... y... buena gana. Incluso muchas veces, eh... yo sé que va a sufrir más de lo que sufro yo incluso. ¿Sabes lo que te digo?”.

Participante 6

“Y yo a mi suegra, seguramente, no habré contado nada porque se preocupa tanto que hasta hoy en día, cualquier cosa que pasa no se lo cuento, si puedo evitarlo (...)se pone de los nervios, entonces tengo una persona más que cuidar, ¿sabes? ese es el problema”.

“Tampoco soy muy de quejarme de esas cosas porque es que al final con todos los dolores en general, o enfermedades, lo tienes que pasar tú, no puedes estar hablando de ello...”.

Participante 7

“Siempre tienes algún momento de... de bajón, ¿no? Y yo al principio casi no me lo pude permitir, porque yo tenía a mi niña, a mi suegra y a [pareja] trabajando con lo cual yo no me pude permitir tener, sí algún rato de encerrarme en el baño y ponerme a llorar como una loca pero, pero ya está. O sea yo abría la puerta del baño era como que, venga va, y a lo mejor si hubiese estado mi madre yo me hubiese podido relajar un poco más”.

Participante 8

“Como me conoce y sabe que no era quejarme por quejarme, que si me quejaba era... o sea, si me quejaba, si a mí me veía la cara, que estaba descompuesta, sabía que es que mucho



me tenía que doler para exteriorizarlo, porque somos un poco igual para eso y sabe que por no preocuparla yo me hubiera callado”.

Participante 11

“Con ella tengo mucha facilidad para hablar así, yo creo que en eso, el que me escuchara también, y asintiera lo que la estaba contando ‘ah, pues eso está bien, o...’ ”.

Participante 12

“Dice [pareja] ‘tú es que a tu madre le cuentas las cosas en tiempo real’ (risas) o sea, que... es que es verdad. Que le fastidia mucho, digo ‘mira, pues te aguantas hijo, que somos mujeres’y (pareja) ‘es que tampoco se tiene que enterar de...’ digo ‘pues sí porque yo se lo quiero contar’, además a mí sí que me reporta mucha tranquilidad”.

Participante 18

“Cuando me pasó la primera mastitis igual se lo he dicho primero a mis hermanas, pues por no preocupar: ‘pues mira me pasa esto’, porque ella (abuela materna), yo veo que sufre también”.

Participante 19

“Yo a lo mejor le comentaba (a abuela paterna) ‘pues he estado mala (mastitis) por tal o por cual’, pero yo tampoco le daba, yo no quería agobiarla a ella con nada de eso, o sea, yo no le daba mayor importancia...”.

Participante 20

“Sí, fíjate, igual que te digo que no sé si es por la manera de ser o por lo que sea, sí que mi suegra es capaz... o por su manera de ser, al final es confidente con sus hijos y sabe cómo... sí que sabe sacarte... y a lo mejor, lo que no le dices a tu madre para protegerla, pues a lo mejor ella en 5 minutos, te das cuenta que le estás diciendo ‘es que estoy agotada, es que no puedo más, es que esto es como un túnel’(...) no me importa no, porque no es la sensación de me lo ha sacado y se lo estoy contando, porque al final cuando hablas de una cosa te hace sentirte mejor”.

Mimetización

La mimetización por parte de las abuelas, supuso la adopción como propios de los comportamientos y opiniones de la madre, por encima de una valoración objetiva propia, basada en conocimientos o experiencias.

Esta mimetización de sentimientos, opciones y opiniones, además de significar un apoyo emocional, facilitó la búsqueda de soluciones, el cuidado y la ayuda de la abuela a la madre de forma que éstas percibían menos la soledad en las dificultades. Estuvo relacionada con el vínculo emocional abuela – madre, en cuyo caso constituía una ayuda en la lucha por el mantenimiento de la LM.

Por el contrario, si la mimetización ocurría en un momento en que la madre no tenía fuerza o seguridad suficiente para seguir adelante, la mimetización de sentimientos de la abuela eran percibidos por las madres como un apoyo al abandono de la lactancia, reforzando más el peso de las dificultades y la sensación de que la solución era el destete.

Participante 5

“Bueno yo creo que las madres, dependiendo de lo que vean, de lo que reflejes, ella lo sienten. O sea, sí yo reflejaba tranquilidad... que estaba a gusto, que no me dolía... que, pues ella lo aceptaba, ella me apoyaba en todo y estaba tranquila, ¡vamos! ¿Sabes? Por ejemplo, yo me quejaba un poco de la dependencia de la lactancia. Es decir, cuando son cada tres horas es que no te da tiempo a nada ¿sabes?, entonces sí que es cierto que ella alguna vez me decía ‘bueno, pues si quieres sácate la leche y yo me quedo y le doy el biberón, y vete tu si quieres’ ”

“Pues yo, francamente pienso que si yo opinase que lo mejor es biberón, mi madre diría pues adelante, dale el biberón”.

Participante 8

“Yo creo que ella lo estaba pasando peor que yo, o se mimetiza mucho”.

Participante 10

- La abuela materna dió mensajes distintos según la seguridad de la madre en las decisiones (en distintos hijos). En el primero fomentaba la fórmula y maximizaba los inconvenientes de la LM y en los posteriores los minimizaba y apoyaba la postura firme de la participante de dar LM, modificando los argumentos completamente en función de la determinación materna:

“Ya no (insistía en el biberón) porque lo tenía muy claro lo del pecho, entonces ya... dice ‘bueno, ya se te pasará, ya tal...’ (...) el mensaje era distinto, claro. Es que como yo tenía las cosas muy claras, ya no quería, ya no quería el biberón”.

“ ‘Pues es muy bueno eso, la verdad es que es lo mejor’ y ya después, cuando le quise dejar de dar el pecho, ella me ayudaba, me ayudó (...) ‘ya es suficiente, ya es mayorcito y tal’...se mimetiza totalmente”.

- Ambas abuelas modificaron los argumentos, mimetizándose con los de la participante, independientemente de sus experiencias.

“Ya decía (la abuela materna) que sí, que sí... ¡que es buenísimo!(risas), ¡que todas podemos!(...) y nada, con la madre de [pareja] igual... ‘no, no, es que el pecho es lo mejor’ ya todo el mundo ‘el pecho es lo mejor’ (...) que lo mejor para los bebés es estar con la mamá muy cerquita y con el pecho le das mucha seguridad, tal...”

- Incluso la abuela paterna justificó el no haber dado LM y evaluaba las circunstancias ante la seguridad de la participante y sus argumentos:

“Sí que me contaba ‘yo es que, la verdad, con [cuñado de la participante], con el último, con los problemas que tenía, mi madre me dijo ¡biberón!, ya desde el principio y ya no lo intenté ni nada... el pequeño directamente salió y la abuela le dio el biberón’ “.

- El valor que da la participante a esta mimetización es una traducción del momento social de cambio, que cree posible gracias a la información:

“Por eso te digo, ¿sabes? Que partimos de cero y es que no me extraña que todo el mundo cambie de opinión, porque claro de no saber nada a ir sabiendo y tal, pues... pues cambias, al final cambias”

Participante 12

- La abuela materna había apoyado activamente la decisión de la participante de dar LM a pesar de las circunstancias de ingresos y cirugía de la niña.

“Cuando yo ya decidí que... ‘es que esta niña no come, es que le tengo que dar un biberón’ ‘bueno, pues le damos un poco de biberón’ o sea, ella tampoco influía en que yo no dejara el pecho cuando me vio al final agobiada”.

Participante 17

- La abuela materna modifica su opinión a favor de la de la madre en función de los argumentos de ésta, mimetizándose, aunque era una defensora de la alimentación con fórmula, la cual había dado a sus hijos.

“Muchas veces decía (abuela materna) ‘pero si es un tostón darle el pecho, porque al final es un rollo, porque para arriba, para abajo, tal no sé qué, no sé cuántos’, y digo ‘hombre mamá, no es que sea un tostón, es que es bueno para el niño, y es bueno para ti, o sea, que a mí no me parece tan horrible darle el pecho’... a veces te decía ‘no, pues está bien, por lo menos el calostro para que le proteja, para tal’ ”.

LLEVAR LA PESADA CARGA

La carga emocional y física generada por el nuevo rol a adoptar por las madres y cuyo punto crucial es la LM, requirió tiempo y apoyo en el establecimiento y una gran determinación, debido a que los mensajes de la sociedad y las experiencias transmitidas por otras madres que podían poner en conflicto la seguridad en ellas mismas, convirtiéndose en una lucha que requería comprensión y respeto. El papel de la abuela aumentó o disminuyó la sensación de carga en distintos aspectos.

Apoyo en el nuevo rol

La LM es un tema principal en el desarrollo del rol maternal incipiente y desconocido, que generó sentimientos de inseguridad en las madres por la dificultad en la toma de decisiones y el afrontamiento de los problemas. Especialmente en el primer hijo, supuso una gran carga de responsabilidad y el enfrentamiento a nuevas situaciones hasta el establecimiento del rol, por lo que la cercanía de la abuela fue buscada por la madre como referente de experiencia y seguridad en dicho papel, constituyendo una guía en la toma de decisiones.

Participante 1

“Sí, yo creo que, sobre todo al principio, cuando además es el primer bebé y... todo te pone muy nerviosa y todo te da mucho miedo... pues tener ahí una persona que... tiene más experiencia y que ya ha pasado por eso”.

- Haciendo alusión a la responsabilidad de la evolución del bebé, la carga que supone la dedicación absoluta al principio:

“Es importante, sobre todo eso, no sentirte que ...toda la responsabilidad es tuya o que estás sola metida en eso, sino que ella está allí para ayudarte”

Participante 3

“..El ser padre es una duda constante, cuando acabas de dar a luz, claro, esta duda constante la compartes... el marido y la mujer, pero cuando estás con tu madre, esa duda constante es como que tú ... (pensando) , no te retroalimentas, o sea como que tu madre quizás te va... te va confirmando (...)no es porque sea la lactancia, sino porque hay mucha tranquilidad, porque sabe cómo afrontar, afrontar los... los asuntos... siempre”.

Participante 5

“Aunque, aunque no intervenga, aunque no esté a lo mejor apoyándote en todo, pero tener una madre, ¿sabes? Recién dada a luz, cuando eres primeriza... cuando... pues quieras que no... te... te da seguridad (pausa) ¿sabes?”.

Participante 7

“Digamos que la responsabilidad que yo tengo cuando estoy en casa, en mi casa aquí en Madrid, la dejo completamente en el momento en que abro la puerta de mi casa en el pueblo, es como que delego en mi madre, ya mi madre es la madre”.

“Tu realmente, tu estas un poco perdida, o sea, si no has tenido un hijo antes que de alguna manera... pues te relajas un poco en el sentido de que ya te sientes más tranquila con lo que estás haciendo, o más responsable de lo que haces”.

“Me ayudaba, me ayudaba a no encontrarme sola, perdida dentro de qué me pasa, no, todo tenía explicación y todo tenía su lógica. Y ella era la que me la daba”.

Participante 10

- Hace alusión al valor de la presencia de la abuela materna:

“Cuando el primer hijo, siempre es una experiencia muy bonita pero también muy desconocida, entonces tienes muchas dudas...y ahí está ella”.

Participante 12

“Es muy relajada (abuela materna), muy tranquila y esa paciencia me la intentaba trasladar a mí, pero es que yo no soy muy permeable para eso, yo cuando estoy agobiada, estoy agobiada (...). Y yo creo que me agobiaba por eso, porque eso dependía de mí, y como

dependía de mí, pues entonces, lógicamente, pues yo no lo conseguía ni que la niña comiera bien, ni que comiera, ni que se durmiera enseguida, entonces todo eso era, para mí, un agobio.”

“Durante la baja de maternidad, [pareja] tuvo dos viajes de una semana y yo cogí, agarré a la niña y me fui a casa de mis padres, porque yo dije ‘estoy aquí mucho mejor’ (risas) y entonces, yo estaba muchísimo más relajada, yo creo que hasta la niña comía mejor porque yo estaba más relajada cuando estaba mi madre, mucho mejor, sí, sí”.

“Incluso estaba más relajada que cuando estaba [pareja], que bueno, que al final es un hombre y es diferente, y por mucho que te diga ‘tú tranquila, bueno, no pasa nada’ le dan otra importancia a las cosas”.

Ayuda logística

La ayuda logística es la ayuda en las tareas cotidianas y en la carga física relacionada con las tomas. Constituyó un apoyo a la madre para la dedicación exclusiva a la LM y la adaptación al rol. Le permitió llevar a cabo las tomas y centrarse en la nueva actividad que requería tiempo y aprendizaje de forma que no tuviera que realizar esfuerzos en centrarse en otra tarea que no fuera el amamantamiento, aumentando así la satisfacción y el bienestar. No sólo supuso un beneficio directo de la LM sobre el niño sino que aportó bienestar a la madre por facilitar tiempo para el autocuidado.

En caso de tener ya otros hijos, la ayuda logística estuvo encaminada más al cuidado de éstos para centrar los esfuerzos en la instauración y mantenimiento de la LM del nuevo hijo, sin interferencias, manteniendo el bienestar de los otros.

Cuando las madres consideraron que eran autosuficientes, rechazaron la ayuda logística en pro de la compañía y la satisfacción de compartir.

Participante 4

“La visita de rigor me la hacía todos los días. Entonces, esa toma por supuesto era súper relajada, igual que cuando estaba [pareja], que yo sabía que me podía limpiar el pecho tranquilamente, incluso me podía masajear, me iba a la ducha, me masajeaba porque a veces sí que me molestaba un poco el pecho pues, si no había comido la niña lo suficiente... o tal (silencio)... funcionalidad pura y dura en ese sentido yo creo”

“La verdad es que con los gemelos necesitaba menos tiempo de compañía y más de logística, eso está claro, porque no eran sólo los gemelos, es que estaba [primera hija] también.

Entonces, muchas veces, mientras yo estaba dando el pecho [primera hija] se acercaba y se ponía entre mis piernas, y entonces pues mi madre o mi suegra la cogían para ir a jugar con ella y tal”.

“Es tan dispuesta que a veces le decía [nombre abuela paterna], por favor, siéntate y estate aquí un ratito conmigo y deja de limpiar’ (ríe). Eso, con mi suegra, yo llegaba un momento que decía ‘¿Quieres quedarte quieta?, que lo que quiero es que estés aquí conmigo, no me empieces a hacer ni a planchar’...”.

Participante 5

“Mi madre estaba ahí como ayudándome pues en lo que es el básico de cama, de cocina, o sea, de no hacer nada en plan hotel y tu dedícate a la niña”.

“Pues nada yo me sentaba ahí y... ‘¿mamá por favor me puedes traer una botella de agua?’, por ejemplo la botella de agua eh... principal, súper importante... o... por ejemplo cuando me limpiaba el pezón me traía la típica gasita para limpiarme el pezón... o... o ‘¿quieres algo? ¿Necesitas algo?’, o... ‘ponme el cojín aquí atrás’, o sea, más que cosas profundas de estas, sino pues ayúdame a colocarme, o lo mejor ponme un cojín para que la niña se coja...”.

“Yo cuando estaba en casa de mis padres mi madre sí hacía todo, pero mi madre, cuando venía a verme, yo ya era autosuficiente, o sea nada de venir a ayudarme con la casa, ella venía y se sentaba conmigo, a ver al bebé, no sé qué... pero no se ponían a ayudarme, sino pues eso, como tú y yo, a lo mejor me pongo a dar el pecho estás sentada aquí conmigo y hablamos y... ¿sabes? Yo me acuerdo lo típico, cuando le doy el pecho, el aire, ‘¡Ay!, déjamela, que les echo el aire’, entonces la cogían entre pecho y pecho y le sacaba el aire, o le cambiaba”.

“La infraestructura (lo que le aportaba la abuela materna), te hago la comida, te hago la cama... ¿sabes?Te limpio la ropa y. ...el fin de estar en casa de mis padres era: dedícate al bebé, que yo hago el resto”.

Participante 6

- Ni la participante ni la abuela materna, de origen holandés, consideran necesario el apoyo logístico. La participante se siente incómoda con esta función ejercida por la abuela paterna, que era española. En el relato de vida se hizo patente el choque cultural que suponía para la madre éste y otros aspectos culturales del funcionamiento familiar que rodea a la maternidad en España, en contrapunto con su idea de independencia y autonomía en el nuevo rol.

“Mi madre es una persona que no va a hacer la casa, porque dice ‘es para ti’, ¿sabes? (risas) si luego quiere ayudar, seguramente, pero no es una persona... es al revés, estoy aquí para visitarte, trátame bien...”.

“Eso te lo puedo decir porque mi suegra hace siempre lo mismo, se mete en la cocina, es verdad, eso siempre lo he pensado, digo, en vez de sentarse con los niños...”.

Participante 8

“Allí estaba con mis padres y mi abuela en algodones, o sea, yo no estaba ahí deslomándome ni trabajando, era todo para que yo... a mí me hacían la comida, vamos, que no había otras interferencias, era todo por y para la niña”.

“Y me ayudaba en... pues si iba a a venir alguien, ‘¿te dejo la comida hecha por si viene alguien?’, para que no tuviera que encargarme de otra cosa”.

Participante 10

- Sobre los sentimientos que le generaba la visita diaria de la abuela materna y su ayuda con la compra y las tareas domésticas:

“Pues nada, que me estaba cuidando, que se preocupaba por mí, que bien, que estaba con ella... porque, oye, siempre es una ayuda”.

Participante 11

“Está llorando y tú le tienes que dar el pecho pero tienes que no sé qué, y ella está con tu niña, cogiéndola, intentando calmarla porque tú te estás duchando, yo qué sé, ¿sabes? Para mí esos momentos son los que estaban allí pues las dos, ¿sabes?”.

Participante 12

- Sobre la ayuda de la abuela materna en la LM de la segunda hija:

“Yo estaba dando el pecho y... ‘mamá, me he hecho caca’ digo ‘no te levantes del váter, no te levantes, no te levantes’ y entonces ahí con la niña... claro, ahí sí que fue una ayuda más práctica, no de cabeza, no de tranquilidad, porque yo ya estaba más tranquila y tal, pero más de ‘venga, vente y échame una mano’.

Participante 16

“Mi suegra, por ejemplo, en el pueblo con la niña, pues fenomenal ‘¿dónde te quieres poner?’ o sea, facilitándome siempre todo para dar de mamar, muy bien.”

“La parte doméstica de casa me lo hacía ella, con lo cual es que yo era súper feliz porque claro podía estar 5 horas ahí recreándome con los bebés, y no pasaba nada, estaba lo demás hecho, y cuando venían los demás, estaba todo cubierto”.

Participante 18

“No te dejaba hacer nada ‘tú preocúpate solo de tu niño, aliméntate bien’, prepararte para que tú estuvieras también fuerte, en ese sentido”.

Participante 20

“Sí que me dio bajón, decir ‘¿y esto? ¿Qué ha pasado?’, o sea, hasta que lo vuelves a asimilar todo, no es el ‘¿qué he hecho con mi vida?’, pero es como ‘¿qué ha pasado?. Hace dos días esto no era así, y ahora...’. Entonces, pues no sé, los días que mi madre estaba haciéndote la comida o te hacía las cosas y eso, pues al final es que son cosas que te iban solucionando”.

La lucha

Esta lucha se refería a la lucha social que suponía tomar la decisión de amamantar y mantener la lactancia en contra de los mensajes que recibían constantemente de la sociedad que hacía que las madres perdieran la seguridad en su determinación y sus creencias y principios relacionados con la lactancia. También estaba relacionada con mantener la LM a pesar de las dificultades, aún sin mensajes externos negativos, en cuyo caso las madres podían acusar más la responsabilidad personal y percibir menos el apoyo.

La abuela podía convertirse en un apoyo suficientemente firme como para que la madre mantuviera sus convicciones y tuviera la fuerza emocional para afrontar las dificultades externas. En otras ocasiones las abuelas eran las emisoras de mensajes negativos y, por lo tanto, fueron la causa de que la madre tuviera que luchar para mantener la lactancia y no flaquear en su seguridad, en cuyo caso buscaban otras fuentes de apoyo o información que combatiese el desgaste que les provocaba, llegando a alejar a las abuelas de su lado haciendo acopio de una gran determinación o sucumbiendo a sus mensajes, especialmente si estaban reforzados por otros mensajes negativos o confusos provenientes del personal sanitario. Por otro lado, las abuelas podían transmitir mensajes opuestos al de los profesionales, basados en

evaluaciones propias de la situación, minando o reforzando la seguridad de la madre haciendo que siguiera sus indicaciones, por encima de las de estos.

La actuación de la abuela podía ser interpretada también en los momentos de crisis como una ayuda para clarificar qué caminos podía tomar la madre en la lucha para solucionar los problemas y paliar el estrés.

La información y los conocimientos sobre LM fueron considerados como una herramienta eficaz para la lucha contra los mensajes contrarios a su mantenimiento y como fuente de seguridad, especialmente si eran transmitidos dentro del concepto de que las dificultades son solucionables y pasajeras.

Si las madres no contaban con convicción en la decisión, se dejan llevar por modas, costumbres o acciones de la sociedad y de las abuelas particularmente.

Participante 1

“Siempre hay gente que a lo mejor a la primera dificultad que tengas... o tal te... te intentan quitar un poco más la idea...o te dice que a lo mejor el niño que igual no ha comido suficiente, que intentes darle algo de biberón...pero no, ella apoyaba mi decisión de seguir (pausa) con el pecho aunque hubiera dificultades”.

Participante 2

- Al cabo de mes y medio del nacimiento de la hija de la participante 2 falleció el abuelo paterno y ella notó que bajaba la producción. Tenía un desgaste emocional y físico considerable que le preocupaba a la abuela materna por la salud de la participante y de la niña, así que le aconsejaba dejar la lactancia. La participante, matrona de profesión, con conocimientos claros sobre el manejo de la LM y con motivación personal por mantenerla, estuvo sometida a una gran lucha contra los mensajes negativos de la abuela materna. La presión de la abuela materna la llena de inseguridad y busca el apoyo del pediatra, cuya autoridad respetará la abuela materna y le devolverá a ella la seguridad.

“Al principio decía (abuela materna) que si la niña no engordaba, que si no sé qué, que había que darle un biberón, que había que llevarle al médico, que esto no podía ser, que si cada... como me lo ponía cada poquito tiempo... ‘¡Ah, es que esto no es normal! ¡No se puede tener a los niños tan seguido al pecho!’ y tal, y claro. Porque lo tienes claro que lo has estudiado, pero vamos, si no yo ya hubiera dejado el pecho a los quince días (...).Y de hecho,

llevé al médico a [hija] una vez, ya por pesadez, ya me dijo, 'mira, la niña está grande... hidratada', dice... 'espérate un poco antes de darle un biberón', yo... no si yo no le quiero dar un biberón, yo quiero que tú digas que no hace falta el biberón, porque es que yo ya no sé cómo decírselo...".

"Yo creo que yo pasaba un poco y luego a la vez también te sentías un poco insegura, a ver si estoy obcecada en que hay que darle el pecho cada... a demanda y va a ser que no, ¿sabes? Que... que sean demasiado seguido, a ver si... si va a ser malo, al final(...) yo seguía a mi bola, eso sí, empecé a apuntarlo en una libreta para saber yo si era una exageración y luego tampoco era tan... porque a lo mejor hacía diez tomas al día, que tampoco... en niños tan pequeños tampoco es una cosa tan rara".

"Hombre, a mí tampoco me ofendió que me dijese que le llevase al pediatra, lo llevé al pediatra, se quedó contenta y todos contentos... ¡Y se acabó el drama familiar!".

"El apoyo de mi pareja en ese momento fue lo más importante para seguir con la LM, por su confianza en mí".

Participante 3

"...Quizá sí (hubiera dejado la LM), si mi madre no hubiera estado... quizás, sí. Sí que hubiera tomado pastillas (pausa, bajando el tono). Sí, yo creo que sí, quizás (...). Ahora que me conozco más y que ahora si me pasase... creo que no, pero como era yo antes, sí (pausa). Y con como estaba, sí. (pausa) ¡Por el tema del pecho! Por el tema de las grietas y de... y de las heridas... sí, sí, sí..."

Participante 5

"Yo sabía que mi madre no podía hacer nada... es decir, si a, si llegaba la noche, mi madre no podía hacer nada por mí. ¿Qué va a hacer? Mi madre yo luego creo que se levantaba y decía '¿quieres que haga algo?'. Pero qué vas a hacer, si no puedes darle el pecho ni puedes hacer nada(...)ya le estoy dando el pecho yo, si, si, si es que, si es que es mía, o sea, me pertenece a mí, es que, no te pertenece a ti, no me puedes ayudar (...). Mi lucha siempre era como ¿y si en vez de darle el pecho le doy un biberón con cereales dormirán mejor? Eso ha sido lo único, quizá... eh... tenía ahí un poco de comedura mental de dejar el pecho para darle cereales, para ver si dormían mejor. Pero el pediatra me decía, 'mira, que no te engañes, un niño no duerme, no se despierta por hambre' ".

Participante 7

“Recuerdo un día una pediatra, la mujer ya se ha jubilado, y era buenísima en todo, pero ese día sería que tuvo un día un poco raro, que estábamos con la papilla y tal y me dijo, ‘para desayunar, ah no te preocupes, le das una tostada de pan con aceite’ y yo, era como, eh... vamos a ver, mi hija que todavía no come sólido (...). Entonces claro, cuando salí ‘mamá, mira lo que me ha dicho’ ‘nada hija mía, tú ya lo sabes, tú por la calle de en medio’, me decía ‘tú por la calle de en medio, tu ya sabes lo que tienes que hacer y olvídate de lo demás’.

Participante 8

“Pues lo que nos dijeron abiertamente ... era que todo había sido culpa de que le había dado mucho tiempo, que a quién se le ocurre. Que claro, pues claro, que salen grietas... pero vamos, que eso, que ya está, que, que crema y ya está. Pero como muy así, tampoco te decían...Y ella (abuela materna) ‘tú tranquila, que esto se pasa, de verdad, que no tiene por qué doler. Esto porque se te han hecho heridas pero que enseguida se te curará, tú no te preocupes’ eh... bueno, pues un poco, dándome un poco el horizonte de que esto no iba a ser así siempre”.

- La participante 8 se sentía muy presionada por los mensajes sociales pro-lactancia materna, su propio empeño en seguir el ejemplo de LM de su madre y obtener los beneficios nutricionales sobre los que se había informado. La AM intenta facilitar soluciones que lleven al éxito para paliar el estrés emocional.

“Sabía lo importante que era para mí, pero sobre todo en quitarle importancia. Decía ‘no te preocupes, ¿te compro esa crema?, ¿quieres que pregunte a ver si hay otro... ?, ¿te compro otro sacaleches diferente, a ver si hay uno que no, que vaya más rápido, o sea no que vaya más rápido, que te haga menos daño?’, todo el rato intentando para que no me viniera abajo y siguiera intentándolo, pero como pensando en mí, o sea, en apoyarme todo el rato, pues porque veía que yo estaba muy angustiada por el tema (...). Pero la ansiedad la viví yo por eso, porque en ese momento era como que eras mala madre si no lo hacías”.

Participante 10

“Le empecé a dar leche, pero llegó la abuela de [hijo]‘ay, que le voy a dar yo el biberón’ le cogió en brazos y le dio el biberón (...).Yo no lo tenía interiorizado realmente, le di el pecho por dar el pecho pero, ya lo ves, vino la abuela y le dio el biberón y yo la dejé”.

“Lo vi como normal, o sea, en ese momento... es que hace 15 años, 16 prácticamente, estaba de moda... o sea, estaba el boom de los biberones. Realmente eran escasísimas las mujeres que daban el pecho, vamos, en esa época yo creo que era raro, estaba mal visto, te miraba la gente mal, yo qué sé...”

“ ‘¿Para qué vas a aguantarlo? (abuela paterna). Venga, toma, dale el biberón, que se crían ahora muy bien así’ (...) porque como me veía agobiada, me veía que me dolía y tal, pues yo creo que era lo más fácil”.

Participante 12

“Lo tengo que arreglar yo, lo tengo que solucionar yo y no lo conseguía, no conseguía mantener, claro, al final, yo creo que todas tenemos, no todas, pero yo, al menos, tenía la idea romántica de tener un niño ‘le cojo, le tal...’ es que no es verdad, (risas) no te da tiempo a ducharte, no te da tiempo a nada, sobre todo si estás con lactancia materna, que estás un poco como... de repente, pues sí que es verdad que hay gente que te dice ‘hija, es que con el biberón en cinco minutos has acabado’ mi propia suegra era de ese comentario, pero claro, ella no ha dado el pecho”.

Participante 13

“Intentaba calmarme, me decía que me tranquilizara, que si íbamos al médico, me decía ‘si quieres, que te lo quiten. Hay pastillas que se quita y ya está. Y si no, aguanta, a ver si puedes aguantar, por lo menos, una semana, que a lo mejor al aguantar una semana, pues hay veces que ya el cuerpo empieza a responder...’ “.

“Mi madre me decía ‘inténtalo, no sé qué’ me decía como las dos opciones que tenía”.

“Lo interpretaba como que era tan bueno para la niña, que ella me estaba diciendo que siguiera pasándolo mal para que la niña estuviera bien. O sea, lo interpretaba bien pero yo decía ‘jo, es que a mí me duele’. O sea, yo lo interpretaba como ‘jo, qué bueno debe ser cuando mi madre me está viendo así y me está diciendo que siga, tango que intentarlo, tengo que seguir’ eso es lo que yo siempre he sentido de eso”.

Participante 15

- Sobre los mensajes de ambas abuelas acerca de que el niño no engordaba a causa de un fracaso de la LM (con el tiempo diagnosticaron un reflujo gastroesofágico que le impedía comer a pesar de la producción láctea adecuada de su madre). La participante luchó contra los mensajes insistentes de las abuelas, suponiendo una

lucha para ella, que estaba plenamente convencida de dar Lm, ya que no creía que fuese la causa del problema:

“A mí me agobiaron tanto con ese tema... y yo por mis narices le di pecho a [primer hijo] hasta los 10 meses, pero era un niño extremadamente flaco, pero por constitución. Entonces, nunca estuvo en gráficas y como era un niño que lloraba muchísimo tomando el pecho, pues estaban convencidas de que yo tenía algo en la leche... mi madre y mi suegra se llamaban entre ellas, y que el niño estaba desnutrido, y que mi leche algo le estaba produciendo, que no estaba bien. O que no estaba bien la leche o que no tenía suficiente cantidad, o que tal”.

“Y mi madre estaba convencida de que yo no tenía leche suficiente, y mi suegra estaba convencida de que el niño pasaba hambre. Pero tuve unas peloterías, pero unas peloterías brutales (...). Y yo estaba convencida de que al niño le pasaba algo pero que no tenía nada que ver con mi leche”.

“Casi mejor que no vinieran las abuelas”

“Y odiaban a mi pediatra porque mi pediatra me decía que lo estaba haciendo fenomenal, que le diera la comida que él necesitara, que cuando el niño no quisiera más, que no le forzara”.

“A mí me ponían más nerviosa ellas porque estaban más nerviosas que yo, y eso es raro, parece que las abuelas vienen como a darte pues esa caricia de ‘oye, no pasa nada’ ”.

Participante 16

- La participante tenía dolor e inseguridad en los primeros días de lactancia, pero deseaba seguir. La abuela materna intentaba animarla con distintos argumentos valorados con el paso del tiempo:

“Decía (la abuela materna) ‘pues mira, si puedes... y además, dinero que te ahorras hija’ ¿sabes? Que te quiero decir, le sacó toda la parte buena, que yo recuerdo, vamos, sí, sí”.

Participante 19

“Ella veía que yo, que había nacido con 4 kilos y pico, no engordaba, no crecía, y ella me daba el pecho. Y entonces, fue al pediatra, y era el pediatra el que te miraba la leche, y al apretarla el pecho vio que lo que me estaba dando era agua, y me estaba dando agua porque ya estaba embarazada de mis hermanas... es lo que le dijo, entonces, yo, es verdad, que a mí, estando ya embarazada dejó de darme el pecho, y a mis hermanas no se lo pudo dar. Entonces,

mi madre siempre me desanimaba, cuando yo estaba muy cansada y muy harta, me decía ‘un biberón y se acabó tanta historia con el pecho’ ”.

“Fomentaban mucho el tema de la alimentación solo a base de pecho, el no suplir esa falta de leche con un biberón, pero mi madre siempre me insistía ‘que le den un biberón’. Es que la niña era muy pequeña, pesó 2,920 kg. Sus hijas habían pesado, cuatro y pico yo, y mis hermanas, siendo gemelas, tres y medio cada una, o sea, que fíjate (...) y allí en el hospital le estuve dando las dos cosas...porque yo lo pedía”.

“Es que ella no confiaba mucho nunca en lo que dijera el pediatra, o lo que te dijeran los médicos”.

Comprensión y respeto

Las participantes relacionaron la capacidad de comprensión de las abuelas con el vínculo y con la experiencia en el rol. Necesitaban esa visión desde la experiencia y desde el conocimiento profundo que las abuelas tenían de ellas mismas, ya que lo que necesitaban era la comprensión de los sentimientos, y no tanto la circunstancia objetiva, para que pudieran ser fuente de apoyo. Si esto no se daba, podía generar sentimientos de dolor en la madre, a modo de traición.

Esta comprensión total estaba relacionada con el respeto por las decisiones.

Los mensajes de crítica o contrarios a los sentimientos de las participantes eran percibidos como falta de entendimiento, aunque en ocasiones ayudaban a aportar tranquilidad y una visión menos estresante de las circunstancias, lejos de ser interpretados como falta de apoyo emocional, disminuyendo así la carga.

Participante 1

“La pareja por mucho que te quiera comprender y por mucho que te quiera ayudar, él nunca ha pasado por eso, ni ha pasado por un parto, ni ha pasado por un embarazo, ni por una lactancia. Y sin embargo ella sí, ella ya ha pasado por eso y... puede hacerse un poquito a la idea de cómo estás”.

“Te conoce pues... si es tu madre pues... sólo con mirarte ya sabe lo que estás sintiendo en cada momento. Una persona de un grupo de apoyo te puede ayudar mucho viendo la técnica, lo que haces bien, lo que haces mal... pero a lo mejor es más difícil que se dé cuenta de lo que estás sintiendo en ese momento”.

“Hombre, me dejaba mi decisión, pero como mi decisión era firme de seguir, porque soy muy cabezona (ríe)... tampoco...”.

“En resumen mi experiencia de la labor de... de las abuelas en la lactancia es positiva, sobre todo porque... respetan la decisión de la madre, que es lo más importante, yo creo, respetarla y apoyarla ...”.

Participante 3

“...Entendimiento, porque ella me comprende... sabe cómo... pienso y sabe... sabe cómo soy y sabe por dónde... cómo responder”.

Participante 4

- La participante 4 cuenta cómo la abuela materna no insistía con mensajes negativos y respetaba su postura de dedicación a la LM:

“Simplemente pues eso, era un comentario... ‘Hija mía, estás, parece que estás ahí todo el día con la teta fuera y la niña, pues tú también tendrías que salir(abuela materna)’... ‘pues mira mamá, es que lo que me apetece es estar aquí sentada dándole el pecho (participante)’...y pues vale, pues ya está “.

Participante 6

- La participante 6 hace alusión a la crítica de la abuela paterna por encontrarla un día descansando en la cama, agotada.

“Yo con mi madre no lo he... sé que hemos hablado y sé que ha pasado por lo mismo o peor, entonces seguramente lo habrá dicho: ¡ya sé por lo que pasas! o yo que sé... ahora eso sí me acuerdo, mi suegra ha habido momentos de eso que dices...¡es que no tienes ni idea! ¿sabes? la sensación que dices ‘tú no tienes ni idea porque si no, no lo dirías’ ”.

Participante 12

“Siempre me decía ‘no entiendo cómo te agobias tan poco por el tema de la operación de [primera hija], el problema médico que tiene y tal, que al final es lo grave, y te agobias tanto con que te tienes que sacar la leche, con que la niña no come, con que la niña no coge bien el pecho, con que la niña se va para atrás’ o sea, a mí siempre me dio un mensaje muy de tranquilidad, porque ella tiene muchísima paciencia y es muy relajada, y entonces siempre me decía ‘bueno mujer, tú tranquila, porque esto tiene que ser poco a poco’ y además era de ‘pues bueno, mujer, no tendrá hambre’ ”.

“Sí que es verdad que con [primera hija] tuve, no grietas fuerte dolor, pero sí que me salía sangre, no de dolor de ‘ay, qué mal lo estoy pasando’ hombre, siempre notas un poco al principio cuando cogen el pecho. Y ella sí que me contaba ‘sí, es que al principio siempre duele, porque yo también tuve grietas’ ”.

Participante 14

- Sobre los mensajes a favor de continuar la LM y de no comprensión de las circunstancias, contrarios a la toma de decisión de la madre de abandonarla.

“Ni mi madre ni nadie, yo creo que pretendiera perjudicarme ni tampoco influyeron en la lactancia más allá de pensar y decirme con naturalidad que era lo mejor, pero claro, a mí eso me parecían cuchilladas, así que...”.

2. NO ESTAR AHÍ.

Las madres necesitaron en ocasiones que las abuelas no estuvieran presentes ni interfirieran o actuaran debido a la necesidad de ir desarrollando un rol nuevo e íntimo en su núcleo familiar y de pareja, en el que la LM tenía un papel destacado, para lo que necesitaban congruencia entre lo que obtenían y lo que necesitaban de ellas. Fueron tomando decisiones y buscando distintas fuentes de apoyo y ayuda para ir forjando la seguridad necesaria en sí mismas.

UN NUEVO ESPACIO

La necesidad de estar ahí descrita hasta el momento tenía limitaciones en beneficio de la creación de un espacio y tiempo nuevos de ajuste personal y familiar que consistía en un entorno de comunicación íntimo de la nueva familia, que interrelacionaba el espacio personal y emocional con el espacio físico, equiparando el facilitar la intimidad con el apoyo. La necesidad de presencia o no, era dinámica en términos de ayuda (emocional, física, logística) y en el tiempo según las circunstancias, de manera que no debía entorpecer o interferir en la adaptación a la nueva situación, lo que se conseguía ofreciendo disponibilidad con cierta distancia.

El nuevo espacio también era un espacio de decisión, reflexión personal y afrontamiento, y no deseaban que estuviera sujeto a opiniones o consejos. Estuvo determinado por el rol femenino y familiar. Las abuelas que comprendían esta necesidad de espacio podían ayudar a las madres regulando su flujo de opiniones o interferencias en la autonomía materna o la de los demás, cuando fuese solicitado por las madres o a iniciativa de la propia abuela, si veía la

necesidad de que la madre asumiera su rol con seguridad y se enfrentara a las nuevas situaciones de una manera más independiente.

Algunas madres experimentaron la necesidad de tener un espacio propio que las abuelas se resistían a aceptar buscando su propio bienestar determinado por la vuelta a la convivencia y la cercanía que se producía en ocasiones tras el nacimiento del primer hijo.

En ocasiones, el espacio físico necesitaba una nueva conceptualización por parte de ambos miembros de la pareja.

Necesitar intimidad debido al pudor acotaba el espacio físico y alejaba a las personas significativas en ciertos momentos para conseguir bienestar.

Participante 1

- Haciendo alusión a las dos abuelas.

“Muchas veces es la presencia o... pues si has tenido una mañana muy complicada... cuando llega tu pareja, pues a lo mejor te gusta comentarlo... y comentarlo libremente y si hay que llorar todos, llorar todos y... pues hablar de lo que ha pasado esa mañana. Y a lo mejor si están tu suegra delante, pues no puedes, o sea que ¡no es lo mismo! (sonríe). No vas a sacar tus sentimientos respecto al bebé... o respecto a las dificultades que has tenido ese día con el bebé (se refiere a enganche y grietas)... de la misma manera que si estáis... solos (...)Entonces, yo creo que son momentos que... es cierto que te viene muy bien la ayuda, y te viene muy bien algunos consejos o alguna experiencia pero, también te viene muy bien estar solos los tres”.

“Yo creo que es que en ese momento lo que más necesitas... por una parte necesitas ayuda, pero por otra parte necesitas tiempo de estar los tres (pausa). Y lo que más nos faltó es tiempo de estar los tres”.

“Y a lo mejor en un momento dado ni te apetece que nadie te esté preguntando...por eso, quieres estar un rato sola o sola con tu bebé... y... y ya está”.

- La participante 1 está embarazada en el momento de la entrevista (2º hijo) y necesita que no se repita la situación de convivencia con los abuelos paternos como en el primero ya que los primeros días son los más difíciles para instaurar la LM:

“Pues yo eso ya lo he hablado con mi marido (pausa sonriendo) y... nos gustaría poder decirles que fuera más breve la visita al principio, los primeros días, y luego si acaso que

vengan cuando ya sea un poquito más mayor, cuando ya tenga 15 días, 1 mes... pues ya pueden venir más tiempo, pero la verdad que los primeros días no lo... no lo pasamos bien...(silencio) que van a ser los que van a venir”.

“¡Para que mis tomas fueran bien!... Pues yo creo que fundamentalmente dejar que la toma la hiciéramos solos... el bebé y yo, y que acudiera sólo si... si la necesitábamos (abuela paterna), si la llamábamos para algo, si necesitábamos un vaso de agua... si necesitábamos algo que viniera y si no... pues... pues que ella estuviera leyendo un libro en otra habitación y que nos afectara lo menos posible”.

Participante 2

“Es un punto positivo que haya confianza para decir, mira, ¡déjame! Que... que... hago lo que me da la gana”.

“Con mi madre... puedes... o sea puedes decir, déjame, que yo hago lo que quiero. Pero a lo mejor con tu suegra, aunque te lles bien no hay tanta confianza como para decir eso”.

Participante 4

“Lo que sí buscaba de vez en cuando era la soledad, pero la soledad absoluta, (pausa) o el quedarme a lo mejor con mis hijos cuando ellos están durmiendo o estaban relajados y tal, tal, a mí me gustaban esos momentos, ¿vale?(...) para esto (señala), para la cabeza”.

“Mi marido al principio dijo ‘¿cómo que eso que tu madre venga a casa cuando ella quiera?, ¿por qué tiene llaves?’. Y yo en ese momento me di cuenta, digo ‘pues tienes razón’ Claro, en mi casa ha sido así. Porque además, en la misma casa vivían tres hermanos”.

Participante 6

- La participante 6 expresa su malestar relacionado con que culturalmente se da por hecho que la abuela tiene que estar presente desde los primeros momentos tras el nacimiento, cuando el estado físico no es óptimo y las primeras tomas son difíciles.

“Entonces, cuando ya una vez había nacido, eh... la abuela estaba ahí en la puerta... lo que me acuerdo es una cosa... en Holanda es muy distinto, que no se le ocurra a la gente ir después de un parto a visitar... aparte, que la gente va a sus casas, excepto si tú dices ‘yo quiero a mi madre aquí, que esté aquí, que esté en el parto o lo que sea, quiero compartir esta...’, pero en general no. La gente normal tiene su pareja allí y ya está”.

- Hablaba sobre la necesidad de aislamiento y no interferencia durante las tomas.

“ Lo que necesitaba era tranquilidad. Tranquilidad para poder disfrutar y para soportar el dolor, porque es que tenía también mogollones de puntos, y estaba mucho tiempo también mal por esa razón y, por las grietas, y físicamente me sentía mal.”

“...Una burbuja por unas semanas, solo con tu pareja sería lo perfecto (...) yo creo que sería lo mejor, eso es lo que intentan buscar en Holanda en general en las primeras semanas después del nacimiento”.

“Dejarme en paz (risas), sobre todo. Callarse, callarse sobre lo que tenía que hacer, lo que estaba mal para el niño, lo que... porque claro, era todo, sobre todo...”.

“Porque me estaba diciendo lo que tenía que hacer y no hacer y no sé qué, y encima le llamaba su niño, (risas) y estas ya dolorida, porque es que yo ya tenía unos puntos que...(…) era como ‘déjame en paz!’ ”.

Participante 7

“...Y cuando llegó la semana le dije, ‘quédate más’, y me decía: ‘te manejas muy bien, esta es tu vida, tú tienes que estar aquí con tu marido y con tu suegra y con tu hija y yo ya no puedo estar aquí, o sea, tú ya tienes que tirar hacia delante y tienes que ser tú, yo ya no puedo hacer más’.

“Entonces, eh... yo creo que la suegra ideal sería eso, ‘yo estoy aquí, pídemelo lo que necesites, pero yo no voy a estar encima de ti’. Entonces dándote una facilidad y un espacio también, creo”.

Participante 8

“Pues era como por crear un espacio cuando has llevado tanto tiempo, y has sido solo... solo tú, entiéndeme, siempre compartido con mi marido, que estábamos entusiasmados y eso, pero al final quien lo llevas dentro eres tú y tienes las sensaciones y los movimientos y eso, y era un poco continuar esa situación”.

“Se volcaban en mí pero esto como que hay días que todo te sienta mal o ‘ay, gírala un poquito la cabeza’ como que ya opinaba... ‘ay déjame un poco de espacio’, no sé, era como ‘ay, y esto, y el pañal, ¿a ver si se lo he apretado mucho? o ¿a ver si se lo he apretado demasiado poco?’, no sé. Hubo un momento que, o sea la parte de ayuda del pecho y eso, fenomenal, pero hubo un momento que quería más espacio.”

“Evidentemente era nuestra niña y a mí me sobraba todo el mundo, o sea llegó un momento en el que yo quería estar los tres”.

Participante 9

“No me gusta depender de lo que opinen los demás para tomar una decisión. O sea, pienso que te equivoques o no... entonces, en ese sentido, digamos que, dado que has elegido estar con una pareja, que encima esa pareja es el padre de tus hijos, para mí es más importante el apoyo de la pareja casi que de la madre y la suegra, ¿sabes? Porque es como, soy adulto, he creado mi propia familia, la estoy creando... o sea, que sí, mi madre fenomenal, la suegra también pero ellos ya son otra etapa de mi vida. O sea, ahora estoy yo con mi pareja, mi hijo y tal... entonces, para mí casi es más importante el apoyo de la pareja, porque es una nueva etapa, una nueva etapa y una nueva vida.”

Participante 10

- En alusión a la presencia de la abuela paterna en las tomas.

“A mí en ese momento me gustaría estar sola, o sea como... ¿sabes por qué? Porque estaba como que no sabía cómo darle el pecho, estás en un momento de estos de que no coge el pecho, y yo, por lo menos, necesitaba tranquilidad, y no tener que estar pendiente de... un poco de agobio en ese aspecto, o sea, que primero fue agobiante, un poco en ese aspecto porque yo quería dar el pecho pero no podía, no podía porque no cogía, pues los problemas que hay de no coger...(…). Y entonces esa gente hablando, hablando, hablando y yo con mi niño, que no me entero casi de nada y estoy ahí...”.

Participante 14

“Yo no soy una persona fácil y, entonces, mi suegra, de vez en cuando sí que ha dejado caer esa impronta de toda suegra, pero yo no he dejado que mi terreno... así que no ha podido opinar”.

“Yo quería eso, estar sola, como quería estar sola porque era mi intimidad, porque no lo hacía bien y me sentía juzgada”.

“Yo no quería que viniera nadie a mi casa, o sea, a mí me entró el instinto este de león de no quiero a nadie, quiero estar con mi hijo y con mi marido y quiero hacerlo yo. Y cuando empezó a llorar, todavía más, o sea, no quería a nadie porque yo quería saber qué narices le pasaba a mi hijo, y entonces eso, entre que eres primeriza, que al niño no le das bien, que tal,

que cual, la culpa la tenía yo porque el niño lloraba porque yo hacía algo que no era... yo hubiera preferido que no vinieran, desde luego”.

- Contó la vergüenza que sintió relacionada con el pudor en una situación en que la abuela fuerza que realice una toma delante de otros familiares, sin respetar su espacio físico.

“El primer día según aparecimos en la habitación, mi madre me plantó a la niña en el pecho y yo solo podía mirar al suelo porque estaba mi cuñado, mi hermana, mi padre y yo, o sea, ruborizada (risas), sin palabras... me quedo bloqueada y es como ‘aquí no va a volver a haber nadie’(...) le dije a mi madre que no quería que viniesen a verme ni mis tíos, ni mis primos, no, no quiero, no quiero”.

Participante 16

“Recibes órdenes de todo el mundo, cómo tienes que hacerlo todo, y de pronto dices ‘no, no, no’(...). No sabes, pues todo lo que te digan pues bien dicho está, ¿no? Entonces, bueno, pues intentas... pero me di cuenta que la cosa no era así, o sea, que está muy bien que alguien te diga, pero que después, las decisiones las tengo que tomar yo, yo creo que sé lo qué le pasa, y si no, pues oye, también te tienes que equivocar y aprender del error, ¿no?”.

Participante 19

- La participante se fue con su marido y su hija a vivir a casa de sus padres durante 1 mes tras el nacimiento de su primer hijo y cuenta cómo ella quería volver a su casa y la abuela materna no lo deseaba. En el relato de vida, la participante habla de la dependencia y sobreprotección que su madre había generado toda la vida en la relación entre ambas. Esta situación le ocasionó dificultades en la lucha por la autonomía, y liberación al conseguir ese espacio propio que necesitaba para tomar las decisiones.

“Un mes estuve. O sea, con la cosa de que yo me iba, ya me voy, ya me voy... mi madre todo lo que quería era que yo me quedara porque ella estaba feliz. Mi madre está feliz siempre que está, especialmente, conmigo, porque de las tres es con la que tiene una relación, yo no te voy a decir mejor, pero sí que estamos más unidas (...) y cada vez que yo decía ‘mamá, me voy’, ella decía ‘quédate unos días más’ “.

“Yo lo pasé mal por ella porque yo sé que ella sufría cuando yo me iba, o sea, mi madre me iba a echar mucho de menos, entonces yo lo pasé mal por eso. En cuanto a mí, yo creo que me

relajaría, en el sentido de buah, ya me da igual lo que digan, voy a hacer lo que yo quiera, si le quiero dar el biberón doble, o triple, o no dárselo...”

Participante 20

“Una cosa es que venga, y otra cosa es que tienes también a tu marido por el otro lado, ¿sabes? Que tampoco quería tener a mi madre, él tampoco quería tener a mi madre metida en casa, quería disfrutar del momento de la toma del bebé y de nosotros dos, no con la suegra metida en casa”.

“Sí que les mandaba mensajes como protegiendo, o también ella tenía la sensación de que todo el mundo te dice muchas cosas y te vuelven un poco loca, ¿sabes? Entonces si llegaba, a lo mejor [pareja], y decía ‘pues me ha dicho mi hermana que no sé qué, no sé cuántos’, pues, a lo mejor, decía “déjala, que haga lo que...”

LA CONGRUENCIA Y LA UTILIDAD

En cada momento la ayuda ofrecida por las abuelas podía no corresponderse con la necesidad de la madre, o ésta se modificaba a lo largo del tiempo, generando nuevas necesidades. La discrepancia entre la necesidad y la intervención provocaba malestar, haciendo inútil para las madres los intentos de ayuda de las abuelas y haciendo que necesitase un alejamiento de ellas, es decir, que no estuvieran ahí.

La utilidad o no del apoyo podía estar relacionada así mismo con la sustitución de la ayuda u otros aspectos que no sintieran cubiertos por otras fuentes.

Dame sólo lo que pido

Las madres necesitaron la regulación del flujo de ayuda ofrecido por la abuela, en cantidad y calidad tanto en los aspectos físicos como emocionales, para conseguir que la ayuda fuera útil y no interfiriera con la intimidad y la autonomía. La comunicación era crucial para que el apoyo se focalizara en la necesidad, y fue facilitada por la confianza.

La madre podía hacer una valoración de lo que necesitaba o deseaba personal y culturalmente, solicitando un aspecto deseado de la ayuda en particular, o que lo que la abuela aportase fuera sólo lo esperado por la madre y no lo que la abuela determinase.

Participante 1

“Venían por la mañana a ver que podían ayudar, o que podían hacer o tal... y luego ya... ya está, y además como tienes más confianza siempre puedes decir, ‘mamá, vete a casa que nos vamos a acostar un rato...’”.

“Es verdad que también necesitas más ayuda, pero tiene que ser una ayuda un poco... controlada...”.

“Todo el que viene, viene con buena intención, lo que pasa es que a veces no aciertan con... con las cosas”.

“Que el balance sea positivo, porque si te ayudan, por una parte te ayudan, pero por otra parte, eh... tienes muchos más perjuicios que...(ríe) que ayuda, pues al final el balance es negativo. Entonces lo ideal es que la persona que vaya, vaya un rato... ayude en lo que pueda ayudar... y después, pues se dé cuenta cuando los padres o el bebé tienen que descansar”.

“Meterte en la cama con tu bebé y llorar (ríe), mientras llora, ¡porque estás desesperada que no deja de llorar y quieres llorar tú con tu bebé! Y claro, están ahí y a lo mejor te empiezan a decir ‘ay, pero que te pasa, pero que no se que...’ y no quieres hablar, ¡quieres llorar con el bebé y llorar las dos!”.

“O estás ahí con el bebé que no se engancha, que no se engancha, que estás agobiada, y no te apetece que esté la gente (se refiere a abuela paterna) entrando a ver ‘¿ya se ha enganchado?, ¿ya está?, ¿ya mejor esta toma?’... pues no... hay veces que no, entonces muchas cosas de ese tipo que se hacen con buena intención, pero que a lo mejor no es lo que necesitas (...). Y a lo mejor... no se la das (la toma) en el mismo sitio donde se la dabas habitualmente, sino que ya te tienes que ir a otra habitación...”.

Participante 6

- Sobre la abuela paterna:

“Si me ayudaba con cosas de casa, si estaba haciendo la cama, que tampoco me molestaba, ... o me ayudaba a colocar la ropa, es que había tanto... que eso sí estaba agradable, hasta cierto punto, porque a veces, también, quieres paz en la casa, no quieres que alguien esté correteando”.

“Yo estoy encantada de que haga mi casa, ahora también, sí quieres está ahí, te doy la llave y todo. No es eso, es el jaleo, es muy nerviosa y no para de hablar y no...(...) entonces

siempre ha sido el problema. Es que realmente es buena persona y nos quiere mucho y todo, y... pero es, es una tormenta que va por tu casa”.

- Comentó que una abuela le aportaba compañía y no ayuda, y la otra ayuda distante, invadiendo, de manera que no obtenía lo que necesitaba en realidad.

“Es que no hay conversación realmente, con lo cual esa es la parte que yo echo de menos. Lo que dices, si has aprendido algo de las cosas que dice, porque las cosas que dice eran como muy diferentes a mis ideas y a mis experiencias, y luego tampoco había temas realmente... entonces eso, lo que querría, una mezcla de ellas dos habría sido perfecto”.

Participante 7

“Estas ahí si te necesito (abuela materna), si te pregunto, si... estas ahí. Pero no me agobies, porque si me agobias, yo puede ser que estalle y aquí la liemos”

Participante 8

“Su forma de ayudar (de la abuela paterna) era ‘yo me quedo con la niña para que tú hagas cosas de la casa’ y yo pues no era eso lo que quería. Sin embargo, mi madre sabía lo importante que era para mí estar con la peque y sí que decía ‘bueno, yo voy a casa, y te limpio, te hago, te no sé qué, te preparo la merienda si vienen luego tus amigos’. Entonces, bueno que era... que no le dejaba que lo hiciera, que decía ‘no, no, tú si quieres baja pero para estar con nosotros’. Pero sí que era, sí que era un planteamiento diferente. Mm... ¿Cómo lo definiría? Pues a ver, cada uno, en lo que ella creía volcada, pero evidentemente yo...”.

- La participante tenía problemas de hipogalactia y necesitaba mucho tiempo y dedicación para solucionar el problema:

“Si venía mi suegra a lo mejor a casa y decía ‘ay, yo me quedo con la niña mientras tu planchas’, yo pensaba ‘o sea, si me quieres ayudar, plancha tú que yo me quedo con la niña’ ”.

Participante 10

- La participante contó cómo lo que quería era más información y transmisión de experiencia, pero la abuela paterna no se la daba, influida por la tendencia del momento a alimentar con fórmula.

“Pues ya te digo, mi madre dio pecho y le dio a mi primo y tal, pero realmente no... como que era el biberón (...) pero bueno, ya te digo, no había información, no tenía información, y como a mí me llena mucho lo de estar informada y tener un apoyo ...”.

No te necesito ahora

Hubo momentos en los que las madres no necesitaron a las abuelas porque no les eran útiles determinadas actuaciones, información o consejos debido a que ya tenían seguridad o no valoraban que hubiera necesidad de intervención por su parte debido a que tenían que afrontar que la carga física y la responsabilidad recaía sobre ellas.

La seguridad en la técnica de amamantamiento se extendía a la seguridad emocional y el bienestar por lo que la experiencia en LM redujo la necesidad de que las abuelas estuviesen ahí.

Participante 3

- Respecto a las mastitis en el segundo hijo.

“Es que ahí, como era el segundo, no, como era el segundo no, vamos que no necesité... apoyo maternal ahí, o sea, que te quiero decir, que como si hubiera tenido una gripe. Sabes me iba, como las había padecido con [primera hija], pues me iba al médico (sonríe) o empezaba a intentarlo sacar, vamos, sacar adelante yo... pero no... no lo viví como un trauma, lo de las mastitis con [segunda hija], porque sabía... cómo intentar resolverlas”.

Participante 4

- La participante había comentado previamente la necesidad de que la abuela materna estuviera cerca los primeros meses tras el nacimiento de su primera hija, pero que su seguridad aumentó en su siguiente maternidad, a pesar de que se trataba de gemelos, por lo que afrontó mejor la LM.

“Con los segundos (gemelar) si el niño ha tomado diez minutos en lugar de veinte el pecho sabes que no pasa nada, porque no le ha pasado nada a [primera hija], y entonces, la sensación luego es mucho más tranquila, o sea, tú... forma de ver las cosas es como, ‘yo estoy aquí’ “.

Participante 5

“No me decía... no, pero a lo mejor porque tampoco lo necesitaba, ¿sabes? A lo mejor si me viera totalmente perdida o que no... la niña no se agarraba y que lloraba y que no sé qué...”.

pues a lo mejor me hubiera... intervenido para ayudarme, o '¿quieres que te ayude?', o... '¿quieres que te coja a la niña?', o... ¿sabes?"

"... Con [1ª hija] que en principio iba todo, vamos, al principio y al final, fue todo tan divinamente y no tenía ningún problema, la niña se agarraba bien, comía bien, pues mi madre estaba ahí como una más".

"En el fondo sabía que no podía hacer nada (abuela materna), entonces por eso tampoco le exigía nada, por eso a lo mejor tampoco he echado en falta nada, porque es que tampoco me podían ayudar (...) para el tema de la lactancia era cosa mía, es que es cosa de la madre, es que no puede hacer otra cosa. ¡Es que ni del padre!"

Participante 16

"Yo que esté mi madre o mi suegra no lo he necesitado, sinceramente. Si están, no me estorban, pero si no están, tampoco".

Participante 18

"Una vez que ya aprendes, es como algo tan mecánico, que ya no fue necesario, esa necesidad que yo notaba que tenía al principio, luego no me hacía falta, la verdad".

La sustitución

Algunas funciones atribuibles a las abuelas, como la de ser fuente de información y guía, pudieron ser sustituidas por otras fuentes si eran de confianza o significativas para las madres o si consideraban que la abuela "no estaba". Otras veces la abuela pudo sustituir la función de otras personas significativas que "no estaban ahí", del personal sanitario o de otras fuentes que no aportaban lo que se necesitaba la madre. También podían ejercer la sustitución de la madre en la toma de decisiones provocando su malestar. Las participantes cedían terreno en ocasiones en esa sustitución, para que la abuela disfrutara con la participación.

Permitían la sustitución del personal sanitario por la abuela, si obtenían resultados positivos o, al contrario, no necesitaban ninguna transmisión de conocimientos o experiencia de las abuelas si tenían soporte sanitario eficiente.

Así mismo, ambas abuelas podían sustituir los déficits de ambas entre sí.

Cuando la madre no asumía el rol, si ella misma no estaba ahí, podía desear la sustitución por la abuela materna.

Participante 3

- La participante 3 explicó en el relato de vida que la abuela materna no tuvo nunca un rol maternal tradicional, volcada en sus hijos, sino una relación más independiente con ella. Cuando la había necesitado, siempre le aportó tranquilidad y bienestar escuchándola pero sin dar consejos, para lo que solicitaba la intervención de la abuela paterna, que sí tenía otras cualidades que necesitaba en ese momento y para lo que la abuela materna “no estaba”. Si necesitaba ayuda en tareas relacionadas con LM o rol maternal en general, confiaba más en la abuela paterna ya que representaba el rol tradicional que ella quería ejercer y que la abuela materna no ejerció

“Necesité que fuera como es ella (abuela materna), porque es a lo que estoy acostumbrada y sólo con estar... yo nunca le he exigido más de lo que... me ha dado, que te haga compañía, y la templanza que... que ella tiene”.

“Que también es de tranquilidad (rol abuela paterna), no era de tristeza, era como... sabe que de esto se sale (...) sí que me vio pasarlo mal y tal y decía: ‘hija tú no te preocupes que tal’, o sea eso sí que, sí que, ahí es más de palabra que mi madre, pero son distintas. No tienen nada que ver. Eran palabras de ánimo. Eran de ánimo, no me acuerdo exactamente cuales, pero bueno... ‘vale, ya verás que no sé qué’, todo es así, porque veías puro optimismo todo, además ella va...de abuelita. Es que es eso, es más de... de madraza, de abuela”.

“Mi madre, si no hay más remedio se lo digo, pero... mi suegra es que me viene natural, es que se me sale, pero es porque ella sigue siendo... es que, es que... pues bueno, mi tía es igual que mi suegra, la hermana de mi madre, pues es mucho más madraza, mucho más madraza, mi madre es más... más fría, en ese sentido”.

Participante 4

“Quizá por eso yo también buscaba a mi madre, porque necesitaba a alguien al lado (sonríe)... y mi marido en ese momento no estaba (silencio). Estaba, hombre no me daba de patadas y... y estaba lo más pendiente que yo creo que él pensaba que podía estar, pero... no estaba. Estaba con sus hijos”.

“Luego con el tiempo... he dicho, pues yo creo que... es más, cuando han parido amigas más o cuando han tenido niños y tal, a los maridos siempre les digo lo mismo: ‘tu mujer sigue siendo tu mujer después del primer día que nace tu hija, ¿eh?, así que síguela queriendo, síguela mimando’. Lo he visto más con el tiempo, en ese momento yo me sentía bien, por eso,

digo fijate que bien, se encarga de los niños y que tal, ha sido con el tiempo cuando me he dado cuenta que yo no he tenido a mi marido cuando... pero bueno, como he tenido a mi madre..."

Participante 5

"No he tenido necesidad de preguntarle (abuela materna), a lo mejor porque por parte del centro de salud o del pediatra o la enfermera me han orientado bien y me he sentido segura con lo que me decían y me lo he creído ¿sabes?, a pies juntillas, entonces ya, no he tenido ningún... Pero con mi madre no he tenido que preguntarle... nada".

Participante 10

"Y de mi madre, hombre, pues que, como es una madre, pues también agobiaba... que tomaba decisiones que, a lo mejor las quería tomar yo, en vez de ella".

Participante 12

"De mi madre lo que tuve, o sea, que me relajara, que estuviera, que me acompañara, que me transmitiera tranquilidad. Y de [pareja] era más que se involucrara como padre".

Participante 14

- Contaba en el relato de vida que cuando tuvo a su primera hija no deseaba quedarse embarazada y no se veía en ese rol maternal y de madre lactante porque no iba con su personalidad ni deseos en ese momento.

"Eso que decían, la mujer cuando ya se va acercando el momento quiere tenerlo todo listo, hacer su nido, y yo '¡que nido ni que nada!'. Yo quería irme con mi madre, o sea, que el nido me lo hiciera ella".

Participante 15

- La participante 15 tiene una relación fría con la abuela materna, que no acude en la ayuda de la madre aunque ésta se lo solicitó como apoyo en la lucha para mantener la LM. Su hermana significa para ella un gran apoyo que sustituye a la abuela materna como guía y está basado en un modelo deseado de maternidad, compartido con su hermana, y del que ésta es su modelo a seguir.

"Yo era muy cabezona y yo estaba convencida de que lo estaba haciendo bien, y además mi hermana, que para mí es una persona a seguir, me lo decía igual que yo, o sea, que no hiciera

el menor caso (...).Ella siempre me ha gustado como ha criado a sus hijos, también le dio mucho tiempo el pecho a sus hijos, es muy maternal, muy de mamá gallina, es súper protectora, siempre cuidando todos los detalles para sus hijos, cosas muy así. Y ya era mi referente en la vida porque es la que me crió”.

Participante 16

- La participante 16 no compartía los mismos valores sobre lactancia que la abuela materna, ya que ésta la había dado por obligación y no le transmitió ningún valor emocional, en lo cual fue sustituida por una auxiliar de enfermería que la ayudó empáticamente.

“Esta auxiliar fue una caja de sorpresas que me abrió otro camino, ¿no? Y otro camino afectivo también, para mí el dar de mamar es un asunto afectivo absolutamente, madre-hijo, para mí”.

Participante 18

“Pues las enfermeras me ayudarían... porque al principio no tienes ni idea de cómo colocarte al bebé, y aun encima me habían hecho cesárea, que estás más incómoda. Y mi madre llegó sobre las 7 de la tarde, y en cuanto llegó ella, ella fue la que enseguida me lo colocaba, me lo cogía. Luego mi madre, ya te digo que es de estas mujeres que en cuanto estaba con ella, ella me lo cambiaba. La semana que estuvo conmigo no lo cambié ni un día al niño. No me importaba porque sabía que mis padres se iban, que al estar lejos no iban a poder disfrutar”.

“Cuando me lo hicieron las enfermeras (colocar al niño a mamar) era porque no estaba ella, y luego si tuve necesidad de que, en un momento dado, porque estaba ya mi madre y no estaba la enfermera, pues directamente se lo pedía a mi madre”.

“Mi hermana mayor y yo, pues hemos tenido una relación especial, nos hemos llevado, ya te digo, meses, entonces yo en muchas cosas siempre he tenido más confianza casi, luego el carácter de mi madre es muy fuerte. Entonces, me parecía como que ella estaba más actualizada en cualquier cosa que me pudiera pasar a mí que mi madre”.

3. TE CUENTO Y TE ENSEÑO

Las abuelas tuvieron influencia en la actuación de las madres a través de sus intervenciones en las que no sólo era importante lo que transmitían sino cómo lo transmitían. La transmisión fue multifocal (conocimientos, técnicas, sensaciones y experiencias) y seguida

con mayor o menor fe, e interpretada como más o menos pertinente. En ocasiones, la no actuación fue más valorada que la actuación.

LA ACTITUD

La actitud de la madre y de las abuelas era importante para facilitar o no la intervención por parte de éstas y se dio desde una postura personal o influida por el rol cultural.

Las actitudes tanto verbales como no verbales fueron relevantes para la interpretación de los mensajes que daban las abuelas como una forma de ayuda o intromisión.

El posicionamiento

La actitud distante de no intervención o de alerta por parte de las abuelas, fue valorada positivamente como símbolo de respeto que facilitaba el bienestar emocional o la tranquilidad de la madre y la interacción entre ambas, aunque la posición distante radical de no intervención por parte de la abuela materna fue valorada negativamente en ocasiones ya que necesitaban conocer la opinión de las abuelas como personas de referencia, aunque precisando el respeto a la autonomía. En cuanto a la madre, la receptividad a los mensajes dependía de la relación previa con la abuela, de características circunstanciales o de la respuesta a la actitud de ésta.

Para la madre, cuando la abuela creía firmemente en el beneficio de la LM, lo transmitía “sin permiso”.

En algunos momentos, el posicionamiento de la abuela con respecto a la madre en términos de relación personal previo a la interacción durante el amamantamiento, tenía relación con las expectativas mutuas. La madre esperaba que las abuelas hicieran la función esperada social y personal, tal y como las conocían dentro de su forma de ser y actuar.

La actitud en la transmisión del mensaje era fundamental para que fuese tenido en cuenta o, por el contrario, para ser entendido como una crítica gratuita llegando a afectar también a la pareja, por lo que la manera de abordaje en la intervención de la abuela era importante para hacer el apoyo efectivo y que no fuese interpretado como agresión.

Las madres entendían que el posicionamiento para la ayuda o la intervención estaba relacionado con las aptitudes o la forma de ser en algunos aspectos. De la misma manera, las madres relativizaban los mensajes, entendiendo que la actitud en su transmisión por parte de las abuelas, dependía de la interpretación por parte de éstas sobre las necesidades en ese momento y la congruencia con el conocimiento de la personalidad de la madre.

Participante 1

“Sobre todo me gustaba que...que respetaba mi manera de hacer las cosas (abuela materna) y...ella lo que hacía era apoyarme en... en... en mis decisiones e intentar ayudarme cuando tenía alguna dificultad”.

“Si estás muy nerviosa, a veces que esté otra persona te pone más nerviosa, aunque sea tu madre”.

Participante 2

“La suegra ideal es la que tenía yo (sonríe), que no se metía... para nada(...). La distancia y eso... que no se meta, que con una madre es diferente, porque aceptas más las opiniones, pero yo vamos, en mi caso, todo le parecía bien, pero si hubiese opinado una cosa distinta me hubiese molestado bastante”.

Participante 3

“Me dejaba más tranquila (abuela paterna) o... pero vamos, no por... más que nada porque... por no molestar, por discreción, no por otra cosa”.

“Por mi manera de ser me hubiera dado igual lo que dijera (abuela materna), hasta que no lo... hasta que no iba haciendo yo pruebas y... iba viendo”.

“Es que incluso pienso que me hubiera dado igual (pausa). Yo creo que sí, porque yo soy muy cabezota y es que estoy convencida de que hubiera hecho exactamente lo mismo por más que me dijese (sonríe) lo que ella había vivido, ¡seguro, seguro! ¡Porque lo he hecho así con todo!”.

Participante 4

“Pues como yo tenía claro que le iba a dar el pecho como me diera la gana, pues ya está... hombre, a lo mejor si mi madre se hubiera puesto muy dura o tal... decir ‘no, porque no sé qué, no sé cuántos...’, pues a lo mejor yo hubiera cedido, ¿sabes?”.

Participante 5

“La verdad es que mi madre, se ha mantenido muy, o sea, siendo muy cercana se ha mantenido a distancia en todo el tema... o sea no me decía ‘ponte así, ponte asá’ o... ‘a lo mejor es que te pasa esto’, o... ‘yo creo que no crece y por qué no vas al médico’... para nada. O sea, siempre se ha mantenido muy al margen y no ha dicho ni pío.”

“La verdad es que estuvimos muy a gusto. Con el bebé, primeriza, y eso... que mi madre no se metía en nada”.

“Yo me iba con [hija] a la playa, tenía un mes o por ahí, y al principio era como, ¡madre mía!, me voy a tapar un poquito con la toalla para que, y luego ya la gente con las tetas al aire digo, ‘pero qué absurdo es esto...’, total, que al final, en el chiringuito dándole el pecho tranquilamente. Y desde el minuto cero ... pues eso desde el mes de junio, me fui a la playa en julio, a Valencia y me liberé y me dije ‘buena gana, qué tontería’(...). No, no era un chiringuito. Era un restaurante en La Alboraya, que había unas escaleras y yo estaba justo debajo de las escaleras, o sea, que todo el mundo que baja es como ¡plin! El pecho de [nombre participante] aquí fuera. Y me acuerdo que mi suegra me decía ‘¡pues claro que sí! ¡pues es lo más normal! Si es la cosa más natural del mundo y no sé qué, no pasa nada’...”.

Participante 6

“No creo que haya seguido ningún consejo (de abuela paterna)...ies que somos tan distintas!”.

“Lo peor es la negatividad que tiene y ve todo blanco o negro, entonces a la hora de tener, a lo mejor, no tener la misma opinión es complicado con ella porque si no piensas como ella, ya... ¿sabes? porque es así. Entonces ya entras en una conversación muy desagradable”.

“Te dicen lo que tienes que hacer. Claro, es que yo que llevo desde los 18 años siendo independiente, económicamente y emocionalmente...”.

“No estaba (abuela paterna) mucho cuando estaba mi madre, no, porque respetaba también”.

“Pero mi suegra es muy hiper... (hace un ruido con la boca), está sin parar de hablar, sin parar de moverse, es así, además grita, habla...”.

“Pero es que llega un momento que me entraba por aquí y me salía por allí, por eso a lo mejor ni me acuerdo, por lo que te dije, que tenía tantos comentarios sobre cómo tenía que criar a mi hijo que, esto me afectó muchísimo al principio hasta que llegó un momento que no escuchas ya, porque así no te molesta, o te duele o lo que sea”.

Participante 7

“Recuerdo una vez que yo estaba ahí, (señala) en ese rincón y mi madre estaba sentada aquí (señala), estaba así... esta era su postura, como esperando que yo necesitase algo para

levantarse, o sea no estaba acomodada, no estaba, no... esta era su postura, entonces siempre '¿y estás bien, y necesitas un cojín?', o si no simplemente hablando conmigo, tranquilamente".

"Entonces eso, mi madre siempre me decía '¿tú le vas a dar el pecho?' y yo le decía 'sí' y ella me lo explicaba..."

"Mi suegra en ese sentido ha sido siempre más... digamos que o no sé si respetaba mi terreno, o cómo yo hiciese las cosas, o todo le parecía bien, no sé exactamente...o no se metía en ello".

Participante 8

"Si veía (abuela paterna) que ponía cara de mucho dolor, pues si estaba hablando, pues dejaba de hablar, como para que yo me concentrara en lo mío, pero no me decía nada, no interactuaba".

Participante 9

"Si la madre de [pareja] hubiese sido como más, digamos, no sé, como de apoyar todo más, como más afable, pues a lo mejor [marido] hubiese estado más tranquilo. Yo creo que había momentos en que [marido] estaba un poco así, inquieto, como por sí... pues eso, a ver si va a ser suficiente alimento y tal..."

Participante 10

"Tampoco te quieren agobiar, porque a lo mejor si me hubieran agobiado 'sigue dando el pecho, dale el pecho' a lo mejor me hubiera enfadado y todo".

Participante 11

"Ella me dijo 'bueno, y le darás el pecho' o sea, algo como que ella lo veía razonable, ¿no? Nunca me... yo lo tenía claro, pero vamos, que ella como que, pues que también, ¿no? Pero que tampoco tengo un recuerdo, ni siquiera de haberla preguntado '¿y tú qué tal?' la verdad que no, no lo recuerdo, eso de preguntarle a ella..."

Participante 12

"Mi madre es que influye poco en casi todo, o sea, es decir, que no es meticona para eso".

"A mi ella no me insistió en que siguiera con el pecho, nada, no me insistió con ninguno de los tres, ¿eh? vamos, que es que no me insistió en nada, mi madre para eso es muy de 'pues lo

que tú creas, lo que tú veas, con lo que tú estés más tranquila, que no pasa nada, la niña está estupendamente y tal' ”.

“Los típicos comentarios de suegra, como digo yo, de ‘claro, es que esta niña no come porque es que claro, es que hay que mantener un horario; no es que esta niña no come porque es que...’ (...). Porque era más personalizado en que (hablando como la abuela paterna) ‘como la niña no hacía las cosas perfectas pues entonces yo, que tengo mucha más experiencia te tengo que decir...’ cosa que mi madre no ha hecho nunca, por ejemplo, ¿no? Te tengo que decir que eso es que... o si mi madre lo hacía, lo hacía de otra manera ‘mira a ver, no vaya a ser que la niña a lo mejor la tengas que cambias el pañal’ y mi suegra ‘no, eso es que... a esta niña le vais a estropear el estómago con tanto estarle dando de comer cada vez que la niña llora”.

Participante 14

“Si alguna vez yo había cogido al niño, que mi madre es muy de ‘pero pónitelo aquí, pónitelo aquí, no sé qué’ yo enseguida es como ‘¡oye!’ o sea, que ni soy fácil yo para aprender ni ella tiene tampoco la paciencia de enseñar”.

Participante 15

“Yo creo que, evidentemente tiene que opinar, porque si no... mi madre, además, peca muchas veces de no opinar de cosas, y de no opinar y de, al revés, decirle ‘mamá, dime tú opinión’ y no, cada uno con su vida, y no, es que eres mi madre, es que me interesa. Pues primero, dando la opinión de lo que ella considera, pero siempre como una opinión”.

“Creo que una suegra tiene que ser comedida a la hora de decir las cosas, y sobre todo, si te las dice, que te las diga a ti, es decir, que si te las tiene que decir, que te las diga con un tacto sutil y ‘oye, yo creo que, pero me puedo estar equivocando, ¿eh?’, aunque realmente tengo toda la razón del mundo, pero creo que una nuera es mucho más receptiva con ese tipo de frases, aunque no tenga razón y aunque la suegra tenga toda la del mundo”.

Participante 17

“Sí que es cierto que mi madre siempre decía ‘pero por lo menos el principio siempre les protege’, o sea, mi madre no era reacia a darles, pero siempre te decía ‘no hombre, por lo menos un poquito, unos días, para que les proteja, para que tal’, ¡aunque tu dijese que no!”.

Participante 18

“Yo creo que mi suegra mantenía las distancias, y también porque ella estos temas médicos (referencia a mastitis)... mi madre es muy lanzada, ya sabes que hay personas que valen más para ciertas cosas que otras”.

Participante 19

“Siempre me decía (abuela paterna) ‘mira su padre, que no comió hasta no sé qué años’, y mi marido no es alto, mi marido es bajo, y yo decía ‘claro, así se ha quedado’ ‘sí, pues mira siendo más bajo lo que se ha llevado’ (risas), me decía mi suegra siempre, y yo le decía ‘ya, pero es que tiene que comer’. Yo le daba mucha importancia a que tenía que comer, a que tenía que estar alimentada, pero yo creo que por no agobiarme... porque ella me conocía y sabía cómo estaba yo”.

Participante 20

“Lo típico que te la pones y, a lo mejor, te coge y te coloca el pecho, o te lo quita para... fijate, lo que me acuerdo es que te quitaba el pecho para que respirara, o sea, no quitártelo, bajarte así, ¿sabes? Para que el pezón se quedara abajo, y... es que si no, no sería mi madre (risas). Mi madre es la que se mete en todo, es imposible (...). Es que no me lo tomaba mal porque ya la conozco, entonces... no, no me lo tomé a mal”.

“Vamos, es que lo que te he contado de mi madre, vamos, mi suegra ni se le ocurre, porque ella es así, sí, es por su manera de ser”.

“No quiero decir que sea distante ni nada de eso (abuela paterna), pero te trata con el respeto y la distancia que estableces cuando vas a casa de... tú cuando vas a casa de tus súper amigos”.

[La influencia de la cultura](#)

El rol de género como mujeres y madres en las familias daba a las abuelas maternas una actitud esperada de transmisora de conocimientos o de guía de las madres. Las madres vivieron de manera positiva la actitud del personal sanitario ante ese rol, que veían como interferencia, aislando el nuevo núcleo familiar respecto de las abuelas, para realizar su función de educación y que no se produjesen conflictos por diferencia de opiniones o en previsión de una intromisión.

Las intervenciones de las abuelas paternas fueron consideradas culturalmente por las madres como evaluaciones y juicios y esperaban de ellas el respeto a un terreno de cercanía e interacción que tradicionalmente es de la abuela materna. Sin embargo, cuando este distanciamiento no era el deseado, suponía una traba para el bienestar emocional.

La presencia y actuación de la abuela materna durante la época de amamantamiento fue valorada por la madre como una función de protección y seguridad, en la línea de su rol familiar y tradicional esperado.

Participante 5

“Yo creo que mi suegra, y mira que es encantadora, no tiene la libertad para venir aquí como tiene mi madre. O sea yo creo que mi suegra tiene más libertad para venir a casa de su hija que venir aquí. Y no porque piense que a mí me molesta, sino porque yo creo que guarda un poco más el respeto de, a lo mejor... y a mí no me importa en absoluto”.

Participante 6

- La participante, según ya se ha comentado en otros temas, observaba gran diferencia cultural en el posicionamiento tradicional de las abuelas en cuanto a su interacción en la LM.

“Lo que me acuerdo con ella (abuela materna) era que me dejaba en paz, decía que hiciera las cosas como yo quería, en ese sentido muy bien, entonces es lo que digo, es otra cultura (...). Entonces es mucho más la cultura en general, de no estar diciendo ‘tienes que hacer no sé cuánto, tiene que...’ pero, sí hay gente que tiene buenas relaciones con sus madres, con sus padres, que sí preguntarán por consejos, ¿no? ¿cómo hago tal? O ¿cómo lo has hecho tú? pero no de primeras, qué tienes que hacer”.

Participante 7

“A mi suegra le hubiese hecho falta una hija porque, mi suegra ha sido... al tener tres hijos ha sido... para ella ha sido todo muy distinto...yo creo que las hijas somos más de sentimientos, o más de... con nuestras madres, hablamos más de ese tipo de cosas (LM). Mi suegra en ese sentido pues no, no lo ha hecho, no lo ha tenido, entonces yo creo que te acostumbras, entonces aunque yo estaba allí, ella en ningún momento, creo que sintió la necesidad de darme ningún consejo”.

Participante 9

“Hubiera querido que fuera como más afable, no afable, más cercana, o sea que no hubiese mantenido la distancia de ‘soy la suegra, tú eres la nuera; con mi hija soy diferente, pero tú eres la nuera’ que no se notase tanto que somos de familias diferentes, ¿sabes?”.

Participante 14

“Yo no le dejaba a él compartir, no le consideraba preparado. Él no sabía tampoco nada de esto, no le dejé intervenir, ‘tú no sabes, sabe mi madre que ha pasado por ello, ¿vale?’. Entonces no podía intervenir, la que sabía era mi madre porque lo había pasado y porque hacemos piña y porque somos tribu, y en la tribu se crían los niños”.

“En el fondo, yo creo que la búsqueda de mi madre no era tanto en lactancia como en seguridad y cobijo de este terror infantil que, acudes a tu madre en cualquier circunstancia porque te vuelves, eso, un niño pequeño”.

“Yo solamente dejaba opinar a las mujeres de mi familia y a mi madre, con lo cual, mi pobre suegra, poco podía opinar porque yo, como tengo tanto carácter, pues la verdad es que la pobre no pudo opinar mucho”.

Participante 15

“El concepto suegra yo creo que sí que es una persona que tiende a evaluar”.

Participante 18

“Es que fue curioso, porque entraron las enfermeras y vieron a dos señoras mayores, y debieron pensar ‘suegra y madre’ y, ¿sabes que hicieron? echarlas fuera... Y ellas me estuvieron explicando y me dijeron ‘mira, me imagino que una es tu madre y otra debe ser tu suegra, no queremos conflictos, nosotras te vamos a explicar todo, luego tú haces lo que quieras ... y tú nos preguntas todas las dudas que tengas’, ‘lo que no queremos es que nos empiecen a hacer preguntas, tú todas las dudas que tengas, pero de las abuelas no queremos saber nada porque luego hay veces que se producen roces, que te das cuenta, pues, que una es la madre y otra es la suegra y no queremos saber nada y... me pareció bien... Entonces me pareció estupendo que lo hicieran así. De hecho, creo que es bueno que lo hagan así.”.

“Con el pecho no se atrevía (abuela paterna), y aun encima yo creo que le frenaba un poco el hecho de que yo fuera nuera, a lo mejor, si hubiera sido su hija hubiera sido diferente. Que yo, de verdad, le he dado siempre absoluta confianza...”

“Yo creo que mi suegra siempre tiene así la distancia, pues que tú eres la nuera y a lo mejor cree... que para nada, para nada, yo las trato igual, o yo creo tratarlas igual, porque tú igual en el subconsciente haces algo sin darte cuenta distinto, pero no”.

Participante 20

“Mi suegra es muy discreta y no se mete, o sea, si tú le pides ayuda, ella sí que te la da, pero ella no se mete ahí. Es como que ese mundo es tuyo, y a lo mejor, de tu madre, y entonces no, nunca, no, o sea, jamás”.

LA HERENCIA DE EL QUÉ Y EL CÓMO

Las aportaciones de las abuelas en la transmisión fueron multifocales, en forma de conocimientos, mensajes, pautas, técnicas o, simplemente, experiencias vividas. Las madres podían rechazarlas por considerar mejores otras fuentes o podían matizarlas o evaluarlas dependiendo de la influencia social, de esas otras fuentes o de preferencias personales.

Otras veces las abuelas no han ejercido el papel tradicional de transmisoras de conocimientos, técnicas ni experiencias.

Los conocimientos, mensajes e indicaciones

La madre podía rechazar la información proveniente de las abuelas si no la consideraban suficientemente argumentada en relación a la actualización de conocimientos. Suponía para ellas una necesidad de discernir entre la calidad de unos u otros proveedores de información, en un ejercicio de autonomía personal buscando no sólo el consejo fiable, sino el bienestar, utilizando para ello, en ciertos momentos, la experiencia que estaban viviendo.

Se dió una necesidad de argumentación en las indicaciones o valores transmitidos por las abuelas y una visión crítica, sobre todo, si entraban en conflicto con lo realizado, observado o aprendido por las madres. Algunos conocimientos e indicaciones de las abuelas suponían para ellas un apoyo, guía o sentirse cuidadas, y fueron evaluados en función de los resultados o utilidad con el paso del tiempo. La transmisión de sensaciones y beneficios emocionales también fue significativo para ellas.

En los momentos en que las opiniones de las abuelas eran contrarias a la actuación del personal sanitario, las madres vivían las dificultades con mayor inseguridad y angustia. Lo mismo ocurría cuando las abuelas establecían objetivos y prioridades basadas en sus creencias o convicciones en momentos en que no tenían apoyo específico para alcanzarlas.

Adelantar información de sensaciones físicas, disminuía el estado de alerta y preocupación y aportaba tranquilidad. Las madres sintieron que las abuelas les transmitían indicaciones y conocimientos relacionados con el gran valor que suponía para ellas la alimentación para conseguir la evolución correcta del niño y un estado óptimo de salud.

Si la pareja se posicionaba a favor de las indicaciones de las abuelas que no eran compartidas y valoradas por las madres, se generaba un conflicto de pareja, con gran malestar por parte de éstas.

La transmisión podía ser neutral en cuanto a la intención de intervención de la abuela, si lo enfocaba más a compartir lo que conocía. En este caso la madre no sentía presión. De esta manera, algunas abuelas no han ejercido de transmisoras de conocimientos, dejando vacía esa parcela de apoyo a las madres, aunque para ellas este aspecto no fue necesariamente negativo con el paso del tiempo, valorando positivamente esa transmisión neutral de experiencias que no tenía intención de intervención, especialmente cuando eran contrarias al posicionamiento de las madres respecto a la LM.

Si las abuelas no tenían experiencia, desde el punto de vista de las participantes también eran transmisoras de mensajes o conocimientos acumulados a lo largo de su vida.

La opinión de la abuela materna acerca de la lactancia podía dar seguridad a la madre en su decisión de abandonar la LM y era suficiente para contrarrestar los mensajes pro lactancia de la sociedad si iban en la misma línea que los sentimientos o dudas de la madre, aportando firmeza en este posicionamiento en contra de lo esperado por el entorno. Había momentos en los que las madres contaban con experiencia y seguridad en el proceso, pero no percibían lo mismo por parte de las abuelas, más preocupadas por los resultados.

Participante 1

“Decía cosas así de lo que siempre... de lo que siempre han oído, pero... como también yo le decía como que yo estaba informada (sonríe), bien informada, que no... necesitaba más”.

Participante 4

“Yo me la ponía muchas veces al pecho y si se enganchara bien y si no la quitaba. Y... entonces mi madre, para ella era... una esclavitud, ¿eh? ‘Claro, es que la, es que la mal acostumbras, es que no, que es que estas nuevas formas de ver las cosas...’ digo las nuevas no, antes era así, el niño llegaba y se enganchara, o sea que las nuevas formas son las tres horas.

Eso sí alguna vez me lo decía. Pero bueno, yo tampoco... le decía, 'pero mamá, si es que me da igual, es que yo soy feliz, la niña es feliz, pues ya está'. Se acabó".

Participante 5

"Tanto de mi suegra como de mi madre no he recibido... no ha sido una escuela, es decir, no me han enseñado a... a ni a la lactancia... ni a, ni con los bebés..."

Participante 7

- La participante cuenta cómo la abuela materna le transmitía mensajes pro-lactancia. La historia de vida clarificó la influencia de la abuela a la hora de optar por la LM y atribuirle significado, ya que admiraba el rol familiar ejercido por ella.

"Mi madre lo que me decía era que el pecho era lo mejor".

"Claro, ella me decía 'no sé qué pasa en el cuerpo pero estamos preparadas para dar el pecho, con lo cual es mejor para nosotras porque nos recuperamos antes y es mejor para los niños porque les transmitimos todo lo mejor' ".

"Yo me acuerdo que la primera vez que la cogí para darle el pecho ella me decía 'te va a doler mucho, vas a notar como que parece que tiran de dentro y tal, tú no te preocupes, eso es lo normal' entonces, para mí eso era..., yo lo valoraba mucho, en el sentido de que a mí me dejaba tranquila porque entonces nada de lo que me pasaba era extraño para mí".

- La abuela paterna habla sobre el Pelargón a la participante:

"Para ella eso era en aquel momento lo que se daba entonces, pero en ningún momento me dijo que eso se lo tuviese que dar yo a mi hija o algo similar, no. Simplemente eso era de entonces, 'anda fíjate lo que le dábamos nosotros y tal' pero en ningún momento me dijo eso es bueno para la niña o puede ser bueno, mira a ver si existe...no, en ningún momento, nunca".

Participante 8

"Con lo que sí que, era un poco, lo que estaban pendientes, tanto mi suegra pero, sobre todo, mi madre y mi abuela, era de lo que comía de cara a, bueno pues lo típico de 'no tomes espárragos, que a ver si es que has tomado algo que le sabe mal a la niña y por eso no quiere comer', pero no era que rechazara el pecho, sino que no salía".

Participante 10

“Sobre la lactancia no... tanto, ninguna de las dos abuelas... mi madre me decía que ella daba el pecho pero nunca me decía que diera el pecho, no, o sea, eso no. Información por parte de las abuelas no había, sobre la lactancia materna”.

“Si te dicen (abuelas), ‘pues mira, te puede doler por la posición, que esto se va, es al principio’ pues ya vas sabiendo lo que puede pasar y ya te lo tomas de otra manera...”.

- La abuela materna dio LM a ella y a 7 hermanos más y fue nodriza de su primo. Sin embargo, no transmitió a la madre ninguna información ni técnica de LM porque, según la participante, la abuela no estuvo convencida ni tenía información, es decir, no hizo una toma de decisión informada. Sólo había dado LM porque era lo que había que hacer en ese momento. El cambio social y sanitario hacia la alimentación con fórmula en la época de amamantamiento de la participante hizo que la abuela materna no supusiera un apoyo en la decisión de amamantar, sino una transmisión más de la cultura que imperaba en ese momento:

“Lo que pasa, que ya te digo, en esa época, hace 15, 16 años, como que era todo el mundo biberón, era poquita gente... que yo conociera solo era la hermana de [pareja] y nadie más, o sea, digo en ese momento del pasado que sí, pues ya te digo, mi madre dio pecho y le dio a mi primo y tal, pero realmente no... ¡como que era el biberón lo adecuado!”.

“Decía (abuela paterna) que sentir cariño es muy importante para el bebé, el ponérselo en el pecho, sí...”.

Participante 11

- La abuela paterna le contaba a la participante que tuvo una hija en casa con bajo peso al nacer, y la sacó adelante con un preparado de leche condensada.

“Yo creo que eso lo vivió como que eso le pasó a ella y que era porque era tan pequeñita... que yo veo que es una sensación de ella como que no tiene que pasar a todo el mundo, sino que, que pasó, también, porque era esa época en que las condiciones no son iguales (...) así como conozco a gente que sí que cuando le está costando dar el pecho, dice ‘¿y por qué no le das biberón?’ no tengo yo esa sensación de haberla vivido yo”.

Participante 12

- La hija de la participante 12 tenía dificultades en las tomas por bronquiolitis y ella sometida a las indicaciones de la abuela paterna.

“Pero es que además, entonces lo dice, y lo dice delante de su hijo, y entonces claro, su hijo es como ‘es que dice mi madre que...’ ‘¿es que tu madre es médico?, o sea, ¿tú has estudiado en la misma facultad que ella?’, entonces a mí ese tipo de rollos no quería ... porque le pones en un aprieto a tu hijo con su mujer”.

Participante 13

- La participante 13 no tenía pareja. No pudo realizar curso de educación maternal por prescripción de reposo en el embarazo y el único apoyo y fuente de conocimientos y guía era la abuela materna, cuya LM había durado sólo 1mes.

“Decías ‘jo, acaba de nacer...’ iban pasando las horas y a mí no me salía nada, claro es que no me había subido la leche. Y claro, yo decía ‘algo tendrá que comer, o beber’ no sé, a ver si se iba a deshidratar, o por lo menos que me explicaran porque podía estar así sin nada. Y mi madre pues igual, porque mi madre decía ‘es que yo me acuerdo que a mí me dieron una botellita con suero, y yo os daba eso hasta que empezásteis a comer’ ”.

- El objetivo marcado por la abuela materna en función de sus conocimientos es asumido por la madre con gran estrés por las dificultades que se dieron los primeros días de la LM.

“Yo estaba obsesionada, por lo menos que se tome lo del calostro (risas) que dice que eso es muy bueno, que no sé qué (...). Eso, por lo menos... además me acuerdo de esa frase ‘por lo menos el calostro hay que dárselo’ y yo quería que se lo tomara como fuera eso, pero la verdad es que lo pasé fatal”.

Participante 15

“Es que eran argumentos de abuelas del siglo catorce, además no me daban un argumento que a mí me convenciera, me decían ‘o tú tienes algo en la leche...’, digo ‘sí, veneno, no te joroba, ¿qué voy a tener en la leche?’ ‘y que no tienes suficiente cantidad’, y yo les decía ‘a ver si leéis un poco...’. Yo, además, claro, había estudiado agrónomos y lo sabía por la vacas, sé



cómo funciona el ciclo de la leche, la prolactina, porque lo he visto en vacas (...). Pues no me convencían, o sea, científicamente no me convencían sus argumentos”.

Participante 16

“Intentaba cuidarme. ¿Qué me decían? La coliflor... o algo así, no sé, cosas de estas... por el sabor, para que el niño no rechazase. Pero yo decía ‘es que mis hijos no rechazan nada’ ”.

“No sé, me acuerdo que me decía ‘lávate bien el pecho y sécalo bien para que no te salgan grietas’... yo me lavaba porque la pezonera es una guarrería, te deja ahí todo..., o sea, yo no me lavaba porque mi madre me dijese que me lavase por las grietas”.

Participante 17

“Me parecía... digo si a mí mi madre me ha dicho ‘si no pasa nada por el biberón, con el biberón no se te van a morir los hijos’ porque es que es todo como ‘ay, Dios mío, y no le van a dar el pecho, y no sé qué’ o sea, te ponen como si fueses una mala madre...pues ni me lo planteé”.

Participante 18

“Mi madre, sí, ‘tú dale el pecho’. De hecho, es la típica que ‘tú ponle, que cuanto antes se haga ese niño... ponle, ponle’, y cuando di a luz, pues, con [primer hijo], estuvieron solamente una semana conmigo todo el tiempo, en cuanto lloraba, como aún encima te dicen a demanda ahora... ‘Tú ponle a ese niño, ponle, que cuanto antes gane peso, antes lo tienes hecho. Que esto es buenísimo, tú dale, dale, dale’(...). Ya sabes que las madres, por lo menos la mía, ‘tú come, come, que comiendo se combate todo’... Pues con la lactancia igual, ‘tú dale, que si come va a combatir lo que tenga’.

- **Pone en tela de juicio el mito de la abuela materna, necesita argumentación sobre la existencia de buena o mala leche.**

“Alguna vez me ha contado, no sé exactamente porque lo dejó, por lo mismo, porque no engordaban y dice que su leche no era buena. Yo es que tampoco sé definir cuando la leche es buena o mala, porque yo realmente... Es que yo es lo que le decía, si es que la única forma de ver si engorda, bueno si no le está produciendo ninguna erupción ni nada raro, pues es el peso, ¡es que yo no veo si es bueno o es malo!”.

- La participante tenía que elegir según su criterio, entre las indicaciones del personal sanitario y las de la abuela materna.

“Para mí, lo que dicen médicos, enfermeras, matronas, que creo que la matrona juega un papel importante, a misa. Yo doy preferencia, quiero decir, pues mi madre es mi madre, pero hay cosas que, pues, si te las está diciendo una persona que sabe, pues creo que hay que escucharle, ¿no? Por lo menos yo lo veo así.”

- La abuela materna apenas tenía experiencia pero era transmisora de mensajes, de conceptos elaborados con el paso del tiempo.

“Ya te digo que tuvo muy poca experiencia (abuela materna), porque ella realmente dio muy poco el pecho, entonces tampoco... pero bueno, ella sí que sabía que dar el pecho era positivo, que... ella creía interiormente que era bueno, y lo cree, ella cree que es bueno entonces decía... ‘sí, tú inténtalo, tal’ ”.

Participante 19

“Mi madre habla desde su experiencia, y desde lo que luego ha ocurrido, ¿sabes? y que, probablemente, ella, claro, ella no tiene una base científica para decir ‘no, es que esto ha pasado por esto, por esto y por esto’, ¿sabes?”.

Lo práctico

Los consejos prácticos fueron evaluados tras el paso del tiempo por la madre en cuanto a su resultado, pero los siguieron en el momento de su transmisión sólo según la utilidad que tenían para la abuela o en función de las prioridades o finalidades establecidas por las madres. Sin embargo, tras el paso de los años, no pudieron realizar una evaluación clara de la efectividad. Un factor de evaluación importante para las madres acerca de las indicaciones prácticas de las abuelas fue la actualización de esas técnicas. Las madres valoraron la cercanía de las abuelas en los momentos de duda e inseguridad como un apoyo.

La no transmisión de consejos o de los criterios de búsqueda de ayuda por parte de la abuela, hizo que la madre recurriera a otras fuentes, ya que sentían la necesidad de un apoyo práctico para paliar la falta de información personalizada. Por el contrario, la abuela podía ejercer un papel de soporte práctico que sustituyese al personal sanitario en su función, contando con la confianza total de la madre, que no tenía en cuenta la validez de los conocimientos ni la experiencia.

El apoyo práctico aumentaba el bienestar físico y emocional y disminuía la sensación de responsabilidad.

Los consejos prácticos encaminados a la consecución de objetivos por parte de la madre generaba un sentimiento de ser cuidada y de acompañamiento, pero si no eran efectivos podían llevar a frustración y autoevaluaciones negativas.

Si las abuelas habían experimentado determinadas dificultades en su LM, se preocupaban por el mismo problema y hacían aportaciones encaminadas a intentar prevenirlo o solucionarlo haciendo que las madres se sintieran cuidadas.

Participante 1

- La participante consideró escasa y poco específica la información práctica que podía recibir de la abuela de referencia, por lo que buscó la ayuda en una matrona, en la que confió para obtener información en el curso de educación maternal y posteriormente tras el nacimiento.

“Bueno, ella (abuela materna) realmente las técnicas tampoco se acordaba mucho, se acordaba de la generalidad pero no... en cuanto a técnica como tal tampoco me explicó mucho, eso lo aprendí más de mi matrona”.

Participante 4

“Me dijo mi madre, ‘vete a la farmacia del globo, que te hagan el compuesto de los pezones para que no se te agrieten’ y en la farmacia El globo me la dieron, que era alcohol y glicerina nada más. Pues será mentira o será verdad, pero yo todos los días de embarazo, desde que supe que estaba embarazada, por las mañanas me daba eso en los pezones, pues será verdad, será mentira, pero yo no tuve absolutamente ningún problema”.

“Mi madre es que es muy coqueta, ¿eh?... Súper coqueta; con lo cual estaba mucho detrás de mí para que no te salgan estrías, que no sé qué, las cremas de las caras, para que no salgan manchas, me regalaba las cremas, me compraba no sé qué, o sea un poco todo del cuidado físico de la madre, ¿eh? O sea más que... (riendo) pero porque es muy coqueta. Entonces ella estaba muy preocupada porque no me saliera manchas o no me salieran estrías...seguía los consejos que me parecían lógicos. Lo de los pezones sí, me parecía lógico, porque me parece para salud, es decir, lo de las estrías, pues es que toda mi vida me he dado Nivea, pues me daba Nivea, pero cuando me acordaba, cuando me la daba igual que antes, después. Y lo de las manchas en la cara... ¡ni de casualidad!”.

Participante 5

- La participante 5 había contado que no había necesitado de las abuelas ninguna información pero que sí recordaba el apoyo práctico tras uno de los partos en el que no se podía levantar de la cama por prescripción médica relacionada con un problema con la anestesia epidural.

“Yo tampoco sabía si estaba comiendo bien... porque nunca se lo había dado en la cama. Entonces ahí mi madre sí que a lo mejor estaba más (sonríe con alivio).”

Participante 6

“He hablado con mi madre sobre el tema y me contó... me contó que ella con el mayor, lo mismo, que había tenido grietas, bueno, yo creo que peores que yo, que un día el niño estaba vomitando sangre y se fue al médico corriendo y me dice ‘es que al niño no le pasa nada, es que es tu sangre la que está vomitando’ entonces, me acuerdo que mi madre me contó que había pasado por lo mismo con el mayor. Pero claro, es que cuando yo tenía al mayor tenía 32 años y mi hermano 41, quiero decir, que no se me ocurría decirle a mi madre ¿tú que te pusiste?”

Participante 7

“Y nada, mi madre estuvo una semana, una semana creo que estuvo aquí y ella me enseñó la postura que tenía que coger para coger a la niña, si te va a doler menos la espalda, si no sé qué...”

“...Si había algo ‘mamá, me duele o mamá, me pasa...’ nada, no te preocupes cariño, esto es así, esto de la otra manera, te va a doler la espalda si le das el pecho, con lo cual tenemos que tenerla recta’ siempre he valorado mucho eso”

“Recuerdo tranquilidad, recuerdo tranquilidad, porque yo, en el momento que nació la niña y me la pusieron en el pecho eh... fue como que ya está, ya está aquí, pero estaba mi madre con lo cual yo ya no necesita pensar lo que tenía que hacer, era como que ella estaba ya allí para decírmelo”

Participante 8

“Yo tenía leche pero me salía muy poquito, y esa sensación, todo lo que yo había leído y todo lo que me decían, mi madre, mi abuela, todo lo que había leído en las revistas de que se notaba cuando tienes el pecho muy cargado y tenías que darle porque tenías sensación de que te explotaba y que notabas... porque yo decía ‘¿cuándo sé que ya he acabado de darle el

pecho?’, me decían ‘porque lo notas, tú lo notas’ y yo ahí no notaba ni más cargado al principio ni menos al final (...). Empezó con los remedios de abuela: levadura de cerveza, eh... bebe mucha leche entre toma y toma, yo hacía todo... zumo de naranja, leche, levadura de cerveza, todo. Aquello no cambiaba, y yo que, además, sí que he tenido para eso, como que me... los bebes a mí me encantan y me salía natural, yo sabía que no era porque se enganchara mal porque sí que la sabía poner, pero no salía”

“Y entonces nada así muy técnico pero como muy práctico, pues sí que estaba dándome más consejos y me traía el vaso de leche para que me recuperara, mientras, mientras eh... le daba el pecho siempre me ponían o un zumo enorme de frutas o un vaso de leche, y era como muy intentando... el objetivo era siempre eso, que pudiera alargarlo al máximo. Porque con mi madre, sí que ella había dado el pecho a los tres que somos, siempre había dado el pecho hasta mayores”.

“ ‘Tu muévele, muévele’, pues eso lo del pie, yo no sé si será verdad o no pero era como hacer cosquillas en el pie y tal y yo lo hacía”.

Participante 11

- La abuela materna se quejaba siempre de que sus hijos comieron muy mal (poco según ella), lo que le generó mucha preocupación en su época de crianza y no quería que la situación se repitiera con sus nietos.

“La sensación que veía ella mala era que, si no comía pues a lo mejor le pasa algo, o algo así (...).Ella me decía ‘pues ponla del otro lado, pues cambia a ver, o en vez de esperar a que lllore, a lo mejor si tú la ves así despierta... pues ponla otra vez’ ”.

“Tú lo que quieres es información de lo que tú tienes que dar, pero cómo lo tienes que dar, yo creo que es de la que menos información tienes. Y es de lo que agradeces a todo el mundo que tienes a tu alrededor. Yo creo que más la práctica de cómo lo tienes que dar o cómo lo tienes que hacer”.

Participante 13

“Cada vez que entraba una enfermera, preguntábamos y nada, no hicieron ni caso, o sea, es que no nos contestaban. Y mi madre, pues nada, me ayudó a ponerle en el pecho, me enseñó que me tenía que apretar un poquito hacia arriba, ¿no? con las manos en tijera. Y primero que era un pecho, y luego que me tenía que acordar que tenía que pasar por el

siguiente. Todo eso me lo... que me atara un lacito para saber, para no liarme, que me atara un lacito en el sujetador para saber por qué pecho tenía que empezar... Y bueno, pues todo eso me lo enseñó mi madre, no me lo enseñó ninguna enfermera ni nada. Además es que era la única persona que me estaba enseñando algo, o sea, es que... aparte de que es mi madre y confío en ella para todo, es que nadie más me explicó nada, ninguna enfermera ni nadie”.

“Siempre había un montón de gente en casa, me decía ‘cuando el pecho, a la habitación y tranquilita’ que me tenía que relajar y estar tranquila (...). Nos íbamos las tres, yo a intentar que comiera la niña y mi madre a hidratarme a mí”.

Participante 15

“Se notaba que ella lo había pasado mal en ese sentido y buscaba que yo no lo pasara mal. Entonces estaba muy pendiente de que yo, pues, no tuviera grietas, de ir a la farmacia a por la crema, de traerme agua. Además, yo tengo mucha sed, y entonces fue cuando me contaba estas cosas de ‘yo pasaba muchísima sed y mi madre me obligaba a beber leche’ y yo ‘pues a mí no, ¿eh?’ ‘que no, que te traigo agua’, y entonces me traía el agua y tal”.

Participante 16

“Me decía: ‘Bueno, no te preocupes, si no mama de los dos pechos, que mame de uno, descansa, y después del otro’. Me decía (risas) ‘¿quieres un Nolotil?’ ‘mamá, me he tomado uno hace media hora’, ¿sabes?. Siempre como para quitarme esa cara de dolor...”.

Participante 18

“A mí me daba tranquilidad, que también puede ser, ¿no? Ella me lo colocaba y sí que veía que el niño tomaba, y me lo ponía bien”.

[La experiencia vivida](#)

Las madres vivieron la transmisión de la experiencia personal vivida por la abuela y su interpretación por ésta como vínculo entre ambas, congruente con la función de la abuela de guiar. Las sensaciones personales se transmitieron como prioritarias sobre otros aspectos.

Las malas experiencias condicionaron a las madres o no, dependiendo del grado de autonomía personal y la motivación, por lo que no la valoraron como influencia negativa.

Las madres valoraron la experiencia vivida por las abuelas más allá de aspectos técnicos u objetivos, como una experiencia emocional dentro del vínculo y el rol maternal.

El transcurso del tiempo hizo que las experiencias en LM transmitidas por la abuela fueran interpretadas como un intento de argumentar el apoyo en las decisiones y de aportar bienestar y disminuir el estrés relacionado con el fracaso de la LM para proteger emocionalmente a la madre.

Las experiencias de las abuelas fueron entendidas por las madres como una explicación de los pros y contras de sus vivencias a nivel práctico, que las abuelas transmitían inmersas en su función de guiar, a veces con un valor relativo si no habían sido contrastadas con conocimientos específicos.

Participante 1

“El mensaje... siempre positivo de que su experiencia fue muy positiva conmigo (pausa). Que siempre me lo dio porque consideró que era lo mejor para mí”.

Participante 5

“Lo sé (que la abuela materna dio LM) porque tuvo mastitis y dice que lo pasaba fatal. Y que tenía unas grietas... tremendas y que no sé, recuerdo como... comentarios malos de mi madre hacia la lactancia...(…) pero no me influyó mucho, o sea, no me influyó a mal para... para tener hijos, o para la actitud que tenía con [primera hija], eso nunca. O sea, iba un poco ignorante y como que no me tenía que pasar a mí. Y de hecho no me pasó”.

Participante 8

“Ella siempre lo ha vivido como algo muy bonito, porque, pues eso, mi madre estaba muy volcada en los hijos, y que le encantan los niños igual que a mí, los bebés más que los niños, los bebés, pues era como el momento íntimo con él, aparte de los beneficios de no ponerse malo y demás, pues yo más que por ese lado, lo recuerdo más como con el lazo afectivo de, pues eso, de dedicar tu tiempo, con él bebe acurrucado y demás. Era como el ratito que no había nadie más, que era ella y yo... eso sí que lo recuerdo como con lazo afectivo más que... que sí que salió como comentarios en algunos momentos o, los beneficios de que ‘pues dicen...’ pero más que como vivencia propia dicen que no se ponen malos, que con lactancia materna que es mucho mejor, que no hay tantas enfermedades y no sé qué..., o sea, que sí que esos comentarios me llegaban pero lo que más se transmitía era como el lazo afectivo”.

Participante 10

- La participante en ese momento daba alimentación mixta y estaba a punto de tomar la decisión de dar sólo fórmula. Relató que la abuela paterna le transmitió cómo había experimentado una mayor ayuda por el aporte de fórmula, que le permitía hacer otras actividades, manteniendo su rol anterior a la maternidad.

“Contando su vida, sus experiencias, pues eso... sí, me acuerdo (cuentando lo que decía la abuela paterna): ‘tampoco pude darle el pecho, yo no sé qué, y con biberón pues te pueden ayudar más, si tienes que hacer algo, pues, lo puedes dejar en un momento dado, con el pecho no’. Sentía...bueno, pues que estaba igual que yo, comprendida “.

Participante 13

- La participante relata cómo la abuela materna le transmitía sus experiencias en un momento de gran estrés ante el fracaso de la LM. La abuela temía por el estado emocional de la madre ya que ésta tenía antecedentes de depresión y no contaba con la presencia y el apoyo de la pareja.

“A mí lo que me decía, es que para ella no había sido un trauma, que ella lo que quería es que estuviéramos bien, y que como ella veía que... le dijo el pediatra que se comprara una báscula y la tenía en casa y nos pesaba, nos daba de mamar y nos pesaba(...). Sé que yo no cogía peso, entonces ya al mes o mes y medio, le dijo el pediatra que me diera biberón porque no tenía la leche buena. Entonces ella me decía que hombre, que al principio, a lo mejor, te podías sentir un poco mal y eso, pero que ella en cuanto vio que los biberones nos hacían coger peso, que se le pasó, que no había que darle tanta importancia, que si no se podía, que no se podía, que si se podía era mejor, pero que si no, pues que tampoco se iba a volver loca”.

Participante 19

“Yo el recuerdo que tengo de mi madre es el de ‘no te agobies si no toma el pecho, dale un biberón’(...) ‘no sobrevaloréis el tema del pecho, que mirad como os habéis criado vosotras, que medís uno setenta y algo...’. Hombre, pues que mi madre habla desde su experiencia, y desde lo que luego ha ocurrido, ¿sabes? y que, probablemente, ella, claro, ella no tiene una base científica para decir ‘no, es que esto ha pasado por esto, por esto y por esto’, ¿sabes? ”.

Participante 20

“Era a lo mejor alguna conversación que tienes un poco trivial de ‘pues esto es un rollo, ahora las tres horas, es que tengo que ir a comprar, tengo que volver...’. Te digo ya luego, pero incluso también decía ‘sí, pero no tienes que preparar el biberón ni nada’ ”.

4. ANÁLISIS Y JUICIO

Con el paso de los años, las madres analizaron las situaciones vividas con las abuelas durante su época de amamantamiento, así como el papel que desempeñaron, generando distintos significados y, en ocasiones, emitiendo juicios.

A su vez, eran conscientes de que las abuelas también evaluaban el comportamiento y manejo en LM de sus hijas y nueras generando sentimientos y reacciones en ellas.

EVALUACIÓN MADRE-ABUELAS

La buena relación con las abuelas desembocaba en libertad a la hora de amamantar en su presencia liberando del temor a ser evaluadas y, al contrario, si la relación no era buena, veían coartada su libertad con sentimientos de alerta y malestar ante la posibilidad de ser criticadas.

La función de guiar y acompañar de las abuelas y la disposición a la ayuda desde el vínculo entre ambas, iba en consonancia con las expectativas de las madres, aunque la capacidad para solucionar los problemas de lactancia hubiera significado completar el apoyo en algunos casos. Si la abuela se mantenía distante o insegura cuando la madre necesitaba intervención sentían una falta de congruencia con lo esperado, de manera que en la evaluación final percibieron una falta de apoyo práctico que las ayudara en la toma de decisiones.

Haber sido amamantadas fue para las madres fuente de reconocimiento y orgullo que reforzó el vínculo con las abuelas, ya que con el paso del tiempo y la experiencia fueron capaces de otorgar mayor valor a los esfuerzos realizados por ellas, tomándolos como fuente de motivación. La LM era para ambas un momento de acercamiento interpersonal que reforzaba la relación abuela materna-madre en esa etapa compartida.

Las madres consideraron que las abuelas también iban aprendiendo su rol como tal para ejercer su apoyo, de manera que les reconocían cada vez más seguridad y mayor confiabilidad.

En ocasiones, el concepto de maternidad y LM inspirados en la abuela materna, dio significado a la función de ésta y a la motivación de la propia madre, de manera que la LM era la vía para acercarse más o menos al rol de maternidad deseado. La forma de ser y actuar de la

abuela en su rol maternal fue valorado como fuente del apoyo que necesitaban y esperaban, pero también un modelo maternal a evaluar para tomar la decisión de seguirlo o no.

En su análisis de las situaciones, las madres sintieron que el reconocimiento por parte de las abuelas no era efectivo una vez que las dificultades habían pasado, sino que hubieran necesitado más apoyo en los momentos difíciles, sustentando sus decisiones.

Las participantes interpretaban que los consejos de las abuelas podían ir encaminados a conseguir el éxito que ellas no alcanzaron, con un interés basado en el vínculo maternal que las enfocó a desear lo mejor para sus hijas.

Considerar a las abuelas como referencia para la lactancia tenía como base el compartir la misma filosofía sobre el significado de amamantar.

La madre podía sentir que no cumplía las expectativas de las abuelas o que no las comprendían si estos significados no coincidían.

El balance de la cercanía de la abuela durante el amamantamiento era negativo cuando en su evaluación las madres echaban de menos una actitud menos crítica hacia ellas y más orientada a la fe en sus acciones y decisiones. En este análisis de la situación global era más importante la actitud positiva y de disponibilidad que el resultado final de los consejos, prevaleciendo el apoyo emocional.

La evaluación de las madres sobre la actuación de las abuelas también era negativa si no ofrecían soluciones para liberarse de la culpa o el sentimiento de estar atrapadas en esa LM que les recomendaban pero que estaba llena de problemas y falta de apoyo.

El rol de la abuela paterna fue evaluado en función de lo que consideraban políticamente correcto y esperado, si no se daba una vinculación personal profunda.

Participante 1

“Si... ella está en tu casa, tú estás muchísimo más relajada si la relación es buena, tú estás relajada, estás haciendo las cosas como tú consideras y no estás pensando, a ver si ahora me va a decir que esto no está bien, o que esto tal, tú estás tranquila. Sin embargo si la relación es mala, siempre estás, ahí... un poco... temerosa de que (sonríe), de que a la primera de cambio te diga que las cosas no se hacen así, o...”.

“Tiene una foto por ejemplo que está en el Retiro dándome el pecho(...).Y entonces eso me lo ha contado muchas veces... además está ahí sentada en el césped dándome el pecho en el Retiro, ¡en aquella época!...Sí... (riendo orgullosa)¡Era una pionera!”.

“Trabajaba en una tienda y ella siempre me ha llevado allí con ella; desde que yo tenía quince días, entonces ella, cuando era la hora de dar el pecho, ella tenía contratada una chica que venía a esas horas para que atendiera la tienda y nos metíamos dentro y me daba el pecho allí (...)normalmente venía la chica esta que tenía contratada y si surgía algo a una hora que no venía la chica, pues cerraba la puerta y... nos metíamos dentro y... ya está (...). Siempre, siempre hemos estado allí juntas”.

“Como la necesidad obligaba que tenía que estar trabajando, pues se sentía bien de poder... de poder hacerlo, porque... afortunadamente, como la tienda era suya podía hacer lo que quisiera. Si ella hubiera sido una empleada de otro sitio, pues lógicamente no habría podido (pausa). Pero podía y ella estaba muy contenta de tenerme allí y cuidarme mientras trabajaba, ¡que es lo que hacía!”.

- La participante valora muy positivamente cómo la abuela materna compatibilizó el trabajo fuera de casa con amamantarla. A su vez cuenta en el relato de vida que ella mantuvo la LM 3 años, compaginándolo con el trabajo igualmente, para no renunciar a ella.

“Yo ahora lo veo que lo ha tenido muy difícil, porque yo lo pienso y sólo ya (sonríe) estar con la niña ya lo veo complicado, pues estar trabajando y mientras, con la niña, ahí dando el pecho y cualquier cosa que yo necesitara y cambiarme los pañales y hacerme todo allí... y ella en la tienda estaba sola, (enfaticando) ella estaba sola, sólo venía esta chica que tenía esas horas de... pecho... pero... y eso lo que duro la lactancia, el resto de tiempo ella estaba allí... sola, conmigo, y si yo necesitaba algo, eso sí, ella cerraba la puerta ...”

Participante 2

“El resumen sería bueno, al principio durillo, y luego ya pues... como dándome la razón de lo cómodo que era... lo de lo bien... lo que engordaba... lo bien que se criaban con el pecho... lo bueno que era... y sobre todo eso, que antiguamente, que a ella le hubiera gustado dar más el pecho...”.

“Me hubiera gustado que me apoyase (abuela materna) más al principio, en vez de... de... ¡oh! ¡Que no engorda, que tal!... Pues, más o menos, si te digo que sé qué es lo que estoy haciendo pues...”.

“Pasado este trago, luego todo fueron elogios de lo bien que lo hacía (abuela materna)...Hubiese necesitado más apoyo psicológico por parte de mi madre”.

“Lo peor fue eso, cuando me decía que tenía que... suplementar, el pecho (...)yo lo tenía tan claro, a lo mejor si no lo hubiese tenido tan claro, pues... sabes, que le hubiese comprado el biberón a los dos días, pero... no sé, como lo tenía tan, tan claro y me hacía tanta ilusión es que no...”.

Participante 3

- La participante, tras realizar el relato de vida y analizar la situación de manera global, concluyó que con menos presencia de la abuela materna probablemente hubiera tenido más autonomía en el afrontamiento de la LM y menor estrés.

“No lo sé, no lo sabes hasta que... a lo mejor después eres más fuerte de lo que piensas. Por no tener la ayuda (...). Luego lo he pensado mejor (pausa pensando) Mmm... pues es que no lo sé, ¿eh? ... si mi tolerancia al estrés fue mayor por el apoyo...”.

- La participante redactó un pequeño relato con sus conclusiones analizando la función de la abuela materna y la motivación que le generó amamantar para la consecución del rol maternal deseado.

“Mientras interiormente he echado de menos una madre que fuera ‘más madre’, no tan independiente, justo el hecho de que mi madre sea como es, es lo que me ha hecho estar tranquila y segura. Estaba ahí, sin incordiar, sin ser preocupona, pero siempre ahí y en ese momento sí que fue generosa al 100%”

“Yo quería ser todo lo madre que se podía ser. Quizás, ‘más madre’ que fue la mía, lo que también incluye dar de mamar, cosa que ella no había hecho por motivos estéticos. No para demostrarle a ella nada, que conste, sino porque realmente siempre he echado de menos que mi madre no haya sido una madre al uso, preocupona por sus hijos (...).Y yo siempre me dije que yo sí que iba a ser una ‘madre al uso’(aunque al final, creo que tampoco lo soy del todo),y me imagino que con la decisión de amamantar empecé a dar prioridad absoluta a mi hija costara lo que me costara”.

Participante 4

“La LM fue una pasada, una pasada... es una sensación feliz... feliz, feliz, feliz... Sí, porque a lo mejor ya te digo, porque además con mi madre la tensión es muy... constante, porque somos

personas que pensamos muy igual y con lo cual nos enfrentamos, o pensamos completamente diferente, con lo cual también nos enfrentamos (...). Con lo cual sus ideas conmigo eran... una pasada, yo creo que en mi vida he estado tan a gusto con mi madre”.

Participante 5

“Creo que influye mucho que mi primera hija era su séptimo nieto es decir a lo mejor mi madre cambió más con la primera nieta, a lo mejor sí. ¿Sabes? No lo sé. O sea, a mi madre mi primera hija no le pilló de nuevas”.

Participante 6

- La participante 6 no quería ningún tipo de apoyo en la lactancia por parte de las abuelas porque no entraba dentro de la función esperada culturalmente por aquella, lo que le hace plantearse que no cumple las expectativas que pueda tener la abuela paterna, que era española.

“A la pobre le ha tocado una extranjera como la única nuera que le da los nietos, porque yo creo que a lo mejor ha intentado buscar esa hija...”.

Participante 8

“No eché en falta en nada... no le cambiaría nada (a la abuela materna) porque estuvo como ahí pendiente... a ver, eh... si se podía haber remontado, pues evidentemente si ella hubiera sabido cómo pues hubiera sido redondo”.

“Con mi madre sí que tuve ese apoyo de las dudas que te surgen, pues tirar para adelante, o decir ‘pues lo vamos a buscar’ ”.

Participante 9

“Pero puf, yo... yo, de todo se aprende, desde luego. Yo, hay cosas que ella (abuela paterna) hace que no, es que yo espero no hacer esto nunca. No hacer juicios de valor”.

“Por parte de mi madre, lo que necesitaba lo tuve, el apoyo, el sentimiento, el cariño y tal”.

Participante 12

- Hubiera necesitado un papel más activo de la abuela materna y no tan distante:

“Ella no es, en ese sentido, como puede ser otra madre, ya no hablo de mi suegra, ¿eh? pero que coge y dice ‘no, aquí hay que hacer esto’ y no, a mí me dejaba hacer, no se metía. Quizás, a lo mejor, pues eso, que hubiera tenido un poco más de arranque y de decirme ‘pues esto se hace así’ y algunas veces esa inseguridad que yo, a veces, tenía, más que relajarme y tranquilizarme, que hubiera cogido ella y decir ‘pues lo hacemos así’ o yo que sé, ‘pues ven para acá que...’ ”.

Participante 13

“Yo me imagino que como ella no pudo dar más tiempo, dárnoslo a nosotras, pues querría que yo lo hiciera, porque sabía que era bueno y, siempre que pueda ser la leche materna, dicen que es muchísimo mejor que la otra leche”.

“Lo mejor, pues fue la seguridad que me daba, y el apoyo y la fuerza que me daba para seguir, porque si no yo lo hubiera dejado el primer día”.

Participante 14

“Me hubiera gustado que me hubieran dejado caer ‘bueno, no todo es lactancia materna, o sea, no te sientas mal porque no quieras o porque no se te de bien. O si quieres, voy a informarme de alguien que te pueda ayudar, que venga aquí y a lo mejor, si a ti te parece, que esté contigo cuando tú le das el pecho, a ver si hay algo...’ ”.

Participante 16

“Es que la experiencia de mi madre no tiene nada que ver con mi experiencia, no me ayudó en nada. Porque yo no tenía un referente, o sea, mi madre no fue un referente para mí para la lactancia... ella había dado, pero no fueron los momentos, yo creo, más felices de su vida, ni le dio la importancia, a lo mejor, que pudiera tener. Era algo que había que hacer también, estaba dentro del rol, bueno, la mujer pare, da de mamar y a otra cosa mariposa”.

“Mi suegra venía pues, a hacer un poco el papel este de suegra en un momento necesitado, yo tampoco tengo un sentido muy afectuoso de mi suegra hacia mí. Por mis hijos se desvive, pierde la vida, pierde el dinero, pierde lo que le dé la gana, pero a mí me encontró en la calle, bonita, y esto funciona así”.

Participante 19

“Mi madre no me ayudó en el sentido de que mi madre es muy miedosa, y yo soy un poco así. Mi madre es muy miedosa, entonces mi madre había perdido como toda la experiencia, es como si ella no hubiera tenido hijos”.

Participante 20

“Por una parte necesitas el apoyo, necesitas que te ayuden, que te digan, pero no necesitas que te digan que estás haciendo las cosas mal, porque, al final, a nadie le gusta que le digan que está haciendo las cosas mal, y más que nada porque estás totalmente... y cada uno te dice que hagas una cosa, de una manera, y te vuelven loco (...)te enfadas, rabia, rabia... la madre ideal es la que no te critica pero te ayuda, al final”.

EVALUACIÓN ABUELAS-MADRE

Desde el punto de vista de las participantes, las abuelas las evaluaban dependiendo de los resultados obtenidos y la congruencia con lo que creían dentro de la normalidad según su experiencia personal o del entorno cultural y causaron un gran estrés y malestar. Las evaluaciones y el juicio emitido por las abuelas era importante para las madres por provenir de una persona significativa en sus vidas, independientemente del contenido. En ocasiones, las evaluaciones significaban para las madres sólo una continuidad de la valoración personal que hacían las abuelas dentro de su relación con ellas.

La evaluación positiva fue vivida como una gran fuente de seguridad por saber que las abuelas supervisaban el proceso, disminuyendo la carga de responsabilidad. El reconocimiento de las abuelas también representó para algunas participantes la satisfacción de ver la modificación de opiniones después de que ellas les mostraran conocimientos, significados y resultados de la LM o de situaciones que habían defendido. De la misma manera, si las abuelas valoraban positivamente la LM pero no pudieron darla, las madres lo interpretaron como una evaluación positiva

Evitar la evaluación negativa a las madres disminuía la carga emocional relacionada con la autoevaluación negativa y la frustración, y era interpretado como protección. Los mensajes u opiniones que generaban inseguridad en las madres podían ser entendidos por éstas como evaluaciones negativas, pero los relativizaron con el paso de los años, dando lugar a una mayor comprensión de los mensajes que emitieron las abuelas tiempo atrás.

Si las abuelas creían que la actitud de la madre no era la adecuada, las críticas podían tener un objetivo de guía que conseguía que la madre relativizara las situaciones de estrés, y en este caso lo valoraron comprensivamente después de los años.

Las participantes vivieron las inseguridades de las abuelas como una extensión de lo que ellas habían vivido en su época y por lo que centraban sus evaluaciones en ciertos aspectos. En este caso, el apoyo para convencerlas o evitar la interferencia, lo hacían por medio de los criterios del personal sanitario.

Participante 2

- La abuela materna modificaba sus argumentos a favor o en contra de los que hacía la participante en función de su experiencia (amamantó sólo 1 mes) y lo que consideraba normal en su entorno.

“Al principio, poner en duda lo que estás haciendo... en la mitad, como que todo se hacía bien, pues eso, ahí ya... pues eso... como que se me daba la razón en lo que hacía y luego ya... que eran mayores, que ya a ver cuándo lo dejaba... pero bueno, también mi madre decía ‘si es que en los pueblos estaban los niños corriendo y luego.. iban a tomar el pecho’ ”.

Participante 3

- La abuela materna, que no amamantó a su hija, evaluaba el proceso.

“Hombre, así, qué bien, qué bien lo coge, luego ya, cuando ya la cosa iba bien qué bien lo coge (...). Yo creo que estaba... orgullosa”.

Participante 7

“Me sentía fuerte y me sentía bien, o sea, si mi madre me había dicho que lo estaba haciendo bien, es que lo estaba haciendo bien o sea, yo en eso tenía plena confianza”.

“Yo siempre siento tranquilidad cuando está mi madre porque es como que me descarga un poco de todo porque yo sé que ella, es que no sé cómo explicarlo, es la tranquilidad de que si yo estoy haciendo algo mal o que si yo... ella me va a corregir o ella me va a ayudar”.

“Mi suegra siempre ha valorado mucho lo que yo he hecho, siempre (sonríe con satisfacción)”.

Participante 8

- La abuela materna le facilitó un teléfono de consulta para que le ofrecieran ayuda y seguir intentando mantener la LM pero la participante temía la evaluación negativa de la abuela materna y de las personas significativas que la rodeaban, en general. En el relato de vida hizo alusión a la LM exitosa de la abuela materna y el

significado compartido con ésta en cuanto a los valores de la maternidad y el instinto maternal que le generaban los niños. La participante vivió como frustración las dificultades o incapacidad para continuar esta LM por lo que evitaba la evaluación negativa, ocultando la llamada.

“Me daba vergüenza llamar al teléfono ese que había, porque me daba vergüenza, porque yo lo viví como ‘soy una inútil, o sea, tanto tal... y ahora resulta que yo, que me encantan tanto los bebés y que tengo claro que quiero tener un bebé, soy incapaz de darle el pecho’, que era como lo más básico, que yo me manejaba, que el baño, que no sé qué... que otros es cuando tienen más miedo, yo en eso no tenía ningún problema, pero darle el pecho... me costó un par de días desde que me dio el teléfono mi madre o lo vi en la revista tal... y yo recuerdo haber llamado ahí, medio a escondidas, cuando no había nadie para yo tener... esperando un consejo, pues, más especializado como tú me dices, no sé, preguntarme más datos o decirme, ‘bueno, pues ve a tal consulta o tal’ y lo que me hicieron fue ‘nada, nada, sigue intentándolo’. Así que, pues bueno, no... o sea, intenté explorar varios caminos pero no me llevaban a ningún sitio (...)”

Participante 9

- En ocasiones, la abuela paterna realizaba evaluaciones negativas a la participante en función de la transmisión de valores socio-culturales que influyeron en la crianza de sus hijos en Francia, en una época de corriente feminista pro valores socio laborales de la mujer. La participante había optado por solicitar una larga excedencia laboral para dedicar todo su tiempo a la LM y la crianza.

“Mi suegra no dio LM, es más, lo veía como diciendo¿y esto no será un poco anticuado?”

“Entonces mi suegra lo veía como... ¡qué exageración, qué horror, qué rollo, qué parafernalia....!”

“Para mi suegra era como retroceder tiempo atrás....pues veía a sus sobrinas viajando de acá para allá, en empresas...y a su hija, pues también viajando y no se qué...y lo veía como ¡puf!, y aquí está (nombre participante) que quiere dejar el trabajo y cuidar a su hija (se refiere a LM)”.

“ (Hablando como abuela paterna)...‘Uy, pues el siguiente paso va a ser que se quiere quedar en casa’, ¿sabes?. Yo creo que tenía un poco esa, como esa mentalidad, o esa idea, de decir eh... ‘esta chica, ¿va al revés de todo el mundo?’¿sabes?... como que qué poco... que mentalidad más poco progresista... no sé, sí, progresista... ‘todas las mujeres quieren trabajar y

ésta dice que se pide la excedencia para cuidar del bebé' (risas) y como diciendo 'buf, ya verás, luego dirá que no vuelve'. Yo creo que siempre andaban con ese temor, ¿no?"

- La misma crítica realizada por la abuela materna tuvo distinto significado para de la madre. Por un lado por venir de la figura de la abuela materna en sí, pero también por ir acompañada de apoyo y evaluación positiva posterior, que no recibió de la abuela paterna:

"Luego mi padre enseguida me dijo que fantástico, que era lo que había decidido... y mi madre que fenomenal y tal, pero sí... ese pequeño temor, pues como cuando eres madre o padre, a que tu hijo se equivoque, ¿no?. Ese temor a decir 'buf, es lo que quiere, pero ¿y si...?' pero yo creo que era desde el punto de vista de que como padres quieren lo mejor para... o que tu hija sepa decidir lo que va a ser lo mejor para ella. Ese pequeño temor, pero luego, la verdad, es que siempre me apoyaron, y mi madre siempre me ha dicho que la verdad es que era lo mejor que podía haber hecho por [nombre hijos]"

- La abuela paterna hacía valoraciones personales en que restaba credibilidad a la participante. La abuela paterna daba mayor valor a la evaluación del recién nacido y sólo consideró la percepción materna tras confirmación de un profesional.

"Como al segundo día de estar en casa, después del hospital, yo me asusté porque me notaba, o sea, como las mamas como muy, muy, muy tensas, muy llenas, digo 'no sé, algo no va bien', entonces le dije a [marido] que me acompañara a urgencias, que yo pensaba que algo no iba bien, a urgencias en maternidad. Entonces, mi suegra como '¡que exagerada esta chica!', no sé, como que no entendía nada del tema. Y menos mal que fui, porque allí ellos me pusieron el extractor eléctrico y digo '¡madre mía!', porque por lo visto la mastitis es más fácil... o sea, no es tan difícil cogerte una mastitis (...) pero yo sabía que no era normal... no, no, porque ella era... es que la niña ni comía, el problema es que la niña no podía comer, no podía succionar, no. Entonces eso fue lo que hizo que se convenciera mi suegra".

"(Tras llegar del hospital) Y luego ya se dio cuenta que no exageraba, decía 'claro, es que, buf, madre mía, si es que esto de la lactancia tiene su...' "

Participante 10

- La abuela materna, que había dado amamantado sin convencimiento y le había dado indicaciones de dejarlo al observar dificultades, se convenció al ver los

resultados y al ser informada de manera continua, según aprendía la participante a través de La Liga de la Leche.

“Ella dice que les ve muy sanos, muy bien, que el pecho les ha ayudado, sí (sonríe orgullosa)”

Participante 11

“Dice ‘si no, si luego crecías bien y eras una niña muy sana, todo el mundo me decía lo mismo, pero es que no comías’ (risas) y esa obsesión de comer y tal, pues... mi madre siempre ha estado muy pendiente de ellos también, de mis hijos, que sí comían... y ya te digo, que como al principio pasó mucho tiempo conmigo, pues fue muchas veces conmigo al pediatra, y entonces el que ganaran muy bien el peso pues... es que estaba encantada, ¿sabes?”

“Que te ayude en los momentos... al principio, pues eso, pues si llora, no llora, que si comía, no comía, pues el que ella te pueda apoyar, decir ‘pues eso es normal o eso es...’ ”.

“... Yo la veía esa sensación, o sea, que yo no creo que ella, la sensación fuera mala de que pues yo lo estuviera haciendo mal. Y yo creo que, incluso, ella a veces no decía cosas, a lo mejor para que yo no lo pasara mal, porque a lo mejor yo transmitía más la sensación de frustración de que ‘jolín, a ver si es que no va a... no voy a poder o yo qué sé’ ”.

“Pues a lo mejor ella (abuela paterna) sentía que eso era bueno, que ella que no lo había podido dar, pues dice ‘qué gusto que lo hayas podido dar y se hayan criado bien así, con el pecho solo’ a lo mejor era más esa sensación.”

Participante 12

“Una noche, por ejemplo, que [pareja] se fue a una cena, que no paró de llorar, o sea, es que yo... o sea, la niña llorando en una esquina y yo en la otra. Entonces yo, luego, se lo contaba a mi madre al día siguiente y decía ‘de verdad’ ya un día hasta me regañó ‘oye, es que estás tontísima, que es un bebé, relájate’ o sea, que eso siempre me lo decían ellos, tanto mi madre como mi padre, dice ‘es que te lo tienes que tomar con más calma’ ”.

Participante 15

“En mi caso yo creo que mi suegra es muy humilde para eso, yo no creo que me evaluase. Pero sí que me llegué a sentir así cuando el tema de ‘algo está pasando con la nutrición del niño’ entonces en ese sentido sí. Con toda, además, seguro que con toda la preocupación del

mundo, con toda la buena intención, preocupándose por el crío, no sé si... en mi caso no creo que fuera ella la que quisiese evaluar, pero sí te sientes así en algún momento”.

Participante 19

“Si yo, por ejemplo, veía que la niña no comía o yo quería darle el pecho, y mi madre ‘es que la vas a encanijar, es que si ves que no está comiendo, o es que tal’, ¿sabes? ese tipo de comentarios a mí me causaban agobio, ‘está muy chiquitita, es que no engorda’, o el momento de ir al pesarla al pediatra, que alguna vez me acompañaba ella, yo estaba rezando para que hubiera engordado algo, porque si no me iba a decir ‘ves como...’, ¿sabes lo que te quiero decir? Era ese tipo de sensación. También, yo creo que muchas veces es una falta de madurez, o sea, yo me doy cuenta que luego vas madurando y te deja de importar un poco todo”.

“Yo tenía ganas de llorar constantemente, estaba pensando en qué pensarían de no sé qué, ¿sabes? me hice yo como un mundo”.

“A mí siempre me ha afectado mucho lo que piense mi madre, aún ahora la opinión de mi madre sobre cualquier cosa, para mí, es una de las que más valor tienen. Entonces, si entiendes eso, yo creo que ya sabes un poco, pues que es lo que te pasa con respecto a todo”.

5. EL FUTURO

Las madres elaboran recuerdos y conceptos de su período de amamantamiento dependiendo del significado de sus experiencias, una vez pasado el tiempo. Estas conclusiones aplicadas con distintos posicionamientos serán transmitidos a la nueva generación de mujeres de la familia, es decir, a sus hijas y/o nueras.

LA EXPERIENCIA POSITIVA Y NEGATIVA QUE CONTARÉ

Con el paso del tiempo, las participantes forjaron los significados de sus experiencias realizando un análisis y llegando a conclusiones sobre aspectos generales de la LM y de sus vivencias sobre temas que consideraron cruciales y significativos.

Sobre amamantar

Las madres filtraron sentimientos y percepciones haciendo un balance claro del período de amamantamiento, relativizando las circunstancias, sacando conclusiones finales y otorgando a los recuerdos distintos tipos de significado y grado de importancia desde el punto de vista personal, permitiendo la transmisibilidad. Centrarón el significado de sus experiencias en la

comunicación de sentimientos y valores por encima de las técnicas y conocimientos del amamantamiento.

Los beneficios nutricionales e inmunológicos y el querer vivir la experiencia física y emocional de amamantar que completa las funciones fisiológicas maternas relacionadas con el nuevo hijo, fueron los pilares de la toma de decisión y la motivación, así como la autoevaluación positiva. Sin embargo, en ocasiones, la LM se ve como una de las opciones disponibles prácticamente en igualdad de condiciones que la alimentación con fórmula y que por lo tanto debe suponer confianza materna en una nutrición válida.

La LM supuso una obligación difícil de sobrellevar emocionalmente cuando no se contó con motivación personal ni convencimiento, por lo que generó sufrimiento el llevarla a cabo.

La idealización de la LM y la maternidad hicieron que la puesta en práctica real fuese un choque con las expectativas en el que amamantar se hizo aparatoso y contrario a las ideas preconcebidas.

El amamantamiento fue un proceso experimentado con dudas y problemas que se fueron convirtiendo en seguridad cuando se contó con determinación y se recorrió un camino de aprendizaje desembocando en bienestar por la adaptación mutua madre-hijo. La madre necesita apoyo e interés por su estado emocional. Si no se presentan problemas, el beneficio repercute en la madre aportando comodidad.

Participante 1

“Le contaré a [hija] lo mucho que le gustaba”.

“Vamos y más visto después a posteriori el beneficio fue mucho mayor de conseguir que eso cuajara, el beneficio ha sido mucho mayor que el perjuicio, pero es que en esos días no ves el beneficio (sonríe)... solo ves que la niña no se coge, que la niña llora, que tú tienes muchísimo dolor, (pausa) pero bueno, tienes... fe en que la cosa va a salir bien y ¡aguantas el tirón! También hay mucha gente, pues que en esos momentos flaquea... y... (sonríe) ¡y va a por un biberón a la farmacia!”

Participante 2

“Me hacía ilusión... a mi dar el pecho. Como otra parte más de... (pausa) de... de todo este proceso... embarazo, parto y lactancia”.

“Una experiencia... como para recomendar a mis hijos (sonríe) ¿no?. Y a cualquier persona... como otra fase más de... de toda esta evolución”.

Participante 3

“La lactancia materna es buenísima, pero es que la... artificial también. Yo lo que sí que pensaba es que, en el tema de defensas quizás, sí que... aporta más. No sé... vamos no, porque... lo oyes y todo pero... Yo por decirlo así estaba tranquila, también hubiera estado tranquila dándole el biberón ¿eh?”.

Participante 4

“Si tus hijos con el pecho se conforman y todo va bien, es la forma más sencilla y más fácil y menos complicada que tienes de dar de comer a tus hijos. Yo lo tengo muy claro, yo tuve mucha suerte, pero es que es así”.

Participante 5

- Tras el tiempo, lo valora como necesidad de apoyar a las madres que lo sufren mediante el interés por el estado emocional de éstas y la transmisión de la idea de continuar adelante ya que es una situación transitoria.

“Fue horrible, pero horrible ¿eh?, y de hecho, cuando tengo a alguien conocido, a alguna amiga es que siempre le pregunto, ‘¿estás contenta? ¿Estás bien?’, porque yo lo pasé tan mal, que... que... vamos, ¿sabes? Como intentándolas consolar, digo, si hay alguien que lo está pasando mal, digo a mí me pasó, tu tranquila, que luego todo pasa. La verdad es que lo pasé muy mal”.

“La verdad es que a mí me ha encantado la lactancia, ¿eh? A mí me ha encantado. A mí la gente cuando dice ¡oh, que infierno!, o sea, vamos a ver, es cierto que... que a mí me ha ido tan bien y han engordado tan bien, y me ha sido tan fácil (...) O sea, ¡lo mejor del mundo! O sea, es que no hay cosa mejor y luego encima que tener al bebé, que se agarren, cuando se agarran al suje, la manita... ¿sabes? Cómo se, cómo se acomodan... para mí es una gozada, o sea, no puedo hablar nada mal de la lactancia”.

“¡Ooohh! ¡Comodísimo! (pausa) O sea, ni, ni hervir, ni no hervir, ni si la leche... si, si se estriñe, si no se estriñe... es que te olvidas de todo, es que no tienes ninguna preocupación, claro, yo no he tenido ninguna preocupación”.

“Ya cuando las cosas pasan, pues ya ni te lo planteas... bueno, pues... pues ¿pasé sueño?, pues sí, pasé sueño, ¿dormí mal?, pues sí, pues dormí mal... pero vamos”.

Participante 10

“Después, fíjate tú, decimos [pareja] y yo ‘pobre [primer hijo], pagó todos los platos del primer hijo de una pareja inexperta’ sin mucha información, y vamos dando... pues eso, tropezando... ‘si nos sale esto mal, vamos a lo otro, pues tal’ pero para todo, cuando se ponía a llorar nos poníamos los dos muy nerviosos, enseguida nos íbamos al hospital (risas) el pobre ha pagado todos los platos rotos”.

“O sea, no pude, psicológicamente me refiero, porque poder, podía haber seguido porque lo mismo me pasó con [nombre 2º hijo], y con [nombre 2º hijo] lo decidí y salió bien desde el principio”.

Participante 11

“A mí me aportaba algo bueno, como diciendo ‘ah bueno, pues mira, yo creo que es que, ¿ves? Lo he hecho bien’ ”.

Participante 12

“Por ejemplo mi cuñada pequeña, que es con la que yo... no ha conseguido darles el pecho, ni con pezoneras, lo ha pasado muy mal (...). Y siempre era la cosa de ‘yo, como mi madre, es que no he conseguido dar el pecho’ ese es el comentario que yo he oído siempre allí. Yo en mi caso, como mi madre no ha tenido nunca ningún problema, vamos, pudo dar...”.

Participante 14

“Para mí era una obligación, o sea, para mí era que tenía una obligación que cumplir que no me gustaba nada, que tenía que hacerlo porque era lo que tenía que hacer, no porque yo quisiera, no lo había elegido, y lo hacía a disgusto, y lo hacía molesta y lo hacía tensa, y lo hacía fastidiada”.

Participante 16

“No lo recuerdo tampoco como una pesadez horrorosa, sinceramente, o sea recuerdo unos tiempos al principio, hasta que te haces al niño tiene que haber un tiempo mínimo, el niño y tú, tú y el niño, hasta que nos adaptamos, una vez adaptados, superado el tema, pues a disfrutar”.

Participante 17

“Yo decía ‘mira, no voy a tener tiempo absolutamente para nada, voy a tener que estar las 24 horas...’ que si alguien dice que disfrutar del hijo es estar las 24 horas enchufada, pues para mí no lo era. Entonces, vamos, yo lo que quería era jugar a las muñecas, como quien dice (risas), ¿sabes?”.

Participante 18

“Yo creo que al final, te quedas con lo bueno, ¿no? Pues lo cuentas como una experiencia, haces el balance y lo ves con la perspectiva del tiempo y olvidas, un poco, como los malos momentos y te quedas con lo positivo, ¿no?”.

“Pues sí que intentaré transmitir el apego, lo cómodo, lo barato, tetilla en cualquier sitio, la verdad es que...”

La lactancia en mi vida

Los cambios sociales y emocionales se relacionaron con la falta de libertad personal y el cambio de rol, ya que el ritmo de vida y la cobertura de las necesidades de la madre estuvieron condicionadas por la LM. La responsabilidad fue asociada por las madres a la LM, separada de la responsabilidad asociada a la propia maternidad por una fina línea. Así, como contrapunto, la LM aportó libertad y comodidad a las madres haciendo compatible el ritmo de las demandas de alimentación con sus propias rutinas.

Amamantar supuso tener que elegir un solo ámbito de realización personal que coartó la posibilidad de realización completa en todos los ámbitos personales como mujer pero también la ventaja de paliar la no realización en otros aspectos, permitiendo el equilibrio. La mujer se vió abocada a elegir la LM en contra de lo que su propio mundo le muestra en cuanto a mujer independiente y trabajadora como la normalidad de vida esperada, y cuyas rutinas y puesta en práctica se valoraron como incompatibles con las de amamantar. Sin embargo, el aprendizaje y la adaptación a las nuevas exigencias del rol de madre lactante pudieron paliar el sentimiento de estar atrapada entre dos roles incompatibles.

Participante 5

- Habla sobre el shock que le supuso la nueva responsabilidad tras nacer su hija. El contraste entre lo esperado, que tenía que ver con la idealización de la maternidad en una situación tranquila y sin problemas y el contraste con la sensación de situación sin escapatoria, en la que toda la responsabilidad se vuelca en ella y tiene



que atender la necesidad de alimentación de la niña, por encima de las suyas. Parte de esa responsabilidad era la LM.

“O sea, me sentí totalmente engañada, totalmente ... o sea, tenía la visión como de bebé, ¡qué bien...! ¡qué ilusión...! la vida nueva... contigo, o sea, un poco... anuncio Prenatal, ¿sabes? Todo rosita, qué bonito... y luego pues no, pues no es así. Pues yo cuando vi que mis cuñadas se iban, a mí me vino y digo, ‘uff, y entonces ellas se van, y yo ya aquí tengo, o sea van tranquilamente a su casa sin... y yo ya tengo aquí a este ser conmigo para el resto de mis días’ (...). Pues yo me acuerdo que la casa de mis padres es como esta y tiene enfrente un edificio enorme, pues yo veía que se iban apagando las luces y que yo no me podía dormir porque tenía que darle de comer a la niña a las doce. Entonces yo, le daba a las doce y veía que la gente, que se iba apagando y que la niña estaba despierta, y yo lloraba, la niña lloraba y lloraba yo. (sonríe) ...Y llorábamos las dos. Horrible. Lo recuerdo fatal, fatal, fatal”.

“O sea, ¡no puedo ir al cine! ¿Cómo voy a ir al cine con esta criatura? Si tengo que... si tengo... depende de mí y del pecho... es que, o sea... cosas que dices, ¡pero qué tontería! Pero que en ese momento se te hace todo un mundo...”

Participante 6

“Me fui a Holanda en avión, con los tres sola, quiero decir, en verano... y la teta, es que la teta era fundamental para todo esto, de verdad, es que el pecho me ha salvado, es que me movía por todos los lados, es que era genial, porque tenía la teta, es que me llevaba la leche, entonces es una cosa, yo no entiendo a la gente... aparte la experiencia es tan bonita, la verdad que no, yo creo que es una de las experiencias más bonitas que he vivido en mi vida”.

Participante 9

“Yo busqué mi realización personal en ese momento con la maternidad. No es que estuviera mal, pero tampoco, nunca ha sido el trabajo de mi vida. Entonces, era como ‘pues quiero hacer esto bien’ no hacer bien, no es que hiciera lo otro mal, pero ya que tengo la oportunidad de realizarme al 100%, pues quiero hacerlo al 100%, como yo creo que debe ser. Entonces, digamos que, la otra persona igual está más realizada laboralmente y no se puede permitir este lujo (dedicación a la LM), pues yo lo vi como ‘me puedo permitir este lujo ...’”.

Participante 10

“O sea, mi hermana sí que me decía ‘que no, que no seas tonta’ y es verdad, es que es mucho más cómodo, no tienes que ir con el biberón, con la leche, con los cereales, cuando

quieres lo tienes ahí, no te tienes que levantar... o sea, por comodidad, mucho más cómodo al pecho.”

Participante 12

“Los primeros días tú estás hecha un asco, en todos los sentidos, o sea, sobre todo siendo el primer niño, pasas de haber tenido una vida tranquila a dejar de dormir, a tal... “

“Me parece que es un tema esclavo, pero que sí se te da bien y si te va bien es súper cómodo... o sea, esclavo en el sentido de que eres tú, de que no puedes... de que te ves muy condicionada a que eres tú, o sea, es decir, que no te puedes separar del niño prácticamente para nada porque además, sobre todo al principio, cuando es a demanda, nunca sabes cuándo va otra vez a volverte a pedir, entonces es, en ese sentido, es muy esclavo. No como algo malo, pero que lo es, o sea, es esclavo. Y luego, cuando se te da bien, como se me daba a mí con hijos], es muy cómodo, es una maravilla, claro”.

“Ese es el tema de la lactancia y de que a lo mejor está muy relacionado con el tipo de vida que llevamos ahora. Ahora es que viajamos mucho y eso implica... yo creo que es malo para la lactancia. Empezamos antes a trabajar, tenemos, o sea, la mujer... en general es malo porque nos ponemos a trabajar (...). Pues eso, salimos mucho, queremos salir mucho, estar entrando, lo hacemos y nos gusta y eso implica, claro, que no puedes dejar al niño con un biberón porque no puedes, o sea, puedes hacerlo pero entonces ya empiezas a retirar la lactancia, entonces...”.

Participante 16

“Es que ese tiempo es todo lactancia, o sea, yo cuando doy de mamar, vivo para dar de mamar, porque es que las tres horas se te pasan ya, es que de pronto ‘¿otra vez? ¿Pero ya toca? ¿Pero ya?’. Entonces vives en función de eso, ¿no? Que eso no te ahogue es un tema, y que lo puedas llevar con una normalidad, pues se aprende”.

Participante 18

- La LM le facilitó el llevar adelante la situación de estar llevando al niño al hospital continuamente a realizarle pruebas y también le supuso bienestar al niño, haciéndole más llevadero el dolor:

“Me dijeron que fuera metiendo alimento, lo que pasa que como él tenía tanta historia, para mí era muy cómodo. Pues le hicieron la cistografía, yo creo, en el quinto o sexto mes, pero claro, al final, el pecho le consolaba, de hecho, cuando le hicieron la cistografía me dijeron ‘hoy

va a pasar mal día porque cada vez que haga pis le va a doler, y la única forma que tienes de consolarle es con el pecho' y era verdad".

Participante 20

"Sobre todo era eso, que lo que antes hacías en una hora, ahora lo hacías en cuatro. Que, a lo mejor, tenías que tender no sé qué pero se despertaba, y entonces ya... entonces estabas acostumbrada a hacer las cosas en unos tiempos y esos tiempos no... tú seguías con la mentalidad de... me da tiempo a hacer esto, esto, esto, esto, y no era verdad, todo eso no te daba tiempo. Entonces hasta que te acoplas al nuevo ritmo..."

"Es el cambio más, es que es un cambio tan brusco que es el acostumbrar tu mente al cambio de... es que cambias de vida, es que pasas a tener una vida completamente distinta(...) tú tenías tu estrés pero tenías tus horas y tu vida era tuya, y ahora no, o sea, ahora no duermes y tienes que estar cada dos por tres... y porque no duermes, 'pero si cada tres horas hay que dormir, ¿tú por qué no te duermes?' (como hablando a la niña) 'yo necesito dormir, por favor', a las 4 de la mañana terminabas de darle el pecho, 'por favor, duérmete, no puedes...', y a la hora se despertaba, a lo mejor, 'no puede ser, no puede haberse despertado, tiene que ser mentira, si la dejo llorar a lo mejor se duerme (risas)".

El cuerpo y la mente

Las conclusiones se refirieron a significados relacionados los beneficios y con la seguridad en un cuerpo funcionante y preparado que se fue descubriendo y en el cual era natural confiar, aunque si no hubo seguridad en el cuerpo, la interpretación de una lactancia feliz vino determinada por el azar, es decir, la suerte o no de que vaya bien, la herencia de la capacidad de amamantar o la habilidad de cada mujer. El pudor fue interpretado como algo antiguo y entonces la LM jugó un papel de liberación o, por el contrario, el pudor pudo continuar si seguían relacionando las mamas con la estética de la mujer, ese "ser mujer" además de madre lactante. También sintieron que el pudor no es estático, sino que se va superando a medida que pasa el tiempo.

La repercusión estética no fue tan importante como el funcionamiento adecuado del cuerpo en la lactancia, pasando a segundo plano. El cambio negativo en el aspecto de las mamas fue considerado con normalidad dentro del proceso aunque acusaron estas modificaciones físicas tras el paso del tiempo, pero no dándole valor suficiente, como para minar la seguridad o la motivación. Las mamas tenían una connotación distinta según el

contexto, por lo que en ocasiones interpretaron incongruencia social por darle valor sexual a las mamas de una mujer lactante y, en este caso, acusaron a la sociedad y no a ellas mismas, liberándose de culpa.

El dolor provocó aversión a la LM y al proceso fisiológico, derivando con el tiempo en culpabilidad por estos sentimientos entendidos como poco apropiados. Sintieron que hay una relación cuerpo-mente que repercute en el funcionamiento de la LM y viceversa, y en su propia forma de ser.

Participante 4

“Yo soy una persona que piensa que la naturaleza es muy sabia, con lo cual, todo lo natural, siempre es mejor que cualquier otra cosa. Es decir, si mi cuerpo está preparado para dar de comer a mis hijos, por qué narices tengo yo que estar buscando fuera algo que no sé ni quién lo hace, ni como lo hace, ni de dónde sale. Pero si es que mi cuerpo está preparado para ello. Es ir contra natura. Es decir, es que no tiene ningún sentido (...)me parece algo que tienes que tirar de ello cuando tu cuerpo, tu máquina, no funciona. Pero mientras funcione, es lo mejor”.

Participante 9

“Yo veo lógico que una madre de el pecho a su hijo, lo veo lógico, no se. Creo que para algo tenemos..., no solo para que gustes más en diferentes etapas de tu vida a los admiradores que hayas podido tener y luego a tu pareja, ¿sabes? O para las sensaciones que a ti te pueda producir .O sea, siempre he pensado que también están ahí para algo, y dado que soy madre, ¿pues por qué no lo voy a utilizar? Que decidas dar el pecho o no, la leche te sube igual, entonces claro, quería hacer uso... es que no sé si la expresión es correcta... hacer uso de mis pechos.(...)Yo soy mujer, tengo esto, soy así y tiene su función, tiene unas y tiene otras, pero quiero hacer uso de esa función, ¿por qué no?”

“Que igual que otras deciden no hacer uso, yo quería hacer uso (risas), sí, esa sensación pues sí me gustaría transmitírsela. De hecho, con mis comentarios positivos cuando preguntan por la lactancia, yo creo que sí lo captan tanto [nombre hija] como [nombre hijo], en el sentido de que se pongan en el lugar de la madre, y transmitir ‘es que es como la alta esfera tú como mujer física, o sea como ser vivo del sexo femenino, o sea, ser humano femenino’, ¿sabes?”.

Participante 10



“Es como si estuviese haciendo una hora de ejercicio, que para tu cuerpo, para el cáncer de pecho, para el cáncer de... o sea, que es buenísimo. Para todo, que después te quitas un montón de calcio y un montón de cosas pero que tu cuerpo se regenera después para volvértelo a dar y más fuerte”.

“Pues yo creo que el pecho se estropea en el embarazo, no en la lactancia. Ya se estropea en el embarazo, entonces ya se ha estropeado, pues ya qué más da (risas) no me preocupa, no me preocupa, creo que no se estropea, o sea, que lo pone bonito, no lo veo yo feo, vamos que no... no me preocupa ese tema del pecho de la estética”.

Participante 12

“Lógicamente no puede ser malo porque es tuyo, sale de ti, con lo cual... “

- La participante 12 dio lactancia mixta 4 meses a su primera hija. Le costó mucho mantenerla estos 4 meses ya que la niña rechazaba el alimento y costaba mucho darle las tomas porque estaba muy inquieta. Cree que la inquietud se la transmitía ella y esto dificultaba la LM.

“Es verdad, digo ‘yo no puedo tener niños muy buenos porque yo no soy tranquila’ yo soy un puro nervio y un agobio, me agobio por todo, entonces al final, mis hijas han sido unas nerviosas, sobre todo la mayor, que yo estaba agobiada desde el día que nació, así que...”.

“No, yo lo hacía por la niña y porque tal, y luego, a lo mejor, pues era todo lo que le pasó, mis propios nervios, yo soy una persona muy agobiada con todo”.

- Sobre el pudor

“Mi padre ha entrado sin ningún problema. Quizás eso, lo llevaba peor [pareja] ‘ha entrado tu padre’ y digo ‘y a mí que me importa que haya entrado mi padre, si estoy dando el pecho’ o sea, pero porque en la familia de pareja] para eso son también más puros, o sea, son más... claro, son todos más antiguos, mis suegros... o sea, mi suegra tiene, va a cumplir 79 años, quiero decir...”.

Participante 13

“Lo que pasa es que el dolor ya me generaba tal ansiedad y tal angustia, que me daba... es una burrada lo que sentía, ¿eh? pero me daba asco ya, me daba asco ver que la niña estaba chupando de la teta. O sea, imagínate... pero era del mismo dolor, o sea, que... y me da

muchísima rabia haber sentido eso en ese momento, pero yo no podía, o sea, es que era un dolor insoportable, insoportable”.

Participante 14

“Me daba todo vergüenza, yo no quería enseñar que... a todo el mundo le parece como muy guay ‘¡vamos a ver...!’ yo recuerdo a mi hermana en el hospital, teta fuera, los tíos, los primos, no sé qué... ‘¡ay, qué bonito, que tal...!’ Yo, me parecía algo tan íntimo, que es como ‘yo no voy enseñando el pecho, ¿qué pasa, que he dejado de ser mujer y ahora soy madre y entonces ahora me pongo ahí...?’ una sensación de te estoy enseñando la teta porque estoy dando el pecho...”.

Participante 15

“Ha sido un poco traumático, ¿eh? o sea, a nivel estético lo mío ha sido desastroso (...) pero no lo asocio a la lactancia, es decir, lo haría mil veces, ¿eh? creo que tengo muchas formas de paliar ese problema, te quiero decir, me falta dinero, no me falta otra cosa (risas). Pero que no, lo haría mil veces. Yo sabía perfectamente que el pecho no se te queda igual, lo tenía clarísimo. Pero vamos, que lo haría dos mil millones de veces, o sea... es verdad que luego te ves y dices ‘ostras’ pero a nivel personal mío, o sea, como mujer, no asociándolo ni nada... cuando me miro ni siquiera lo asocio a la lactancia, es decir, lo asocio a que, bueno, que horror, ¿qué ha pasado aquí? Pero en ningún momento he pensado ‘jo, si no hubiera dado el pecho...’ nunca jamás, o sea, es que lo haría mil veces. Me faltan 6.000€ para arreglar el problema, ya está, no pasa nada”.

“Pero no, no es una cosa que me... para nada, el tema estético no... o sea, a nivel de lactancia me preocupa cero. O sea, a lo mejor me habría pasado igual sin haberle dado el pecho”.

Participante 16

“Yo creo que (risas) es problema del que mira. No es problema mío, una teta, con perdón, es una teta dependiendo cómo se vea, no es lo mismo ver una teta en una señora con un tanga puesto en según qué postura, que una señora que saca su mama para dar de mamar, y dar de comer a su hijo, no tiene nada que ver. Pero claro, esta es mi percepción, y me parece absurdo que en este tiempo, en este momento de culto al cuerpo, donde parece que todo es tan permisivo, y todo vale, y todo tal, se asuste alguien de que una madre dé de mamar a un niño, vamos...”.

“El cuerpo y la mente va todo junto, y va todo junto hacia el hijo porque el hijo ha estado contigo y era parte de ti”.

Participante 17

“A mi pudor me da mucho, te quiero decir, que yo soy de las que se tapan (...) yo creo que con el tiempo te vuelves más mayor y te importan menos esas cosas”.

Participante 18

- La participante 18 iba continuamente al hospital por un problema médico del niño, lo que le producía un gran estrés que interpretó como causa de sus problemas físicos de mastitis de repetición:

“Empecé a tener mastitis, yo creo que era la tensión que yo acumulaba del niño...”.

“Y yo creo que mi estado anímico, con todo lo que tenía el niño, a mí me influía mucho”.

Participante 19

“Yo tenía la sensación de que estaba todo el día con el pecho fuera, porque era todo el día y toda la noche, yo no dormía nada. A mí, me dijeron que me había llegado a cambiar hasta el carácter (risas), o sea, que debía ser una bruja”.

El apego

El apego sentido durante las tomas perduró en el tiempo con un significado de intimidad insustituible y natural entre madre e hijo más allá del parto e incluso de la propia lactancia, que reforzó el autoconcepto en el rol y el bienestar emocional en un sentimiento de exclusividad y protagonismo en la función de poder dar algo único, y fue evaluado como fuente de motivación durante el amamantamiento y para hijos posteriores. Fue un argumento importante para recomendar la LM, así como para retrasar el destete. La presión social y sanitaria pro-lactancia desembocaron en un sentimiento de obligatoriedad que impidió sin embargo ese apego, llegando incluso al rechazo y la posterior culpabilidad por no haber cumplido con los beneficios transmitidos por la sociedad. El apego se relacionó en ocasiones más con el bienestar madre-hijo que con la propia lactancia, por lo que si ésta provocaba sufrimiento no se percibía, y sí se daba si la alimentación con fórmula mejoraba la situación.

Participante 7

“Para mí es la conexión que tienes con tu hijo, o sea, yo creo que la unión que tú tienes dándole el pecho es, es que o sea, no lo solo la has tenido dentro sino que además le estas dando lo mejor que tú puedes, o sea que es una alimentación que se supone que es muy buena, que no sé qué... y esa cercanía que tienes, eh... yo creo que no la tienes dándole el biberón”.

Participante 9

“Y luego, lo que descubres de la sensación, el bienestar, luego pues eso, la relación tan estrecha con el bebé... es que todo eso es tan, tan bonito (...) yo, en parte creo, que el vínculo afectivo que creas cuando estás dando el pecho es como, que eso no hay quien lo quita ya”.

Participante 10

“Fíjate ..., es verdad que con el que menos... con los que más tengo conexión son con los que he dado el pecho. A lo mejor él, con el biberón, es que es diferente, no tiene nada que ver. Y sí que siempre lo pienso, digo ‘con [nombre primer hijo] es del que más separada estoy y yo creo que es porque no le dí...’”.

Participante 11

- La participante 11 cuenta cómo mantenía las tomas tras las comidas por la sensación de apego que le aportaba:

“Creo que ha sido la sensación de más cercanía con los niños, con los dos, era una sensación de tenerle tan cerca, porque bueno, pues cuando estabas con él, pues le cambiabas, no sé qué, pues sí, pasaba muchas horas con ellos solos, también. Pero cuando le dabas el pecho era como tu momento, ¿no?”.

“Sobre todo, que fue una de las experiencias más bonitas, que es dónde más cerca les he sentido a los niños y que, creo que, he tenido mucha suerte. Yo creo que sí, o sea, yo cuando veo... porque lo he visto, decisiones de biberón, me da la penilla esa de decir ‘es que no lo vas a sentir’”.

Participante 14

- Sobre el apego establecido tras la toma de decisión de suspender la LM, que había iniciado por inercia y presión social y sanitaria, y que no sentía antes debido al sufrimiento que ésta producía:

"...Yo, de repente... mi hija empezó a formar parte de mí ... bueno, pues porque es que era algo que no, que me hacía daño, que yo sentía que salía la leche y era como si me estuviera chupando la sangre, o sea, era una sensación para mí desagradable, nunca disfruté con la lactancia, nunca la vi como en las películas, nunca fue así".

"Y yo creo que mi hija notaba ese rechazo que yo... era como... 'ni siento la sensación maravillosa que dicen en la tele ni siento esa paz ni ese amor que yo quiero...'"

"Si en ese momento de lactancia se hubiese cogido al pecho, si yo hubiese sentido que ella estaba feliz, que no se atragantaba, que no me dolía, que no se me infectaba, que no tal, pues creo que hubiese sido un comienzo mucho mejor para ella y para mí. Creo que la hubiera querido antes".

Participante 15

"Era un placer inmenso, o sea, inmenso, o sea, mi rato con mi bebé. Un rato que , además para mí, no lo puedes compartir, o sea... yo en ese sentido soy muy protagonista, soy muy madre prota, la madre, yo soy la madre, y creo que en eso se diferencia una madre de una padre, ¿no? O una madre de otra persona, son cosas que no pueden hacer otras personas".

Participante 16

"A mí el pecho, lo que recuerdo, ¿eh?, a mí me producía mucho cariño, o sea, el tener al niño aquí conmigo era como si todavía no hubiera salido de mí, seguía, había ahí un flujo entre él y yo y era un momento íntimo de los dos, ¿no?. Aparte de nutricional y físico para mí también, era más afectivo que otra cosa".

"...Entonces esa lactancia es como ese cordón umbilical todavía que no se ha roto".

Participante 17

"Me aportaba satisfacción, te quiero decir, que a mí el que mi hijo... pues me gustaba, sí que me gustaba, y por la noche sobre todo, cuando estábamos tranquilos, no había nadie... pero sí que me gustaba, a mí como madre, el hecho de dárselo, ya te digo que, de hecho, la experiencia fue muy buena y con [tercer hijo] lo hubiera hecho también si no hubiera sido por las circunstancias, pero sí, sí me gustaba. Esa relación que había o, no sé, la sensación de tu

hijo, el cómo te buscaba, cómo te lo acurrucabas, y te buscaba, y parecía los corderitos estos que buscan a la madre, pues lo mismo, sí, o sea, parecía como muy tierno, o sea que sí me gustaba”.

Participante 19

“Yo me ponía con ella al pecho porque yo quería seguir dándole el pecho porque yo sabía que era bueno para ella, no por mí, o sea, yo no sentí nunca todo eso que hablan de la unión, lo maravilloso que es estar dando el pecho al niño, no, porque a mí, primero, me hacía unas heridas horribles, yo tuve los pezones con [segundo hijo], bueno, que es que el niño se agarraba y yo veía de todo, y yo nunca me sentí cómoda y relajada cuando les daba el pecho, ¿sabes lo que te quiero decir? Para mí no fue eso que hablan algunas mamás del momento maravilloso, no, mi momento maravilloso con mis hijos era cuando yo les cogía, les tenía, les abrazaba, les acunaba, les dormía, pero yo mientras les daba el pecho no”.

Participante 20

“Es una sensación como muy íntima, o sea, al final... además le ves que está súper a gusto, está... o sea, es un niño que, de repente, está llorando y se alimenta y sonríe, se queda dormido, entonces es una sensación especial, es que esa sensación te da... además, te sientes útil. Y, al final, es algo tan natural, no es un biberón, no es una comida, no es un puré, es algo... no sé, es especial”.

[La sociedad](#)

Los mensajes sociales sobre los beneficios de la LM supusieron para las madres un pilar importante de motivación pero la presión social provocó estrés, sentimiento de culpa, miedo a las críticas y autoevaluación negativa, relacionada en parte con la prevalencia del bienestar nutricional del niño, sobre el bienestar de la madre. Con el paso del tiempo, las madres pusieron en tela de juicio la presión social pro lactancia si sus resultados personales fueron buenos tras el abandono de la LM.

Las madres perdieron seguridad en ocasiones debido a mensajes del entorno, incluso contrarios a opiniones profesionales tranquilizadoras, generando estrés.

El concepto de LM generado en la sociedad fue interpretado como artificial, lejos de lo sencillo y natural que deseaban, y que iba en contra del consumismo y las normas generadas en la búsqueda de lo óptimo como camino único de la perfección de la madre y de la nutrición del hijo y que generó una gran carga como deber inexcusable.

Participante 12

- Sobre las valoraciones acerca de la evolución del peso según la pediatra y según el entorno:

“Ya me lo decía la pediatra ‘pero si es que engorda, o sea, que tú tranquila’ pero bueno vamos, que a lo mejor, claro, luego hablabas por ahí ‘no, porque el mío come 120’ esta no comía más de 60, entonces es que tú dices ‘es que no come’ ”.

Participante 14

“Es que había tal bombardeo de lactancia materna, o sea, es que llevabas una estrella de David en tu frente como no dices lactancia materna, o sea, era como algo impensable, ¿sabes? Si tú realmente quieres a tu hijo, tienes que darle el pecho, porque si no, no le vas a proteger, y es por egoísmo, y es por tal... y entonces, yo eso, empezó a generar en mí un sentimiento de culpa, y yo cada vez que tenía que dar el pecho a [primera hija], o sea, tensa no... o sea, yo eso que decían, bueno, ese vínculo que se crea con la madre cuando el bebé está dando el pecho, tal... no (...). Era una sensación de tengo que hacerlo pero no quiero hacerlo (...) y dije ‘se acabó, no voy a darle más el pecho’ y la relación con mi hija mejoró, porque la odiaba (risas) o sea, odiaba ese momento de que llegase la hora del pecho”.

“Me sentía juzgada por todas esas madres que ‘¿pero le estás dando un biberón?’ de las del parque, me sentía juzgada por el pediatra, no quería ir a verle, era como ‘no quiero ir a verte porque me vas a regañar’ y es como ‘pues lo que me falta’ ¿sabes?. Entonces, me sentía juzgada, a lo mejor por un público que nunca lo hizo, me sentía juzgada por la televisión, por la lactancia, por esos carteles inmensos en el ambulatorio de ‘la lactancia materna es lo bueno para ellos porque es que tal’.... ¡no puedo más!”.

Participante 17

- La sociedad. La participante compara a su hijo, que fue alimentado con biberón a partir del mes y medio de edad, con otros alimentados con LM y no encuentra diferencias después del paso del tiempo, por lo que critica los mensajes sociales.

“Es que luego es cierto, que parece que si no le das el pecho por el motivo que sea, ‘es que eres una mala madre, es que el niño va a crecer mal, va a ser tonto, va a ser no sé qué’, entonces creo que hay tanta influencia con ese tema que parece que... o sea, con el biberón y con las leches maternas el niño se te va a alimentar igual”.

“Porque ahora, con esta propaganda que hacen, que me parece fantástica, que creo que es bueno que digan que lo mejor es la leche materna, parece que las que no pueden darlo o que su hijo... que somos unas malas madres, es lo peor que puede haber, que tu hijo te va a salir tonto, que tu hijo se va a poner enfermo cada dos por tres, y yo, por ejemplo, en ese aspecto no he notado ninguna diferencia”.

Participante 20

“Tenía claro lo de la lactancia. Al final, por lo menos lo que sale en todos los sitios es que la leche materna es muchísimo mejor, no solo ya es el tema de la alimentación, si no que los niños, al final, tienen muchas más defensas con la leche materna que con la de biberón. Es muchísimo mejor”.

“... Y luego, también el mercado, que hay un mercado alrededor de esto que te hace un consumismo, que te hace necesitar cosas que no necesitas, y al final se pierde la esencia de... y al final es algo único, que es totalmente natural, que está fuera de cualquier consumismo y no lo disfrutamos por todas las obligaciones que nos ponemos (...)al final, es el consumismo de la perfección al final, un poco, todos queremos ser perfectos y que nuestros hijos sean perfectos, y al final hacerlo lo mejor posible, y yo creo que eso, al final, lo que hace es que fracasemos, o que no lo disfrutes, que podría ser algo muchísimo más natural y más intuitivo, y no te deja...”.

“El recuerdo que tengo es más como de deberes, de al final un deber, que lo quiero hacer bien y que cómo lo puedo hacer de la mejor manera posible, de ‘tengo que madrugar’, que de disfrutar el hecho de ‘es que esto es muy bonito’ ”.

El personal sanitario

El paso del tiempo también sirvió para evaluar la información y actuación sanitaria como no adecuada, en función de lo que comprobaron posteriormente en distintas fuentes y en la experiencia vivida, concluyendo que fue incongruente, pobre, poco útil, idealista o con falta de empatía. Consideraron importante el apoyo emocional sanitario y la escucha flexible que atribuyera valor a la intuición maternal, la cual fue puesta en práctica si la experiencia con el personal no les generaba seguridad. Las pautas y presión rígida pero sin soluciones adaptadas a cada caso provocaba malestar en una situación sin salida.

Se sintieron motivadas y empoderadas, o por el contrario inseguras, por la información de otras fuentes poniendo en duda las indicaciones de médicos, enfermeras y matronas. Necesitaron la personalización no sólo de las pautas, consejos y técnicas sino del enfoque

emocional y de abordaje de los problemas. En los casos en que se dió una valoración positiva, ésta se basó en el aporte de seguridad y el apoyo individual y empático.

La forma de actuar del personal sanitario provocó en ocasiones una sensación de obligatoriedad y coartación de la autonomía personal en la decisión de amamantar o no y sentimientos de ser juzgadas.

Participante 6

“La verdad es que he pasado bastante de los médicos de lo que dicen, que coma cada tres horas, yo a demanda, he dado siempre a demanda y los he tenido mucho en mi cama por la noche, yo la verdad es que he dormido fenomenal porque les puse al pecho, y te dicen ‘no, te puedes poner encima al niño’ es que eso no lo haces, no lo haces”.

“Vi a una mujer a mi lado que no quería darle porque decía ‘el niño no come’ claro, intentaba y decía ‘nada, no quiere’ en vez de dejarlo cerca y en algún momento lo cojo. Entonces el médico me acuerdo que fue y dijo ‘no es el niño’ ‘el niño no quiere’ dijo ‘no es el niño, eres tú, eres tú’ quiero decir, el niño sabe, tú tienes que darle tiempo, tú tienes que... entonces allí, esta chica dijo ‘yo no quiero, yo no quiero, que tiene hambre, dadle un biberón’ y el médico dijo ‘no hombre, si le damos un biberón ya no te va a subir la leche y tal. ¿estas segura? no sé qué, no sé cuantos’ estaban haciendo todo el esfuerzo para cambiar a la mujer, que diera el pecho. Pero luego, más adelante, cuando ya son un poquito más mayores, que tienen un mesecito más, te están diciendo ‘¡cada 3 horas!’ ”.

Participante 8

“...Porque 20 días yo ahora digo ‘si es que no es nada’, pero claro, con una cría tan pequeña, preocupada por si no come suficiente, y pensando que algo estoy haciendo mal y ya no sé qué probar... pues, la verdad es que lo viví como con un poco de angustia porque, porque es que eso, no tenía ya más... llamé al teléfono este que decían (teléfono de ayuda profesional) y no sé, todos los caminos me decían lo mismo ‘bueno, pues es que las primerizas se ponen nerviosas, tú insiste’ ”.

Participante 10

“Es verdad que siempre necesitas a alguien de apoyo, a un buen pediatra o a una buena enfermera que te diga ‘venga, que tú puedes, que las grietas son normales, que el dolor es normal...’ ”.

“Era falta de información... Si hubiéramos tenido información siempre es más, te da más seguridad. Claro, a mí ya con [nombre 2º hijo], que yo tenía las ideas claras, que me dijera un pediatra dale... yo le decía que sí pero me salía de la consulta y yo seguía con el pecho, porque yo preguntaba cosas y no me sabían decir, pero como yo ahí tenía información, ya no dudaba como me pasaba con [nombre primer hijo](...) Llegaba y en cuanto dudaba me leía el libro, ¿sabes? Que tengo un libro ahí, me lo repasaba y entonces decía ‘no, no, que sí, que sí’ ”.

Participante 11

“Hubiera necesitado un apoyo que te diga ‘oye mira, que se te va a pasar, no te preocupes, que te puede doler el pecho pero si lo pones de esta postura o de esta después se pasa todo, es muy poco tiempo lo que te va a doler y lo beneficios van a ser muy buenos’ ”.

Participante 12

“No sé hasta qué punto eh... o sea, sí que lo sé porque me lo contáis (personal sanitario) yo lo sé y yo lo hago y creo que siempre es mejor la leche tuya, porque hay además muchos estudios, además, cada vez más, que es malísimo tomar leche de vaca, cada vez más te lo dicen, entonces siempre es mejor y más sano para la formación de él y tal, pero luego, lo que ves hacia afuera, como digo yo, ves al niño igual de sano, el que ha tomado pecho y el que no ha tomado pecho, con las mismas enfermedades (...) y vivimos en un país en el que están todos bien alimentados”.

“Algunas veces esa presión, o que el niño ves que no toma el pecho y, sobre todo, el niño que llora, porque al final tú puedes aguantar físicamente, pero si ves que el niño llora y que tiene hambre, y que llora y que no te traen un biberón, eso agobia muchísimo. O sea, que a mí tampoco me parece mal que te traigan un biberón, si tienes muy claro que quieres lactancia, pero a mí esa presión, muchas veces...”.

“Yo creo que muchas veces la presión y el agobio es contraproducente. Y por eso, yo no dudo de que esto es buenísimo pero lo que sí que dudo muchas veces es de la forma que tienen de metértelo por los ojos ‘porque esto es una maravilla y lo otro es un asco’ no, tampoco, porque no”.

Participante 14

“Se tendrán que hacer reglas generales para todo el mundo... pero creo que todo el mundo tiene cabida en la hora de formarte, y como madre creo que se olvida muchas veces de esta

parte de mujeres que, a lo mejor, no somos tan ideales a la hora de enfrentarnos a la maternidad, y que yo creo simplemente que con un poco de formación, o con un poco de, no lo sé, es como cuando tú tienes un chaval en la clase que va un poco más retrasado que el resto, pero que realmente no es que sea ni más tonto, ni más listo, ni más tal, simplemente necesita un poco más de atención”.

“Esa otra opción no había, solamente podía ir hacia atrás, que era ir a la lactancia artificial. Esa ayuda profesional, que no me mirase con ojos de ‘tienes que conseguir esto porque esto es lo que hay que hacer, esto es lo bueno, así que esfuérzate por hacerlo’. Entonces yo no necesitaba una ayuda que me hiciera sentir peor de lo que ya me sentía, o sea, prefería una ayuda que me dijera ‘mira, es que no siempre funciona, o sea, porque esto también hay que aprenderlo’ ”.

“Entonces decidimos, saltándonos la teoría, nos sentíamos ahí subversivos (...). Y entonces la sensación de que la tendencia escrita no es lo mejor siempre, fue haciendo que cada cosa nos liberase”.

Participante 15

- La participante 15 había acudido al hospital y al pediatra innumerables veces por llanto insistente durante las tomas. No la escuchaban ni tenían en cuenta su criterio de madre a la hora de realizar un diagnóstico. Cuando encontró un pediatra que la escuchó y mostró interés real a su criterio pero que no sabía a priori lo que le pasaba, la comprensión le transmitió tranquilidad y seguridad:

“Pues tuve unas broncas, porque claro, aparte de la tensión que a ti te genera que te llamen primeriza, que no entiendes, que tal, que cual, que no sé qué, y tú, un instinto que dices ‘yo sé que no es mi leche, y sé que al niño le pasa algo y no son cólicos, o sea, me da igual con quien me tenga que pelear’ ”.

“Le cogió así y, me acuerdo perfectamente, ‘este niño está sufriendo’ y ya dije ‘no sé quién eres pero me quedo contigo’. Y entonces fue el único que se empapó, el típico tío que me dijo ‘mira, no tengo muy claro lo que tiene, pero voy a investigar’ ”.

“Mi duda era si realmente médicamente yo me estaba equivocando, pero encontré un pediatra que fue, para mí, es que, vamos, fue mi pilar, además después de probar muchos, porque es que fuimos a muchos”.

“Yo todas las dudas de lactancia que tenía no es que no se las preguntara al médico porque pensaba que no me iba a contestar, sino porque realmente estaba convencida de que no me iba a dar ese soporte”.

“Que a lo mejor hubiera estado mejor más información, seguro, seguro. Pero también es verdad que era un poco detractora de ese tipo de talleres porque pensaba que estaban, lo voy a decir así, las típicas cumbayas radicales que te mueres...”

“Porque luego llegas y está la típica enfermera desagradable que te dice ‘así no se da al niño, es que está girado, ¿no lo ves que está girado?’ ‘como lo voy a saber, si es la primera vez que me dan un muñeco de estos, qué quieres que haga?’ ”.

Participante 16

“Yo recuerdo con mi primera hija que, bueno, tanto curso, tanto idealismo...voy a intentar darle de mamar, la niña no se engancha porque el pezón está plano, nadie me dice nada, nadie me ayuda, eso nadie me lo había contado en el curso, a mí nadie me había dicho que podías tener un pezón plano y tener dificultades para dar de mamar, porque si así hubiese sido...”.

“Cuando llegué a la habitación y conocí a la niña (cuarta), pues (habla la auxiliar de enfermería) ‘venga, hay que intentar darle de mamar’ y yo ‘no, porque con la anterior me pasó esto y me han dicho que no’ ‘a ver, vamos a ver ese pecho... ¿quién te ha dicho que no? esto se puede hacer’ y yo ‘que no, que no, que no, además no me puedo mover’ ‘pues mira, te tienes que mover y vamos a trabajar el pecho para que la niña mame’. Y nada, así se hizo (...).Me animó mucho cuando ella me dijo que sí, que se podía hacer, y como me quedé con las ganas de dar el pecho a [primera hija]... y yo recuerdo cuando veía en la pezonera la leche decía ‘¡pues es verdad, puedo hacerlo!... ¡funciona! ¡Tengo leche, puedo hacerlo!’ ”.

Participante 17

“Y me acuerdo que me cogió la enfermera esa que vino y dijo ‘¿a ver?’, y me estrujó las tetas, “¿a esta imbécil no le estoy yo diciendo que me están goteando? ¿A qué narices tiene que venir aquí a estrujarme las tetas?”.

“Es cierto que hay veces que se te quitan las ganas con las petardas estas de las enfermeras”.

Participante 18

- Seguridad transmitida por el personal sanitario ya que la primera experiencia fue difícil por mastitis de repetición y no sabía que decisión tomar en cuanto al tipo de alimentación que daría al nuevo hijo.

“Pues la verdad es que tuve mis reservas, pero dije... también había oído por la matrona, porque para mí la matrona era muy importante porque creo que al final son personas que tienen una experiencia, me dijo ‘tú no te condiciones por la experiencia anterior, cada hijo es un mundo y lo que te ha podido pasar en uno, no tiene por qué repetirse’, y en mi caso fue así”.

Participante 19

“Yo me acuerdo que un día ya, agobiadísima y desesperada de no dormir y de que la niña no comía, fui al pediatra, se lo dije, y ¿sabes cuál es la contestación que me dio? ‘usted lo que necesita es tener otro hijo’, esa fue la contestación que me dio, y yo le dije ‘que triste pena, toda la vida estudiando para cuando llega una mamá con un problema, la contestación sea esta’, se lo dije así”.

“A mí, nadie entró a decirme ‘pon a la niña, o tienes que hacer esto’, nadie me dijo nada. Y tú estás tan agotada...Pero nadie me dijo en el hospital, ni ninguna enfermera, la matrona era súper desagradable, pero desagradable al máximo, y tú que eres una persona educada y que hablas a la gente con respeto, yo estaba tan nerviosa que me chocó la forma de tratarme, la falta de humanidad, que la palabra es esa, es que no parece humana...”

El destete

El destete fue vivido como la finalización de la experiencia física y emocional de vínculo por lo que supuso una decisión difícil para algunas participantes, y más aún en el caso del último hijo, ya que representa el final de una etapa vital aunque también la libertad de romper con la dependencia absoluta y continuar otras actividades. Estuvo relacionado más con la valoración personal de un deber cumplido y una etapa disfrutada, que con los beneficios nutricionales. Si el destete se produjo por causa materna sintieron remordimientos con el paso del tiempo, autoculpándose si la decisión inicial de amamantar era firme, o sintieron liberación y autoafirmación si la decisión no se tomó con verdadero convencimiento o no hubo apoyo. El destete como vía de liberación no fue interpretado como una solución después del tiempo, ya que seguían sintiendo la dependencia y las dificultades, que estaban más relacionadas con la maternidad que con la LM.

Las madres sintieron una gran carga de responsabilidad en la toma de decisión de dejar la LM por privar al hijo/a de los beneficios nutricionales o inmunitarios de los que estaban convencidas.

Participante 5

“Te digo que dejaron de tomar el pecho y siguieron durmiendo mal igualmente, con cereales, con biberón y con papillas, con todo. Se seguían despertando todas las noches como cinco veces. Y ahí ya no había pecho, o sea que es que... a los hechos me remito”.

Participante 12

“Yo a los cuatro meses podía decir ‘¡ya!’ igual que qué guay es cuando se mueve el niño dentro de la tripa, no por eso me voy a estar quedando embarazada cada dos años para seguir notándolo, entonces... pues yo ya le he dado el pecho, pues yo ya he notado esa sensación tan, pues, estupenda que es, porque la verdad es que es una maravilla, sobre todo, ya te digo, cuando funciona, cuando ves que comen, que se quedan tan a gusto y tú te quedas también a gusto y notas ese vínculo, realmente lo haces porque es bueno para el niño. Y tardas en retirárselo por eso, porque si no... porque la sensación ya egoísta tuya de ‘que bien’ ya la he disfrutado durante cuatro meses, ya puedo quitárselo (...)y dejarlo, pues bueno, está la tranquilidad de que has hecho lo que eso, por otra parte también es un poco liberación, (risas) decir, ‘bueno, ahora ya no tengo que venir corriendo’ ”.

Participante 13

“Yo me sentía súper mal, yo lo pasé fatal, súper egoísta. Luego cuando lo había dejado... ‘por ser una egoísta no se lo he dado, me tenía que haber aguantado mi dolor’ ”.

Participante 14

“Así estuvimos tres terribles meses, después mejoró, mejoró nuestra relación con el biberón, pero siempre me quedará ese pequeño sentido de culpa de ‘a ver si no ha tenido la suficientes defensas...’ ”.

“Entonces yo creo que esa sensación de culpabilidad, de búsqueda de comodidad, de ‘mira, ¿por qué todo tiene que ser tan difícil?, o sea, ¿todo porque sea importante su salud? Mi salud también es importante’. Y entonces, esa decisión unilateral mía pues arrastra cierta sensación de ‘jo, podía haber hecho más’ ”.

Participante 16

“Yo quería liberarme, quería volver a ser un poco más normal porque me absorbía muchísimo, un desgaste”.

“Cuando lo dejas por dejar esa dependencia, ves que la dependencia sigue igual”.

Participante 17

- La participante daba el pecho sin convencimiento debido a los mensajes pro-fórmula de la abuela materna y la logística difícil ya que tenía dos hijos más con 2 años. Sólo creía firmemente en la ventaja de la efectividad del calostro, pero una vez pasada la fase en que el lactante lo obtiene, perdió interés buscando una mayor libertad y creyendo firmemente en la fórmula como forma óptima de nutrición tan válida como la LM.

“Cada vez lo espaciaba más, pues ya por comodidad, dejaba el biberón ‘oye, [pareja] te dejo esto que voy a bajar a comprar, tal’, y al final dejas de darle el pecho”.

Participante 18

“Y cuando cumplió el año dije ‘hay que dejarlo’, porque yo creo que se crea también un vínculo entre el niño y la madre que al final eres tú, un poco, la que dice ‘ay, venga, voy a seguir un poquito más, ¿no?’. Me daba pena el dejar el pecho, pero dije ‘mira, cuando cumpla el año... yo creo que me tengo que marcar un tope, y hasta ahí hemos llegado’, y así lo hice. Era difícil porque es como decir ‘venga, aquí acaba la lactancia y, probablemente ya no vuelva a dar pecho nunca más’”.

LA FUTURA ABUELA

Las que hoy son madres proyectarán su futuro rol basándose en su experiencia pero también en la comparativa de lo que necesitaron y lo que obtuvieron, sintiendo la necesidad de suplir lo que no tuvieron para ser un apoyo óptimo sin interferir en la autonomía de su futura hija o nuera, para lo cual se convertirán en guía y buscadoras de fuentes de apoyo e información de calidad y actualizada, huyendo de pautas estrictas en favor de la adaptación progresiva y flexible que forge la experiencia propia. Buscan dar congruencia entre lo que ofertarán y lo que será solicitado por sus hijas y nueras.

Los sentimientos de protección a sus hijas hoy en día, hacen poner en duda la defensa firme de la LM en la que se posicionan hoy en caso de darse problemas que afecten a la salud física o emocional de las futuras madres. El entorno socio-sanitario cambiante en normas y opiniones hace que duden de que su posición a favor de la LM sea duradera, disminuyendo la

seguridad, y haciéndose partidarias de adaptarse a las pautas y tendencias ya que las experiencias transmitidas tienen un valor relativo debido a la evolución de los conocimientos o las modas. Creen que sus opiniones y experiencias pueden ser rechazadas al ejercer el derecho a tomar decisiones de las nuevas madres, aunque sienten que deberán actuar como guía mostrando la LM como una responsabilidad para con el hijo.

La posición a favor de la lactancia será de respeto, ayuda y refuerzo en la toma de decisiones, pero podrán posicionarse en una necesidad de transmisión de opiniones “sin permiso” haciendo acopio de estrategias para influir en la toma de decisión a favor de amamantar, o emitiendo juicios.

La ayuda emocional prevista, se establecerá desde el punto de vista de la capacidad de relativizar los problemas en el tiempo mostrando a la futura madre el beneficio de la lucha por establecer y mantener la LM.

El bienestar mutuo que la LM da a madre e hijo en el plano emocional, se considera primordial en la futura interacción y transmisión como abuelas de nietos lactantes, mostrando la experiencia, pero igualmente facilitando apoyo logístico ya que lo consideran una herramienta contra el estrés de la sobrecarga y a favor de la experiencia de disfrutar la LM. Realizar una transmisión controlada de las experiencias buscando un término medio en el grado de intervención evitará el condicionamiento, pero piensan que su interrelación estará condicionada por la regulación del flujo de interacción ejercido por la madre principalmente, pero también por su pareja ya que la presencia de la abuela puede influir en el bienestar y la relación madre-pareja.

Se inclinarán más a buscar una fuente de información profesional pero escogida bajo un criterio de empatía.

Decidirán el posicionamiento de intervención o no intervención como abuelas paternas dependiendo de la relación con la futura nuera, en un ejercicio de respeto al espacio de pareja y núcleo familiar y en función de la evaluación de la situación y de su propia opinión sobre la manera de proceder de la futura madre en una prolongación de su sentimiento de deber de guiar en la vida.

La función de acompañar en la indagación de una solución a los problemas de forma flexible y personalizada, es valorada como parte fundamental del apoyo en la búsqueda del camino que consiga el bienestar de madre e hijo, así como impedir la sensación de la madre de estar atrapada o juzgada.

La interacción con la futura nuera es prevista con más distancia y más basada en la evaluación mutua, acorde con la experiencia vivida y el conocimiento progresivo de su forma de ser. El posicionamiento que consideran como correcto es el de disponibilidad o, más allá, el de intervención, si ésta es solicitada o tienen que sustituir a otra persona significativa. El rol cultural de la abuela paterna como papel secundario en la LM hace que las mujeres que lo serán en un futuro asuman que su presencia será acotada por sus nueras.

No sólo se plantean tener en cuenta las necesidades de la madre en términos de cercanía y apoyo hacia ellas, sino que valoran sus propias necesidades como futuras abuelas y la continuidad de su función como acompañantes en el ciclo vital. Sienten el deseo de disfrutar de la continuidad intergeneracional de algo valorado positivamente como experiencia vital y como una forma de volver a acercarse a sus significados, reviviéndolos.

Desean sentirse valoradas y no evaluadas negativamente en relación a roles negativos asociados culturalmente a las abuelas, lo que pretenden conseguir desde su visión actual, con un posicionamiento de discreción. Su proyección en el rol futuro va acorde con su cultura y su modelo familiar deseado y esperan un permiso concedido por la nueva familia para “estar ahí”.

Participante 1

“Yo apoyo mucho la lactancia materna, pero... como madre la verdad que te duele... tus hijos te duele muchísimo, entonces no lo sé, podría ser que sí que le dijera “déjalo” (sonríe). Por mucho que a otras no se lo diría, (ríe) pero cuando es tu hija la que está ahí... a lo mejor, podría ser (...), intentaría ayudarla... en todo lo que yo sepa para... que pudiera seguir adelante y encontrarse bien, pero si lo veo muy, muy difícil seguramente sí que se lo dijera. (sonríe) (pausa) ¡Si veo que puede con su salud!”.

“Depende de hasta donde la vea sufrir (pausa y sonríe), o sea yo creo que ahora (pausa), claro, a lo mejor para entonces ya no me acuerdo, pero ahora tengo mucha más... yo creo que tengo mucha más experiencia por muchas otras cosas y más conocimientos de los que... tenía mi madre cuando... cuando yo le daba el pecho a mi hija, entonces, espero poder aconsejarla mejor y además que yo estoy muy metida en esto (sonríe) y... lo apoyo a tope, entonces espero (pausa) poderla ayudar a manejar la situación de una manera que no sea dejando el pecho (...). A nivel técnico... a nivel técnico o al nivel de simplemente decirle donde puede buscar ayuda (...). Y yo siempre intento: espera, espera, vamos a hablar (sonríe), vamos a hablar con alguien experto y si vemos que no hay más remedio porque es imposible pues lo dejas, pero... probablemente hay una solución. Y espero poder ser objetiva con mi hija (sonríe). Espero poder, ya veremos (en tono más bajo)”.

“Apoyarla en su decisión, yo creo que prestándole ayuda, tanto ayuda con tareas de la casa, como ayuda emocional, y... dejarle también su espacio. Dejarle su espacio para estar con el bebé... y que sea la mamá la que... la que llame a la abuela cuando... cuando necesite de... cuando necesite algo. Y... en general creo que pueden aportar mucho, creo que pueden aportar mucho, sobre todo eso, añadiendo su experiencia por un lado, y su amor por, por su...(riendo) por su nieto, y por su hijo o por su nuera”.

Participante 2

“Le diré a mi hija ‘¡A tope!’ ‘nada de bibe...’ (sonriendo) a lo mejor luego ya se estila el biberón en nuestra época. Y... (riendo) y es lo más moderno y lo más saludable...”.

“Le contaré a [hija] que le daba mucho el pecho, que le gustaba mucho, que cuando lloraba pues le daba... y se quedaba tan tranquila... Pues nada, a reforzar, yo todas las dudas que tenga (sonriendo) ... hombre le diré todo lo bien que me ha venido a mí”.

“Estar con ella para reforzar sus decisiones y que sea ella la que elija qué es lo mejor”.

Participante 3

“Aportaría la experiencia, digo yo, lo que pasa es que te da igual lo que te digan... hasta que no... pasas tú por ello, y... vas tomando tus decisiones y vas viendo cómo te va mejor, cómo te va peor”.

“Basta que lo digas una vez y luego ya... (pausa) tiene que demostrarse ella misma lo que le va bien y lo que no”.

Participante 4

“Yo creo que tienes que estar ahí, para apoyar a tu hija, en lo que ella decida, pero el consejo, el consejo sí tiene que estar. Es decir, si mi hija el día de mañana dice ‘no le quiero dar el pecho a mis hijos, y quiero darle...’ pues por supuesto no la voy a dejar de hablar, pero también le voy a decir que le está quitando al hijo algo fundamental. Es decir, no es que le estés, no es una decisión que, no es una decisión... tan sencilla de tomar, que no es algo tan... tan de ti (sonríe). Es que tu hijo forma parte de ti, y tu cuerpo tiene algo que le tienes que dar, que si tú se lo quieres quitar tienes que ser consciente de ello. Yo me inclino a guiar un poquito”.

“Si mi nuera quiere que esté con ella estaré y si no quiere que esté, no estaré. Si mi hija quiere que esté, estaré y si no, pues tampoco. Y teniendo en cuenta a los maridos”.

“Cuando ellas les estén dando el pecho, que cuenten conmigo para que su momento sea más agradable. Que yo le cambie el pañal, que yo le saque los airecillos mientras mis hijas están tranquilamente disfrutando de su lactancia, sí, sí, sí, lo tengo clarísimo. Si ellas quieren eso, yo desde luego... la abuela más feliz del mundo”.

Participante 5

“Yo creo que si [hija] el día de mañana tiene un bebé, yo creo que yo le diría, o sea... no te lo pienses. Yo creo que ahí, fíjate, así como mi suegra yo no recuerdo que me haya dicho nada, yo creo que yo se lo diría a [hija]. Yo creo que a [hija] sí que se lo diría”.

“Si yo a mi hija la viese dudar, dubitativa entre una cosa u otra, no sé qué hacer o no se... yo creo... que yo intervendría, o sea, yo ayudaría, es decir, si yo veo que mi hija, aunque no me lo pida verbalmente, si yo la veo que tiene necesidad de algo, yo actuaría y le diría, ‘oye, pues yo creo que tienes que hacer esto’, ¿sabes? Igual que si veo que está haciendo algo mal, pues yo le diría ‘no hagas esto’, aunque no me lo diga, pero yo creo que mi deber es decírselo”.

“...Que lo tiene clarísimo (dar fórmula) y no sé qué, pues a lo mejor le diría ‘pues chica, te lo pierdes’ ¿sabes?”.

“Sería como un papel más, hacia ellos no transmitiría nada, diría ‘jo, qué bien’, ¿sabes? Me daría gusto verles dar el pecho, pero porque como a mí me ha ido tan bien y tan... y me ha encantado, pues yo, pues me gustaría que mis hijas también lo tuvieran”.

“Yo creo que sí que lucharía, o sea, si estuvieran dubitativas, yo le diría, apuesta por el pecho, o sea, prueba, aguanta un poco, porque sí que es cierto que el pecho los primer, el primer, los primeros días es un poco petardo, es decir, hasta que... sabes si comen, si no comen, claro, luego esto del biberón es como, toma, cincuenta, se ha tomado treinta. Ya sabes, el pecho no tienes ni idea de lo que se ha tomado, entonces yo creo, reconozco que los primeros días... incluso el primer mes, pues tienes que aguantar, es decir, tienes que hacerte fuerte, decir ‘voy a continuar’ y... y... entonces si yo a mi hija la viese dubitativa la diría... ‘¡apuesta!, o sea, ¡aguanta un poquito más!... Venga, un poquito más a ver si lo conseguimos’. Yo creo que eso sí que se lo diría (pausa). Imagino que con mi nuera, si es una relación cordial, no sé qué, pues yo creo que también”.

“A lo mejor un especialista que sabe las ventajas de la lactancia y las desventajas del otro, pues a lo mejor diría, ‘oye, lucha, no seas tonta’, pero como yo eso lo ignoro, pues claro yo, voy, voy... y pienso, mi hija lo está pasando mal, pues mira, no merece la pena. ¿Sabes? Pues... pues dale un biberón y a correr. A lo mejor si supiera todo y tuviera todos los datos pues lucharía y

diría 'mira, ni de broma, o sea, aunque tengas grietas, aunque tengas lo que tengas, tu sigues como una campeona que lo que tienes que hacer es...' pues a lo mejor sí”.

Participante 6

“Me encantaría tener una relación ahí, que realmente sea apreciado lo que tenga que contar o lo que sé y que lo valoran, porque... pero yo creo que somos todos así y luego hacemos todos los mismos errores (risas), porque si no ya no habría ni padres ni suegros pesados, ¿no?”.

“No estaría ahí más de lo necesario, quiero decir, si les gusta genial, pero si, quiero decir, no quiero lo mismo...(...)a mí me encantaría tener una relación con mis hijos que no me vean como la pesada, porque ese es el problema aquí, en general (...)Y tengo suficientes cosas que hacer para no estar todo el día pensando en mi hijo, ni mi nieto ni... y a mí me gustaría, si llegan a dar de mamar, que sí vienen ellos con preguntas, pero yo no pienso, por ahora estar diciendo cómo lo tiene que hacer, no hacer o lo que sea”.

“Siempre está guay si tus hijos te cuentan cosas y vienen a lo mejor a preguntar ‘¿cómo lo has hecho tú, qué harías tú?’ pero prefiero que vengan ellos, entonces eso será lo difícil, encontrar ahí un término medio, que no tengan la sensación de que tú los tienes abandonados y no quieres hablar con ellos y que no seas pesada porque estás diciendo todo el rato...”.

“Sí tengo clarísimo que me parece fatal si dan el biberón, a mí yo creo que me costaría mucho callarme. Porque al final es su decisión, no es mi vida, ni es mi hijo...supongo que ya lo hablas antes ... a mí me daría ya pena, para empezar, cuando hablábamos antes de que hay gente que no quiere por cuestión de estética, a mí me daría mucha pena que mis hijos se metan con alguien que le parece tan importante sus tetitas... no quiere decir que luego sean malas personas, eso tampoco... pero dices ‘¡tía!’ ”.

Participante 7

“Yo supongo que le voy a aconsejar un poco lo mismo que me ha aconsejado mi madre, darle el pecho, cogerla cuando creas que lo necesita y dejarla cuando creas que lo necesita, y si lo necesitas tu cogerla, cógela”.

“Si necesita mi consejo lo va a tener y si cree que me necesita más lejos, por el motivo que sea, lejos estaré”.

“Yo creo que, de alguna manera, cuando uno da a luz es todo como muy extraño para ti en ese momento, todo, yo creo que tu cuerpo, lo que tienes fuera, lo que tienes dentro, lo que tienes en la cabeza y todo el mundo alrededor. Entonces, yo creo que, de alguna manera, lo

que necesitas, entre comillas, es lo que yo tuve, o al menos para mí fue bien. Estas ahí, si te necesito, si te pregunto, si... estas ahí”.

Participante 8

“En mi cultura de familia y en que valoro mucho la familia y demás, a mí sí que me gustaría porque es una etapa muy bonita, sí me gustaría estar cerca”.

“Se lo trasladaré más como desde el punto de vista afectivo, que es para mí lo que es... o sea, yo sé que es una tontería porque tú le puedes tener igual acurrucado dándole el biberón, pero para mí es una relación mucho más especial”.

“Mi rol de abuela en la LM dependerá de muchas circunstancias, de cómo sea el marido, cómo la relación que tengamos, pero yo creo que al final, en estos momentos, si no hay un conflicto que no te hables o no te lleves bien, yo creo que apelas a tu madre en esos momentos. Y ya sabe, ya ha visto, pues por críos de otros amigos o tal, que se me dan bien los críos, los bebés”.

“Con la lactancia (silencio) pues yo creo que la acompañaría a buscar una ayuda cualificada, porque yo tampoco me sentí como que me ayudaran, simplemente pensé que no había solución(...) Pero si fuera que está pasando dolor o demás, pues yo creo que también tendemos a acordarnos de nuestras historias, y a lo tonto las cosas evolucionan. Igual que evolucionan los criterios, pues a lo mejor, en la época de mi madre no había la crema que me dieron a mí para las grietas, y se ponían paños calientes con yo que sé (...) las cosas evolucionan, entonces si yo le doy el consejo de lo mío, me anclo en el pasado...pues estaría echando para atrás todo lo que se ha evolucionado”.

“Como abuela paterna yo creo que mi papel será... estar ahí si me necesita, pero no, no, no insistir en mi presencia, o sea, no ya la presencia, si no en dar consejos todo el rato, si lo requiere...”

“Yo por cómo es mi hijo, que luego pues bueno, puede cambiar, pero él... yo creo que él si me haría partícipe, pero claro, como bien sabemos, pues en esos momentos manda más la mujer... en sentimientos y todo”.

Participante 9

“En esa situación de que mi hija, si decide o llega el día en que sea madre eh... o sea, creo que no me voy a despegar de ella, voy a ser plasta, plasta. A ver, tampoco eso es que sea lo

idea, pero desde la distancia pero cerca, ¿sabes? (...) Pero por volver a vivir todo eso, toda la experiencia”.

“Respetando su autonomía y su toma de decisiones. Porque también es muy enriquecedor como la persona sale de las situaciones por ti mismo, sin que nadie tenga que decirte cómo hacerlo, ¿sabes? Con tus conocimientos, del curso que vayas, de la preparación al parto, las amigas, lo que te cuente tu madre, tu suegra, lo que tú leas. O sea, yo no trataría por nada del mundo decir ‘tienes que cogerla así, no, y esto no...’ para nada, para nada, pero sí me encantaría compartir con ella momentos en esa fase, pero no darle consejos ni decirle lo que tiene qué hacer, que lo descubra ella porque yo creo que eso es muy bonito y muy interesante”.

“Yo se lo recomendaría, totalmente, 100%, y que cómo experiencia... por supuesto, los beneficios para los bebés, para tu hijo ya se saben, que son increíbles, pero nadie habla de los beneficios que esa madre va a sentir dando la lactancia. O sea, es que como experiencia, como descubrimiento de ti misma, o sea, como sensación de experiencia novedosa”.

Participante 10

“Hombre, como abuela me encantará tener ese papel de ayudar y, sobre todo, de acompañar, y de aconsejar, a lo mejor, puedes decirle ‘pues mira, léete este libro, y tal, lo que te va a pasar’ lo que me hubiera gustado a mí, sin agobiar, porque la decisión es de la persona...”.

“Pues como suegra, pues poco; si quiere que la ayuden, pues sí, porque ya sabes que eso es un papel muy delicado (risas) pero como de mis hijas, sobre todo, ayudarla y, sobre todo, que sea una experiencia súper bonita, nada de agobios ni prisas. O sea, como que ‘venga, no tengas prisa ni nada que todo va a pasar, vive el día a día, disfruta de cada segundo’ y, sobre todo, eso, que disfrute”.

“Muchas veces, rechazas un poco lo que te dicen tus padres, y a lo mejor de otra persona, pues lo puedes entender mejor, o se lo explican de otra manera que le llega, porque, a lo mejor, yo se lo estoy explicando con palabras que a esa persona, en ese momento, no le llega bien la información y con otra persona de fuera, pues a lo mejor sí”.

- Sobre una posible decisión de nuera de no dar LM:

“Yo nada porque sé que ahí no puedes hacer nada, porque lo que puedes provocar es un divorcio (risas) no, no, no, las madres (abuela paterna) somos las enemigas muchas veces, entonces si te vas a meter, al final acabas tu mal, el hijo se pelea con la mujer y es así.”

Participante 11

“Ayudarles como pueda, sin estorbar y sin... pero a lo mejor transmitiéndole lo que yo he vivido, que para mí ha sido muy bueno. Entonces, pues el poder ayudarles en todo momento y, sobre todo, contarles mi experiencia que, yo creo que, ha sido bueno, el transmitirle que son una opción muy buena y que para mí es la mejor, pero que desde mi punto de vista, el poderles decir a ellos que es buena, que a ellos les ha ido muy bien, y vamos, a los que he tenido cerca también. Y no sé, y poder estar con ellos”.

“Me imagino que si llega a ser nuera, tendrás un proceso en el que la conozcas, o sea que... entonces pues podrás ver cómo la podrás ayudar, yo creo (...) yo pienso que será más fácil a mi hija porque llevas más tiempo conociéndola, viviendo con ella, compartiendo muchas cosas y a lo mejor sabes formas de decírselo, de actuar dentro de una cosa, del momento, de una situación”.

Participante 12

“Si esa chica con la que está mi hijo tiene su madre, tal, no sé qué, pues yo cuando me pida opinión, cuando quiera, cuando lo necesite, y le podré hacer algún comentario, intentaré ser lo menos meticona posible, porque no hay cosa que más me fastidie”.

- Contando que lo que valoró en el apoyo de la abuela materna no lo puede dar por su forma de ser, pero sí lo que echó en falta, que era una mayor guía y participación en la toma de decisiones.

“Yo soy más de opinar, y esto hazlo así o hazlo asá, pero bueno, porque soy más de tomar decisiones, o sea, aunque soy indecisa pero ‘bueno, pues lo hacemos así’ o sea, no soy tan cómo ha sido mi madre, pero porque su forma de ser y la mía no tienen nada que ver, o sea que, yo no puedo ser igual que mi madre. No creo que sea tan paciente como mi madre ni apoye de la misma manera tranquila, o sea, yo seré más nerviosa y más agobiada, pero a lo mejor por otro lado, pues lo manejo un poco mejor, no lo sé”.

Participante 13

- La participante 13 dio LM sólo una semana y no tuvo el apoyo profesional ni humano que hubiera deseado por parte del personal sanitario, lo que orienta los futuros consejos a su hija para que busque apoyo de una matrona empática y que le dedique el tiempo necesario con una actitud adecuada al momento vital.

“Como lo del parto... tampoco quiero ahí, no sé, eso lo tiene que vivir ella. Porque ahí yo creo que la condicionas, ¿no? Un poco, si le cuento... no, yo no la quiero condicionar. Pues yo cuando, si ella va a tener un niño, pues la diré que vaya a todas las clases que pueda, y que si la matrona es estúpida que se vaya a otra matrona. Hasta que se encuentre con una que la enseñe de verdad todo con cariño y con dedicación, como debería de ser”.

Participante 14

“Como me gusta dar soluciones sí que voy a indagar todos los tipos de ayuda que puedan tener. Y no me va a parecer suficiente con que acudan a unas clases de preparación al parto tan estúpidas como las que yo fui, que les faltó enseñarme a hacer cupcakes”.

“Yo me pienso dejar las pestañas en buscar a alguien que ayude a mis hijas (...) restar un poco de importancia a los convencionalismos y darle opción a que su maternidad sea particular”.

“Entonces yo, a mis hijas, espero darles opciones ‘no hay ninguna regla escrita, vete probando lo que le va bien a tu hija, vete probando porque si tú estás bien, ella estará bien’. O sea, creo que hay una escala entre el blanco y el negro de grises que también es aceptable, y que es para llevar con tanta dignidad esa maternidad sin sentirte menospreciada o menos madre porque hayas optado por otras opciones.”.

Participante 15

- La participante tuvo la experiencia de tener a una madre que no “estaba ahí” a pesar de que ella lo necesitaba y solicitaba su presencia, por lo que valora su futura presencia como abuela como una necesidad propia y una necesidad de las futuras madres sin cuestionamiento.

“Creo que yo estaré, o sea, me da igual que tú quieras que esté o no, yo estaré y para mí es importante. Hay momentos en la vida en los que una madre es imprescindible”.

“Creo que tienes que tener un poco un término medio, creo que nadie tiene la batuta de la verdad, y creo que yo, cuando tenga nietos, o cuando tenga a mi hija que va a tener hijos, yo qué sé... también hay que entender que muchas veces cambian las cosas, y que yo estoy convencida que de lo que le cuente a mi hija, habrá cosas que funciones y cosas que, dentro de 20 años, sean absolutamente al revés”.

“Le diré ‘Y oye, de todas formas, decidas lo que decidas yo te voy a apoyar. Que tú quieras ir a un médico porque necesitas esto, pues yo te apoyo’ ”.

“... ‘Mira, esto es lo que a mí me ha pasado, esto es lo que yo he hecho, y esto es lo que hay, pero oye, siempre podemos ir a un sitio que nos informen’. Yo creo que, sobre todo, dándole paz a la persona a la que se lo cuentas, o sea, intentando transmitirle que es buena madre haga lo que haga, eso para empezar”.

“Yo tengo pánico a eso, a llevarme mal con mi nuera, fíjate (...). A las suegras se las escucha de otra forma, y se las tiene menos en cuenta a la hora de decir ciertas cosas, o eso, te sientes más evaluada porque es tu suegra y es la madre de tu marido, no sé. Ojala me equivoque, pero tengo una batalla ahí que ya asumo que la tengo perdida. Y yo intentaré darle el mismo consejo que le dé a Alejandra, pero no puedo pretender que a mi hija la de el mismo consejo y lo reciba igual que mi nuera”.

“Si ella no me pregunta, se lo diré igual, pero si me pregunta, con más motivo. Pero lo que yo le transmitiré, que, evidentemente, a nivel nutricional es una fuente de salud infinita, que siempre va a ser cualquier leche se ponga como se ponga, que los motivos para no darlo pueden existir pero que se plantee todos los pros y los pocos contras que tiene, que si por cualquier cosa no pudiera dar el pecho, porque tiene una mastitis, porque verdaderamente lo está pasando fatal, pues que tampoco se sienta mala madre, que no pasa nada”.

“Intento aprender de lo que no me ha gustado para no hacerlo”.

- Sobre lo relativo de los conocimientos y las modas

“Si no cambia de aquí a 20 años y le demos la leche por una sonda desde la teta o algo, porque lo mismo de aquí a 20 años vete tú a saber, si haces así (hace un sonido), yo qué sé, y de repente la lactancia se convierte en otra cosa, no sé”.

“A lo mejor dentro de 20 años, lo que te digo, la lactancia es muy diferente y a mí lo que me valía ya no vale, o no sé, o ha cambiado mucho y las circunstancias son diferentes y resulta que ahora lo que se lleva no es dar 4 meses sino 3 años, o al revés, dicen que el calostro y punto”.

“Yo le puedo contar mi experiencia, pero sobre todo, le diré que haga lo que haga la apoyaré, o sea, poniéndome en el caso de que algo no me guste, ‘pues no quiero dar el pecho’ ‘pues hija es una pena que te mueres porque le estas privando de esto, pero tampoco te voy a desheredar’ ¿sabes?”.

Participante 16

“No sé, no voy a dar consejos a nadie ¿eh?, sean mis hijas, sea mi hijo, sea... otra cosa es que me pregunte ‘tú cuando hiciste esto, ¿qué te pasó?’ pues se lo cuento como te lo puedo estar contando a ti”.

“Cuando llegue el momento de mi hija, de mi nuera, o de quién sea, yo estaré un paso para atrás, salvo que me quieran preguntar, vaya, que... porque creo que también es una experiencia personal, ¿Sabes? Hay mucho ahí de personal, de cada uno, que está muy bien todo lo que nos puedan enseñar los demás, orientarnos y tal, pero luego, cada uno tiene una salvedad, cada uno tiene algo particular que no tiene el otro”.

“Creo que mi papel será a demanda de ellas. Si me demandan, si necesitan, si quieren saber, yo lo que puedo aportar es mi experiencia, no tengo otra cosa. Pero no aconsejaré a priori, esperaré a que... hombre, si me preguntan ‘mamá, no sé si darle el pecho al niño’ (risas) ‘pues no te lo plantees hija, dalo porque...’ ”.

Participante 17

“Yo le diría ‘pues pregúntale al pediatra, pero yo lo alterné con biberón y no pasa nada’. Pero vamos, en mi caso es que yo se lo comenté... fue el pediatra el que me lo dijo también, ¿sabes? pero yo se lo diré (...). Es que de aquí a que yo tenga nietos, pues a lo mejor en vez de chupetes, yo qué sé, se chupan un trapo, yo qué sé, ¿sabes? a lo mejor en vez de eso, han inventado vete tú a saber el qué, ¿sabes? dentro de 20 años, no sé lo que podrá pasar”.

Participante 18

“Me gustaría ser (risas)... tratar las cosas con la mayor normalidad y naturalidad posible sin llegar a ser pesada ni quedarme corta. Pero entiendo que es complicado porque yo, ahora, es que claro, el tiempo te va poniendo un poco en tu sitio, ¿no?”.

“Luego, claro, pues es que depende mucho de la otra persona, ¿no? también, no solo depende de ti, de lo que ella ponga, de lo que se abra a ti, porque eso creo que influye muchísimo, o puede influir”.

Participante 19

“Hacer todo lo que han hecho mal conmigo pues hacerlo bien con ella. Y leer, informarnos y saber qué es lo que tenemos que hacer las dos”.

“Como suegra... eso va a depender, ya ahí poco voy a tener que hacer (...) yo procuraré no meterme porque, yo creo, que eso es lo peor que se puede hacer. Y si ella tiene a su madre,

mejor que esté con su madre, a que esté (risas)... va a hacer más caso siempre a lo que le diga su madre, que a lo que le diga su suegra, me imagino”.

“Si mi hija no quiere dar el pecho pues trataré de hacerle ver que sí que es importante y que lo haga, por supuesto, como en otras cosas que no ha querido hacer y la he obligado a hacer, ya sé que no la voy a poder obligar (risas), pero haré todo lo posible...”.

Participante 20

“Yo creo que estaré un poco... que si me pide ayuda se la daré, intentaré; si no me la pide, dársela si veo que la necesita, pero intentaré no meterme”.

- Si su hija toma la decisión de no dar LM:

“Se la puede convencer de manera diplomática”.

“Intentas hacerlo todo tan bien, tan bien, o con todos los mensajes que llegan, que al final no lo disfrutas, entonces lo que le diría al final es que lo disfrutara”.

“Yo creo que tenemos que transmitir que sí, que es una... que no se vea como una obligación, si no que se disfrute, porque es que es algo que pasa y que no lo vuelves a tener. Y es verdad que, las primerizas, al final, tienes tantos input, quieres hacerlo todo tan bien, tienes tantos mensajes, que al final es como... es que no disfrutas esa baja, es todo “esto tiene que ser así, esto tiene que ser así, esto lo tengo que hacer...”

RELACIONES ENTRE CATEGORÍAS Y TEMAS

En la tabla 18 aparecen las relaciones entre temas establecidas en cada participante, teniendo en cuenta que el propio esquema temático interpretativo supone una relación categórica.

Estas relaciones individuales se tomaron como base del siguiente esquema general de interrelaciones, presentes en las ilustraciones 6, 7, 8 y 9.

RELACIONES INDIVIDUALES TEMAS Y SUBTEMAS	PARTICIPANTE																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
AYUDA LOGÍSTICA – SOBRE AMAMANTAR																				✓
CAMINAR JUNTAS Y COMPARTIR – COMPRESIÓN Y RESPETO								✓												
CAMINAR JUNTAS Y COMPARTIR – EL POSICIONAMIENTO							✓		✓											
CAMINAR JUNTAS Y COMPARTIR – EXPRESAR EMOCIONES			✓																	
CAMINAR JUNTAS Y COMPARTIR – AYUDA LOGÍSTICA							✓													
CAMINAR JUNTAS Y COMPARTIR – LA SUSTITUCIÓN			✓							✓					✓					
CAMINAR JUNTAS Y COMPARTIR – LO PRÁCTICO	✓																			
CAMINAR JUNTAS Y COMPARTIR – LA EXPERIENCIA VIVIDA	✓																			
CAMINAR JUNTAS Y COMPARTIR – LA INFLUENCIA DE LA CULTURA						✓														
CAMINAR JUNTAS Y COMPARTIR – UN NUEVO ESPACIO			✓		✓															
COMPRESIÓN Y RESPETO – AYUDA LOGÍSTICA						✓														
COMPRESIÓN Y RESPETO – LA SUSTITUCIÓN	✓																			
COMPRESIÓN Y RESPETO – LA ABUELA DE REFERENCIA	✓																			
COMPRESIÓN Y RESPETO – EL POSICIONAMIENTO	✓		✓		✓						✓									
COMPRESIÓN Y RESPETO – EVALUACIÓN ABUELAS → MADRE						✓														
COMPRESIÓN Y RESPETO – EVALUACIÓN MADRE → ABUELAS						✓														
CONOCIMIENTOS, MENSAJES E INDICACIONES – NO TE NECESITO AHORA	✓																			
CONOCIMIENTOS, MENSAJES E INDICACIONES – COMPRESIÓN Y RESPETO											✓									
CONOCIMIENTOS, MENSAJES E INDICACIONES – LA ABUELA DE REFERENCIA							✓													
CONOCIMIENTOS, MENSAJES E INDICACIONES – LA LUCHA			✓												✓					
CONOCIMIENTOS, MENSAJES E INDICACIONES – EVALUACIÓN ABUELAS → MADRE			✓								✓				✓					
CONOCIMIENTOS, MENSAJES E INDICACIONES – EVALUACIÓN MADRE → ABUELAS															✓	✓				
CONOCIMIENTOS, MENSAJES E INDICACIONES – EL POSICIONAMIENTO							✓													
CONOCIMIENTOS, MENSAJES E INDICACIONES – UN NUEVO ESPACIO								✓												
CONOCIMIENTOS, MENSAJES E INDICACIONES – YO SOY LO PRIMERO PARA ELLA												✓								
DAME SOLO LO QUE PIDO – AYUDA LOGÍSTICA						✓														
EL APEGO – LA SOCIEDAD															✓					
LA INFLUENCIA DE LA CULTURA – APOYO EN EL NUEVO ROL															✓					
LA INFLUENCIA DE LA CULTURA – EL PERSONAL SANITARIO																		✓		
EVALUACIÓN ABUELAS → MADRE – EL PERSONAL SANITARIO											✓									
LA ABUELA DE REFERENCIA – AYUDA LOGÍSTICA															✓					
LA ABUELA DE REFERENCIA – EL PERSONAL SANITARIO							✓													
LA ABUELA DE REFERENCIA – AMOR Y VÍNCULO							✓													
LA ABUELA DE REFERENCIA – EL POSICIONAMIENTO								✓												
LA ABUELA DE REFERENCIA – EVALUACIÓN ABUELAS → MADRE																			✓	
LA ABUELA DE REFERENCIA – EVALUACIÓN MADRE → ABUELAS																				✓
LA ABUELA DE REFERENCIA – NO TE NECESITO AHORA								✓												
LA ABUELA DE REFERENCIA – LO PRÁCTICO								✓												
LA ABUELA DE REFERENCIA – LA EXPERIENCIA VIVIDA	✓																			
LA LACTANCIA EN MI VIDA – SOBRE AMAMANTAR					✓															

Tabla 18 (1). Relaciones entre temas establecidas por cada participante.

RELACIONES INDIVIDUALES TEMAS Y SUBTEMAS	PARTICIPANTE																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
LA LUCHA – LA ABUELA DE REFERENCIA							✓													
LA LUCHA – LA SOCIEDAD	✓							✓												
LA LUCHA – LA EXPERIENCIA VIVIDA																				✓
LA LUCHA – EVALUACIÓN ABUELAS → MADRE										✓										
LA LUCHA – EVALUACIÓN MADRE → ABUELAS		✓							✓			✓								
LA LUCHA – EL PERSONAL SANITARIO					✓			✓												✓
LA LUCHA – NO TE NECESITO AHORA					✓											✓				
LA LUCHA – SOBRE AMAMANTAR												✓								
LA SOCIEDAD – EL POSICIONAMIENTO					✓															
LA SUSTITUCIÓN – APOYO EN EL NUEVO ROL												✓								
LA SUSTITUCIÓN – LA ABUELA DE REFERENCIA			✓				✓		✓			✓			✓	✓		✓		
LA SUSTITUCIÓN – LA EXPERIENCIA VIVIDA			✓																	
LA SUSTITUCIÓN – EXPRESAR EMOCIONES					✓															
LA SUSTITUCIÓN – EL PERSONAL SANITARIO																✓		✓		
MIMETIZACIÓN – EVALUACIÓN MADRE → ABUELAS										✓										
MIMETIZACIÓN – LA SOCIEDAD										✓										
MIMETIZACIÓN – EL PERSONAL SANITARIO										✓										
MIMETIZACIÓN – EL POSICIONAMIENTO												✓								
MIMETIZACIÓN – EXPRESAR EMOCIONES											✓									
UN NUEVO ESPACIO – EXPRESAR EMOCIONES	✓																			
UN NUEVO ESPACIO – DAME SOLO LO QUE PIDO	✓					✓														
UN NUEVO ESPACIO – EL POSICIONAMIENTO	✓	✓					✓							✓						
UN NUEVO ESPACIO – LA INFLUENCIA DE LA CULTURA		✓				✓														✓
UN NUEVO ESPACIO – EVALUACIÓN MADRE → ABUELAS														✓						
UN NUEVO ESPACIO – LA SUSTITUCIÓN										✓										
UN NUEVO ESPACIO – AYUDA LOGÍSTICA						✓														
YO SOY LO PRIMERO PARA ELLA – LA LUCHA	✓	✓								✓			✓							✓
YO SOY LO PRIMERO PARA ELLA – LA SUSTITUCIÓN				✓																
YO SOY LO PRIMERO PARA ELLA – AMOR Y VÍNCULO			✓																	
YO SOY LO PRIMERO PARA ELLA – EL DESTETE													✓							
YO SOY LO PRIMERO PARA ELLA – EVALUACIÓN ABUELAS → MADRE				✓																
YO SOY LO PRIMERO PARA ELLA – EXPRESAR EMOCIONES			✓																	
YO SOY LO PRIMERO PARA ELLA – LA SOCIEDAD														✓						
YO SOY LO PRIMERO PARA ELLA – SOBRE AMAMANTAR														✓						

Tabla 18 (2). Relaciones entre temas establecidas por cada participante.

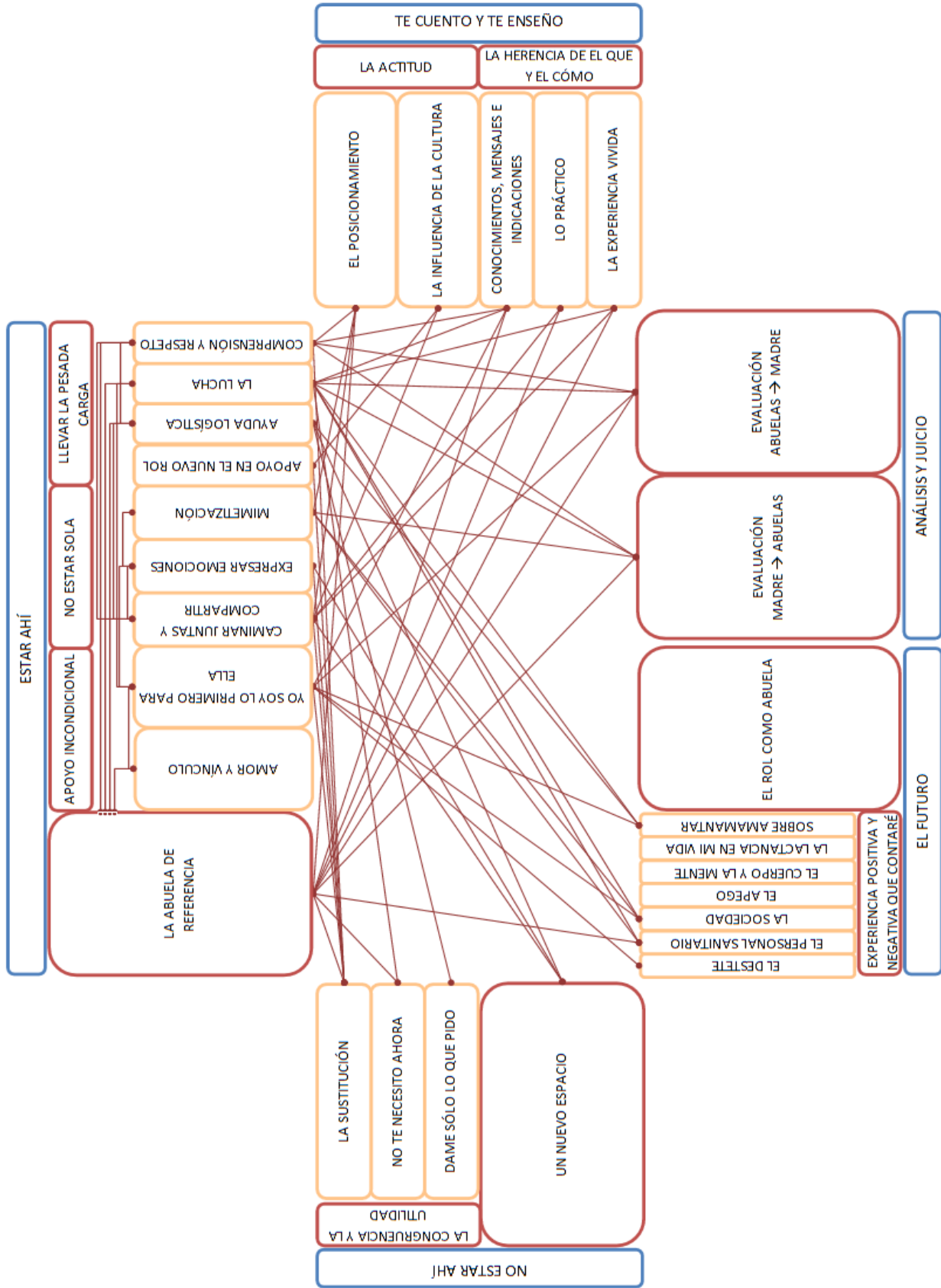


ILUSTRACIÓN 6. RELACIONES ESTABLECIDAS DESDE LA CATEGORÍA "ESTAR AHÍ".

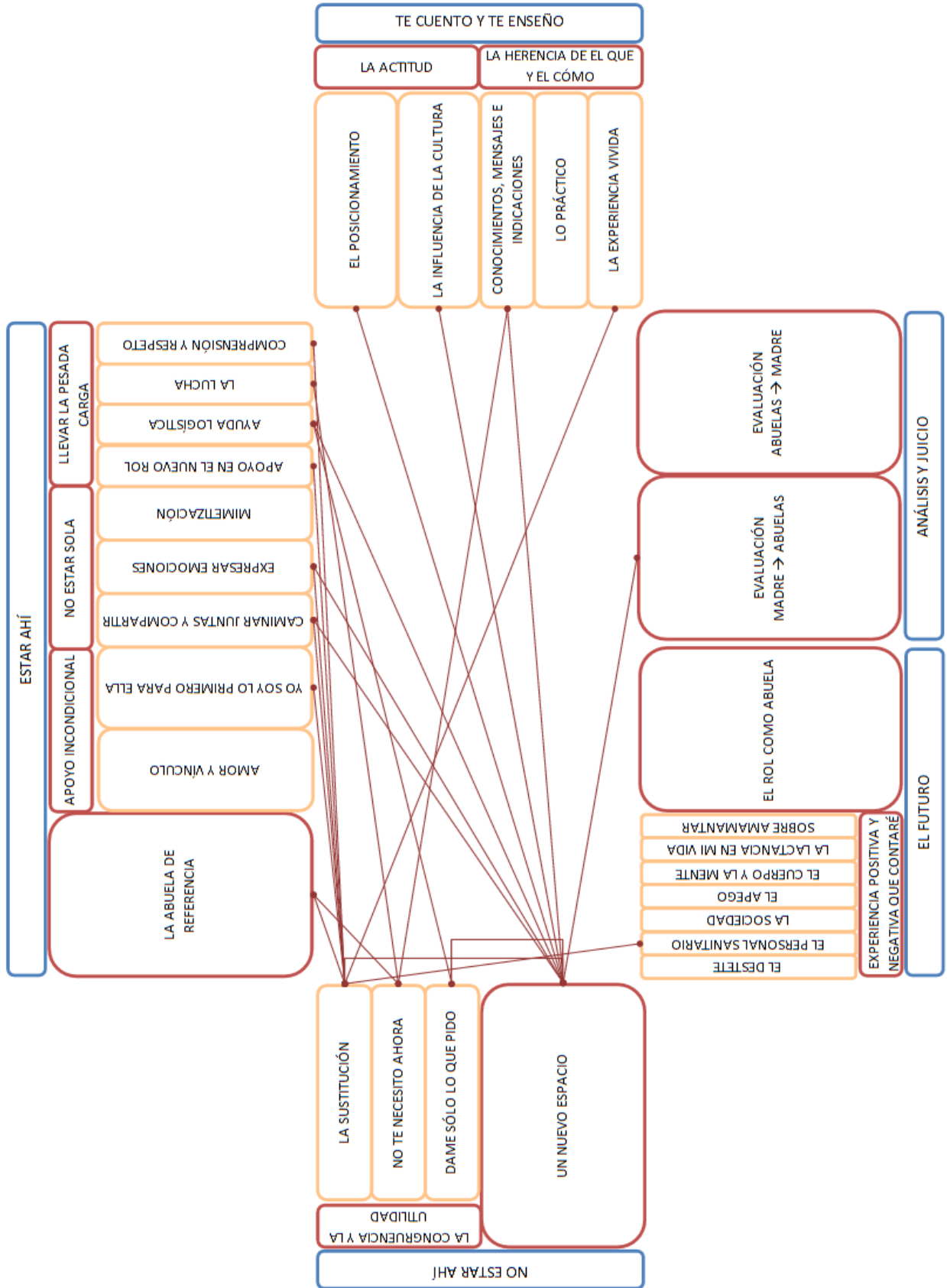


ILUSTRACIÓN 7. RELACIONES ESTABLECIDAS DESDE LA CATEGORÍA "NO ESTAR AHÍ".

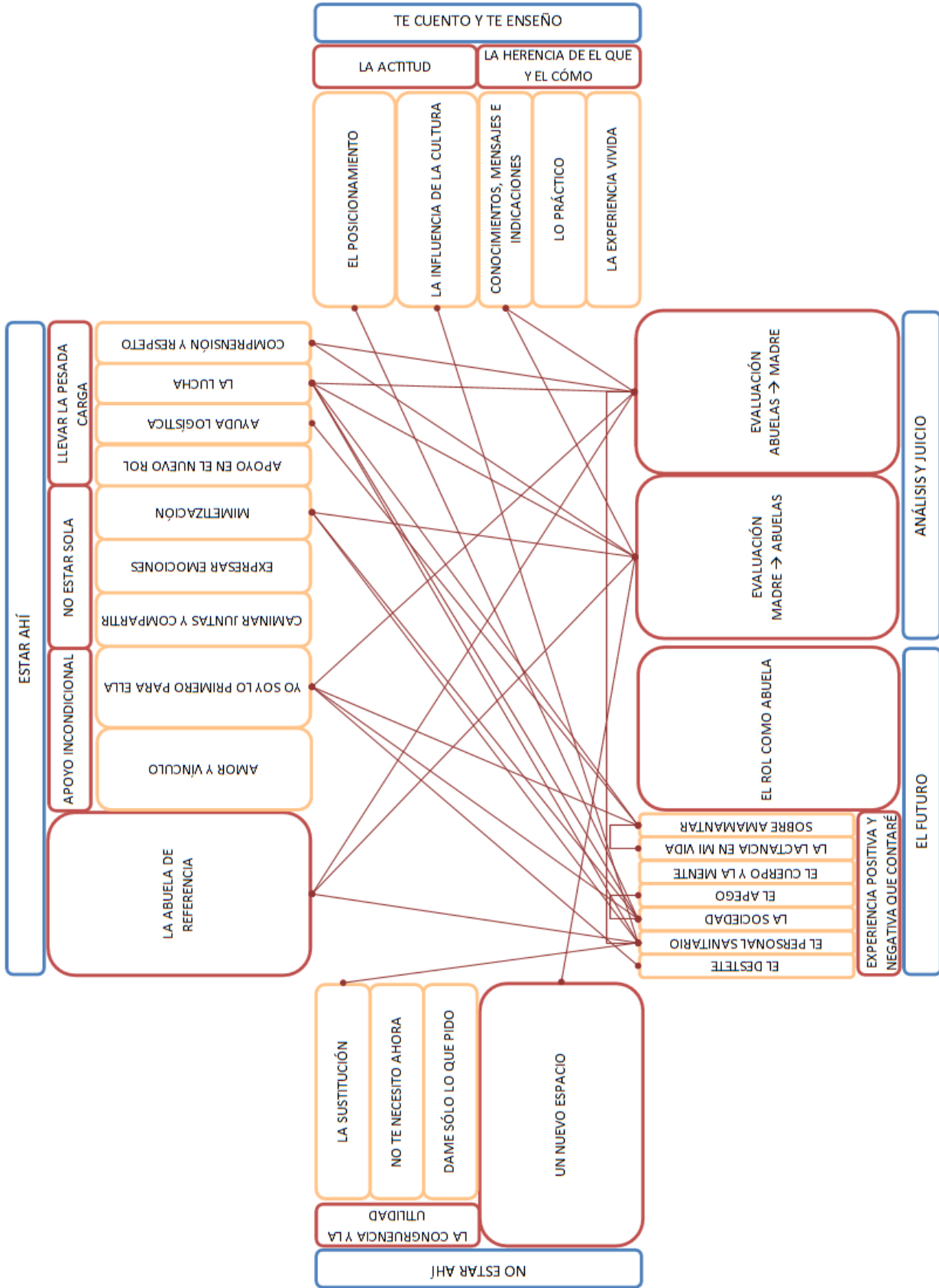


ILUSTRACIÓN 8. RELACIONES ESTABLECIDAS DESDE LAS CATEGORÍAS “EL FUTURO” Y “ANÁLISIS Y JUICIO”.

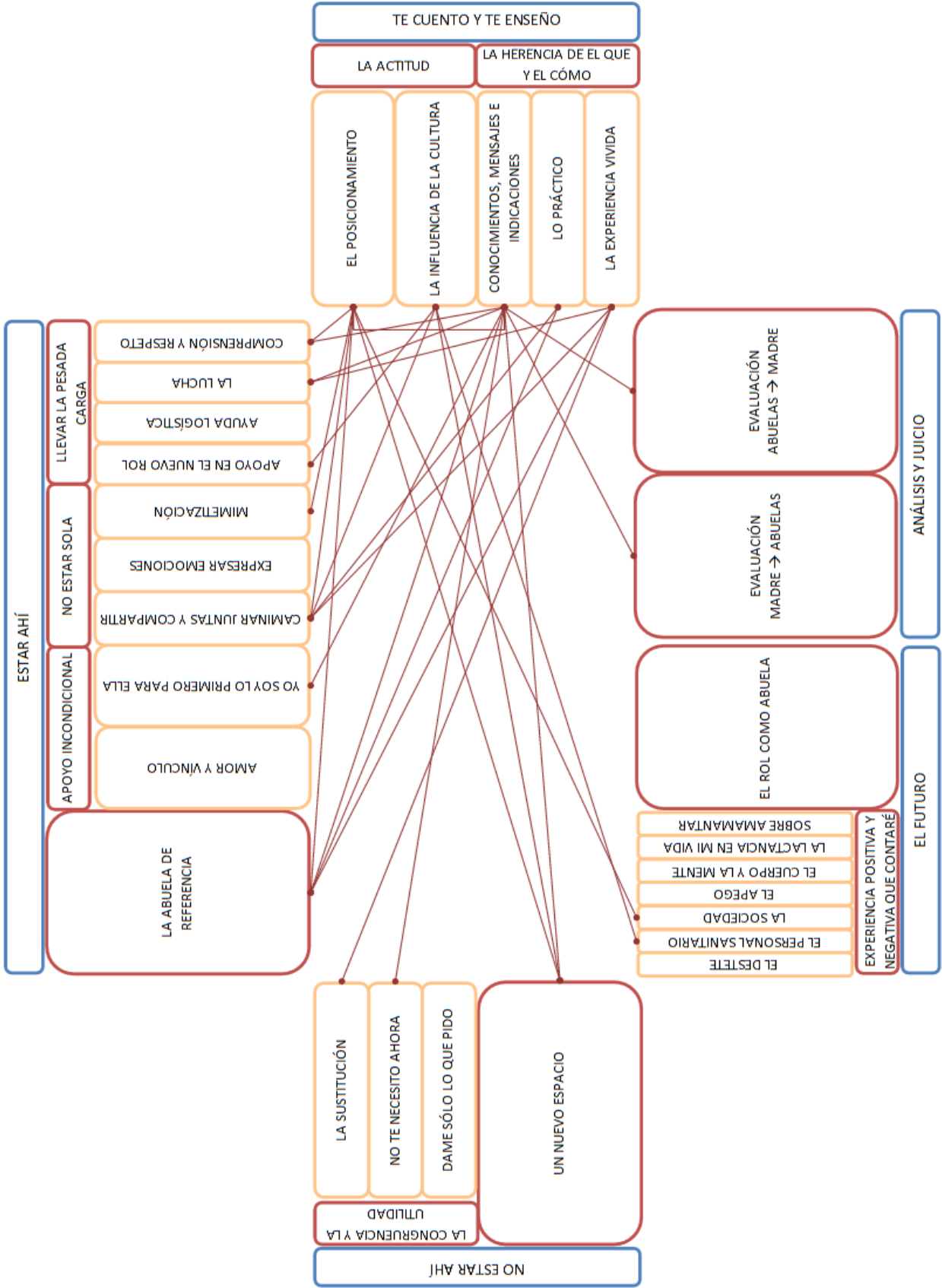


ILUSTRACIÓN 9. RELACIONES ESTABLECIDAS DESDE LA CATEGORÍA "TE CUENTO Y TE ENSEÑO".



DISCUSIÓN

Como se expuso en el apartado de antecedentes del problema, los estudios sobre la interacción abuela madre arrojan resultados muy parciales, focalizados y/o están realizados en poblaciones distintas a la de este estudio. Todos los estudios previos fueron realizados durante la época de amamantamiento o poco tiempo después. Debido a esto, la discusión se realizó haciendo referencia a cada uno de esos resultados parciales de otras investigaciones tanto cuantitativas como cualitativas y realizadas con metodología diversa.

CATEGORÍA: ESTAR AHÍ

La abuela es la segunda fuente de apoyo después de la pareja, según el metaanálisis de De Sousa (2013), y el principal proveedor de apoyo durante la lactancia según una revisión de 54 artículos cualitativos y cuantitativos realizada por Bulla (2015), aunque no especifican los mecanismos. Estos datos coincidieron con los hallazgos del presente estudio sobre el significado de la experiencia de vivir la lactancia materna con la presencia de la abuela como referencia. En esta línea, las madres necesitaban la figura de la abuela materna como soporte y ayuda crucial que les diera un apoyo cercano desde el conocimiento personal y la comprensión basada en el amor y la historia de vida en común, pero con un flujo regulable apoyado también en esta confianza. Desde este punto de vista, esta figura de referencia no era sustituible. Las madres sentían que la abuela paterna podía ejercer este rol sólo cuando no era posible por parte de la abuela materna.

Según el estudio de investigación de Moreira et al. (2013) “Representaciones sociales de mujeres de tres generaciones sobre prácticas de amamantamiento” realizado con 21 mujeres brasileñas de tres generaciones y basado en la teoría de las representaciones sociales, el componente afectivo-emocional impregnó toda la vivencia de la LM y esa influencia permite la transmisión intergeneracional y ayuda al cambio de actitud en las conductas de amamantamiento. Este aspecto del apoyo incondicional basado en el amor y el vínculo sería explicable desde los resultados obtenidos por Moreno-Zabaleta y Granada-Echeverri (2014) en su estudio “Interacciones vinculares en el sistema de apoyo infantil” en que se evidencia que la relación constante y coherente desde el punto de vista emocional entre la cuidadora principal del niño (madre) y quien “cuida a la que cuida” (abuela) permite la mejora de la atención al niño y el bienestar de la madre. Los resultados de este trabajo de investigación corroboran y explican esta relación vincular que significó para las participantes un apoyo basado en la seguridad aportada por el interés sincero y la incondicionalidad del amor respaldado por toda



una historia de vida, o un conocimiento profundo y aprobación previos, en el caso de la abuela paterna.

Sin embargo, el que la madre sea una prioridad en el cuidado ofrecido por las abuelas, no sólo fue fuente de beneficios para las participantes, sino un perjuicio basado en la anteposición del descanso de la madre, que podía chocar con la dedicación requerida para mantener la LM, en cuyo caso la propia abuela se convertía en una fuente de lucha e interferencia para que la madre continuase con su deseo de lactar. Este aspecto también es uno de los resultados arrojados por el estudio de Grassley & Eschiti “Grandmother Breastfeeding Support: What Do Mothers Need and Want?” realizado en 2008 con metodología cualitativa descriptiva a 31 mujeres del norte de Texas y cuyo origen explican por el significado de “experiencia demasiado dura” que la LM tenía para las abuelas. Posteriormente, el trabajo de investigación cuantitativo descriptivo realizado por Parkinson, Russell-Bennett y Previte (2012) con mujeres australianas con hijos amamantados menores a 18 meses “Mu mor bub? Which influences breastfeeding loyalty” concluyó que los factores de apoyo orientados a la madre y no al niño, influyen en las actitudes y comportamientos relacionados con la lealtad a la LM. De igual modo, este resultado es común con el del estudio de Pilkauskas (2014) “Breastfeeding initiation and duration in coresident grandparent, mother and infant households” en el que se investigó la asociación entre las conductas de LM y la coresidencia de tres generaciones en el período postparto, y que fue realizado en EEUU.

En el presente trabajo, un resultado divergente fue que en el destete, este sentimiento de prioridad absoluta para las abuelas había supuesto una ventaja que había paliado la sensación de pena o culpa. Posiblemente esto se debió al asentamiento de significados tras el paso del tiempo.

En cuanto al tema “no estar sola”, el hecho de caminar juntas y compartir no sólo estuvo referido al descubrimiento y aprendizaje, en la línea del hallazgo del trabajo de investigación cualitativo descriptivo “Two generations learning together: facilitating grandmothers support of breastfeeding” de Grassley y Eschiti (2007) realizado en Texas, en que el grupo de abuelas afro-americanas dieron especial importancia a aprender juntas y propusieron la realización de programas para alcanzar este objetivo. Para las participantes de este estudio caminar juntas significó mucho más que un camino de aprendizaje común y participativo; significó una compañía no invasiva importante desde el punto de vista emocional, ya que suponía vivir con las abuelas un evento dentro del entorno familiar que las llevaba a tener en común el rol de

mujer y de maternidad con ellas, valorando el significado que ese hecho tenía para éstas y aportando bienestar todo ello en su conjunto.

La comunicación de sentimientos con las abuelas fue importante para las participantes desde el punto de vista del desahogo emocional libre de pudor, ya que el papel de la abuela basado en el amor presente en la historia de vida y la capacidad de comprensión del rol, la hacían óptima para ello. Sin embargo, tal vinculación afectiva era en ocasiones la causa de la no expresión de emociones en un intento de proteger a la abuela, como también se concluye en el estudio cualitativo descriptivo realizado a 18 mujeres suecas de 3 generaciones “Breastfeeding as a Specific Value in Women’s Lives: The Experiences and Decisions of Breastfeeding Women” (Löf-Johanson et al., 2013) en el que las informantes alegaban que las abuelas estaban demasiado vinculadas emocionalmente para expresarles sus sentimientos. Algunas participantes entrevistadas para esta tesis aportaron un nuevo matiz ya que sentían que la abuela paterna, en el entorno de una buena interrelación personal, era más idónea para la expresión de sentimientos debido a que no tenían la misma relación vincular con ellas, por lo que pensaban que el sufrimiento durante las dificultades sería menor.

El estudio de Reid et.al (2014) “Be our guest: challenges and benefits of using ‘family conversations’ to collect qualitative data about infant feeding and parenting” con 15 primigestas australianas y su grupo de familiares, tenía como objetivo describir el impacto social sobre las opciones y la forma de alimentación de los niños mediante la expresión de sentimientos durante conversaciones familiares, encontrando que esto ayudaba a las madres a identificar potenciales conflictos y planificar estrategias para tratar de solucionarlos y pudieron clarificar qué podían esperar de los miembros de su entorno antes del nacimiento. Posteriormente, ya durante la época de lactancia, las madres se sintieron más seguras para exponer asuntos que no habían sido revelados antes, como la necesidad de refuerzo positivo. Por lo tanto, el esclarecimiento del significado de la expresión de sentimientos, aportado por este trabajo podría tener utilidad inmerso en grupos familiares de conversación en la línea descrita por Reid et al. para mejorar el enfoque del apoyo de las abuelas durante la lactancia dentro de la dinámica familiar y sin renunciar a contemplar las particularidades de las relaciones madre-abuela en cada familia.

Una forma de “estar ahí” sentida por las participantes fue la mimetización de sentimientos y opiniones por parte de las abuelas, que entendieron como fruto de su relación vincular basada en el amor. Esta mimetización en ocasiones suponía el alejamiento de las convicciones o valoraciones propias adoptando las de la madre, lo que podía llevar a un camino de

búsqueda de soluciones o a un abandono de la lactancia, probablemente en relación con la aportación del mencionado estudio de Grassley (Grassley & Eschiti, 2007) que expuso que las abuelas deseaban ser útiles emocionalmente y para la práctica de la LM como apoyo basado en el amor incluso cuando las decisiones fuesen distintas a las propias. Por lo tanto, en la práctica asistencial debe detectarse y tenerse en cuenta el apoyo ejercido por la abuela basado en la mimetización, tanto para continuar como para abandonar la LM.

Amamantar también significó llevar una pesada carga física y emocional relacionada con su inicio y mantenimiento en el que el impacto del nuevo rol requirió una gran dosis de apoyo. La abuela, cumplía con las condiciones necesarias para aumentar la seguridad con su cercanía emocional y la experiencia femenina en la maternidad constituyendo la guía principal, aunque no necesariamente basada en su experiencia en LM. Esto difiere con los resultados obtenidos por el citado estudio de Moreira et al. (2013), en el que las abuelas transmitían la LM como modelo de papel femenino que había que cumplir con placer, desinterés y abnegación dentro de un acto instintivo y natural que llevaba a la percepción de obligatoriedad por parte de las madres y que en el presente estudio fue relacionado con la sociedad y no con la cercanía e interacción con las abuelas. Probablemente esta diferencia de posicionamiento de las abuelas estuvo relacionado con las diferencias culturales y sociales de ambas poblaciones de estudio.

Los resultados de la nombrada revisión de Bulla (2015) están más en concordancia con los de esta investigación, ya que argumenta que el apoyo femenino, sobre todo de la abuela, es decisivo para la instauración del nuevo rol y para adaptarse a la nueva realidad del ejercicio de la maternidad, estimulando el amamantamiento a través de sus acciones, confianza y seguridad.

Las participantes valoraron intensamente el efecto de bienestar que les produjo el alivio de la carga física que les suponía la ayuda en las tareas y organización domésticas para poder dedicarse a la LM y adaptarse al nuevo rol, que requería tiempo y dedicación. Interpretaron que el beneficio de la ayuda suministrada por las abuelas en este aspecto se traducía en la posibilidad de autocuidarse y mejorar sus condiciones de amamantamiento por lo que el niño también se beneficiaba. Esta ayuda logística suministrada por las abuelas quedó destacada de igual manera en el estudio combinado cualitativo-cuantitativo, realizado con mujeres senegalesas por Aubel et al. (2004) : “Senegalese Grandmothers promote improved maternal and child nutrition practices: The guardians of tradition are not averse to change”; la ayuda logística en este caso tenía un fuerte componente cultural en el que las abuelas se encargaban tradicionalmente de los asuntos domésticos, las tareas, la toma de decisiones y el apoyo a

otras madres que no contaban con la ayuda de las abuelas de la familia por algún motivo, por lo que es necesario en la práctica del apoyo a las mujeres conocer el origen cultural que nos ayude a reconocer la presencia o no de fuentes de apoyo logístico que puedan facilitar el descanso y la dedicación de las madres a la LM.

Otros autores ya mencionados hicieron alusión al valor de este tipo de apoyo, aunque sin ahondar en el significado (Bulla, 2015; De Medeiros et al., 2011). Vásquez, Romero y Rivas (2012) concluyeron en su estudio cualitativo descriptivo “Motivaciones de la madre para amamantar: una experiencia a partir de la capacidad de escuchar”, realizado en Colombia con 11 mujeres lactantes en los primeros 6 meses, que tener ayuda en las tareas domésticas favorece no sólo el mantenimiento sino la decisión de amamantar. Es importante por lo tanto, que se ponga especial atención a las necesidades de las madres relacionadas con este aspecto, en especial cuando las mujeres están solas por cualquier motivo, realizando un análisis de las condiciones familiares y domésticas que las rodean desde las consultas de atención primaria.

La pesada carga emocional que las participantes tuvieron que llevar estuvo relacionada con mantener la LM a pesar de las dificultades y con hacer frente a los mensajes de la sociedad contrarios a la lactancia o que provenían incluso del personal sanitario. En relación con este último aspecto, Grassley & Nelms (2008) publicaron el estudio “Understanding maternal breastfeeding confidence: A gadamerian hermeneutic analysis of women’s stories” realizado con 13 mujeres de Texas que habían amamantado en los últimos dos años y llegaron a la conclusión de que las mujeres luchaban con el personal sanitario que les recomendaba dar fórmula en contra de sus deseos y expectativas, y las abuelas eran una fuente de apoyo para combatir estos consejos cuando tenían experiencia; si no la tenían, actuaban respetando y promoviendo la confianza de sus hijas o nueras.

Las participantes de la investigación realizada para esta tesis encontraron que las abuelas actuaban como guía en los momentos en los que se sentían inseguras en la toma de decisiones por la controversia entre distintos consejos o porque no veían salida a unas situaciones en las que lo que había que hacer no se correspondía con lo que se podía hacer, lo que les generaba malestar. Este resultado es común al encontrado por Clifford y McIntyre (2008) en su revisión “Who supports breastfeeding?” en la que explican que las madres confiaron más en su entorno en los momentos de dificultad, ya que expresaban preocupación por no cumplir los requisitos e indicaciones del personal sanitario.

Cuando las abuelas se convertían en el foco de la lucha por sus mensajes negativos sobre la LM para las madres que querían amamantar, éstas se veían obligadas a buscar otras fuentes

de seguridad y apoyo que combatiese el desgaste emocional que les generaba y en ocasiones sucumbían a los mensajes, especialmente cuando éstos coincidían con el enfoque de los del personal sanitario o con una falta de apoyo y guía del entorno social. Este significado analizado tras el paso del tiempo por las participantes tiene relación con los hallazgos de dos artículos de investigación cualitativos: “Grandparents’ understandings about the practice of maternal breastfeeding in family daily life: the culture of possibilities for breast-feeding” (Argolo et al., 2006) que analizó las experiencias de 11 abuelas brasileñas mediante interaccionismo simbólico y que concluyó entre otros hallazgos que la base del problema residía en un movimiento cultural desde “no amamantar” a “hay que amamantar” que producía un conflicto entre las culturas representadas por la generación de las abuelas y la de las madres, que por lo tanto podían generar conflicto o necesidad de un nuevo enfoque en la oferta de apoyo, como se desprende de los resultados del presente estudio de investigación que también muestra la relación con una necesidad de espacio y libertad para la toma de decisiones salvaguardando el deseo de lactar. El otro trabajo de investigación, de tipo cualitativo descriptivo que hace alusión al salto intergeneracional y su traducción en la necesidad de lucha fue el de Da Silva, Da Cruz, Macedo, Da Silva y Gomes (2013) “The influence of grandmothers on breastfeeding of her grandchildren: beliefs and cultural practices” en el que se entrevistó a 20 abuelas durante la hospitalización postparto de sus hijas o nueras, y que concluyó que éstas brindaban su apoyo en los problemas que podían surgir, pero con mitos y creencias que podían provocar el choque cultural intergeneracional. Las autoras propusieron facilitar la comunicación y discusión de algunas cuestiones entre generaciones, ya que esto podía contribuir al desenvolvimiento saludable y natural del acto de amamantar, aunque no dió las claves para hacerlo, en términos de comprensión de los significados basados en la experiencia de una y otra generación. El subtema “comprensión y respeto” de este trabajo puede aportar luz en este aspecto ya que las participantes tras el paso del tiempo, revelaron que lo que necesitaron fue la comprensión de sus sentimientos que llevara a las abuelas al respeto por sus decisiones, y no tanto un análisis objetivo de las circunstancias. Cuando los mensajes de las abuelas eran contrarios a los sentimientos de las madres, tomaba importancia el grado de empatía en su transmisión y que estuvieran basado en el vínculo y el posicionamiento en el rol de mujer y madre, desde el que las participantes consiguieron una visión menos estresante de las circunstancias cuando había dificultades.

CATEGORÍA: NO ESTAR AHÍ

El significado de la búsqueda de un nuevo espacio que limitara la presencia de la abuela a pesar de ser un apoyo de referencia para las madres, no está explorado previamente en

otros trabajos de investigación. Únicamente Lavender, McFadden y Baker (2006) en su trabajo de investigación cualitativo descriptivo “Breastfeeding and family life” realizado con 24 mujeres inglesas y sus familias, hicieron alusión a que algunos familiares, entre ellos las abuelas, describían su apoyo como “mantenerse al margen” incluso cuando la madre no lo deseaba así. Sin embargo fueron las participantes de este estudio las que expresaron la necesidad de un espacio y tiempo específicos de ajuste personal y del nuevo núcleo familiar pero de manera dinámica, apareciendo de nuevo la necesidad de controlar el flujo de la presencia de las abuelas. Dicha necesidad tenía que ver también con la libertad personal de tomar las decisiones sin interferencias. La reacción respetuosa de las abuelas ante este requisito aumentó la seguridad de las madres ajustándose al nuevo rol o, por el contrario, podía llevar de nuevo a una lucha si las abuelas mantenían la interferencia o su necesidad personal de que las madres dependieran de ellas, en una vuelta a su propio rol maternal de guía y protección.

El flujo necesitaba ser regulado por las madres en función de unas necesidades que cambiaban con el tiempo y en función de su propia personalidad. En el trabajo de investigación cualitativo descriptivo “Influence of grandmothers on infant feeding: what they say to their daughters and granddaughters” (De Medeiros et al., 2011) realizado con mujeres primíparas brasileñas se argumentó que no siempre hay acuerdo entre la función de guía ofrecida por las abuelas y los deseos de la madre, y que el grado de aceptación depende de la independencia emocional de ésta, por lo que este resultado tiene relación con la dependencia fomentada por la abuela y descrita anteriormente, y con los rasgos personales y circunstanciales de autonomía de la madre.

Moreno-Zavaleta y Granada-Echeverri (2014) realizaron un estudio cualitativo descriptivo e interpretativo con mujeres colombianas titulado “Interacciones vinculares en el sistema de cuidado infantil”, en el que encontraron que dentro de las características de la gestión del rol de las mujeres primíparas, la capacidad de control era la menos desarrollada, por lo que las abuelas se apropiaban de éste en el cuidado de sus nietos debido a la inexperiencia de sus hijas, haciéndolas sentir que no eran capaces de asumir esta tarea y disminuyendo la seguridad de estas, en la línea descrita anteriormente en el presente trabajo. De igual manera, estas autoras concluyen que un elemento clave en la gestión del cuidado es que existe una persona que se encarga de liderar el cuidado, o al menos de las pautas para que otros ejerzan el cuidado; la forma en que el gestor o gestora del cuidado lo lidere, va permitir o no la coherencia de este; sin embargo, cada individuo trae consigo una serie de creencias y actitudes que las pone en práctica, las que muchas veces son más poderosas que las que solicita el

gestor o gestora. Esta conclusión se relaciona con esa necesidad de las madres de establecer sólo lo que necesitan, tanto en los aspectos físicos como emocionales en cada momento, de manera que las participantes de este trabajo de investigación sintieron que la comunicación con las abuelas basada en la confianza era un asunto crucial para que el apoyo se centrara en las necesidades percibidas y de esta forma pudiesen liderar y gestionar el cuidado que les ofrecían sin estar a expensas de las valoraciones de las abuelas. La regulación del flujo de ayuda en relación con la congruencia entre lo esperado y lo ofertado podía llevar a las madres a no desear la presencia de las abuelas en determinados momentos o a sustituirlas en el caso de que éstas no estuvieran cuando las necesitaban. Si otros tipos de apoyo, como el sanitario eran los que “no estaban ahí” las abuelas podían sustituirlos significando esto para las participantes una fuente de seguridad que las ayudaba en la toma de decisiones y en el conocimiento del nuevo rol. En esta misma línea Schmied et al. (2009) en su metasíntesis “Women’s perceptions and experiences of breastfeeding support” alega que el círculo cercano a las madres puede sustituir el apoyo del personal sanitario si el enfoque del mensaje aportaba lo que éste no les ofrecía: un planteamiento positivo pero realista, especialmente ante las dificultades, aunque dicho estudio no incluía explícitamente estudios sobre apoyo familiar.

CATEGORÍA: TE CUENTO Y TE ENSEÑO

La transmisión intergeneracional se dio en base al contenido y forma de los mensajes de las abuelas, cuyo objetivo era instruir y ayudar a sus hijas o nueras desde la experiencia vivida en el presente trabajo de investigación.

El estudio de investigación cuantitativo descriptivo realizado por Ekstrom et al. (2003) “Breastfeeding support from partners and grandmothers: perceptions of swedish women” realizado con mujeres suecas primíparas con hijos menores a 12 meses, puso de manifiesto que la mayoría de abuelas del estudio no tenían buenos recuerdos de su época de amamantamiento, pero las madres habían tenido una experiencia positiva relacionada con su apoyo. Las participantes entrevistadas para la investigación de esta tesis sintieron que las actitudes de las abuelas eran positivas si eran respetuosas dentro de su papel cultural que significaba tener una fuente de protección y seguridad, más que relacionadas con un papel activo prolactancia, lo que puede explicar el resultado descrito por Ekstrom et al.

El posicionamiento de las madres frente a la transmisión de conocimientos de las abuelas tenía que ver con sus sentimientos, basados en la relación vincular y en las circunstancias que estaban viviendo, y no sentían la obligación de buscar ni poner en práctica sus consejos como ocurría a las mujeres senegalesas del estudio de Aubele et al. (2004), presumiblemente por las

diferencias étnicas y culturales entre ambas poblaciones de estudio, posición que también pusieron de manifiesto Clifford y McIntyre (2008) en su ya mencionada revisión de estudios cualitativos y cuantitativos, alegando que los factores culturales influyen en el apoyo pero lo hacen igualmente en la actitud de respuesta a éste.

Es importante resaltar que según el estudio cuasi experimental de Grassley et al. (2012) “A grandmothers’ tea: evaluation of a breastfeeding support intervention” realizado con abuelas y madres estadounidenses, la actitud de aquellas o su intención de recomendar la LM no mejoró tras un programa educativo interactivo (post-test), aunque sí mejoraron los conocimientos y el apoyo técnico. Sin embargo, las madres deseaban lo contrario: una mejor actitud y valoración de las abuelas hacia la LM así como un apoyo activo para amamantar en público o en presencia de otros miembros de la familia. Dado que en este caso parecía tener más peso la experiencia vivida por las abuelas que los conocimientos, la clave para la solución del conflicto podría estar en la demostración de comprensión y respeto descrita en este trabajo de investigación y en la necesidad sentida por las madres de expresar tanto lo que precisaban como la solicitud de no intervención, ya que de lo contrario habría un fracaso parcial de los programas e intervenciones destinados a mejorar la transmisión intergeneracional en la LM.

Dentro de esta perspectiva de la actitud de las abuelas desde el punto de vista de la posibilidad de intervención, el estudio cualitativo descriptivo de Grassley y Eschiti (2011) “The value of listening to grandmothers’ infant-feeding stories” realizado con 35 abuelas estadounidenses, infiere que las abuelas necesitan hablar de sus experiencias antes de ser formadas en LM y que la comunicación abuela-madre debe realizarse durante el embarazo para detectar el posicionamiento que lleve a unas u otras expectativas de apoyo. Desde el punto de vista de los resultados de esta investigación, el posicionamiento no sólo tenía que ver con la transmisión de experiencias, sino con la actitud de las abuelas derivado de la interpretación que éstas hacían de las necesidades de las madres y que basaban en el conocimiento profundo y vincular de la personalidad de éstas. Dicho posicionamiento llevaba a las madres a relativizar los mensajes, es decir, a no calificarlos como a favor o en contra de la LM, sino a valorarlos en función de una intervención que esperaban de las abuelas desde el punto de vista social y personal, y necesaria como figura de referencia que las conocían dentro de su forma de ser y actuar, por lo que no deseaban la actitud de excesivo distanciamiento, independientemente de su postura final hacia la lactancia. Esto último coincide con los resultados de Grassley y Eschiti que basan la conducta de la abuela en un contexto cultural pero también personal, y por lo tanto basado en la historia de vida.

De igual modo, la actitud de las participantes hacia las abuelas paternas fue de mayor distanciamiento en relación con la consideración tradicional que se hace de éstas, pero en ocasiones el peso emocional de una buena relación personal basado en la historia de vida llevó a las madres a desear una mayor cercanía y complicidad con la abuela materna durante la época de amamantamiento.

En cuanto a “el qué” y “el cómo” de lo transmitido por las abuelas como representantes de la generación anterior, las participantes experimentaron distintas posiciones: transmisión de conocimientos, actitudes, técnicas y experiencias (con intención o no de influir sobre sus hijas/nueras), o todo lo contrario, la no transmisión de ninguna pauta o guía.

En general dicha transmisión fue interpretada por las madres más como una preocupación por el peso y la nutrición de los niños que como un cuidado e interés por ellas, lo que vendría corroborado por los resultados de Sharma y Kanani (2006) en su estudio cuantitativo descriptivo realizado en India “Grandmothers' influence on child care” en que concluyen que las abuelas promovían la introducción de otros alimentos antes de los 6 meses por la preocupación relacionada con el engorde de sus nietos. La falta de información y reciclaje apoya esta creencia y la falta de herramientas para valorar y asegurar una lactancia eficaz, como se describió ampliamente en la introducción de esta tesis. Las madres de clase media entrevistadas para el presente estudio de investigación, aunque culturalmente distintas a las del estudio de Sharma y Kanani, necesitaban la argumentación de las pautas transmitidas por las abuelas si entraban en conflicto con lo aprendido, realizado u observado por ellas mismas en relación a la evolución y beneficios nutricionales de la LM, en una actitud evaluadora hacia la transmisión de conocimientos de las abuelas.

Existe aquí una intensa relación entre el significado de esta experiencia y los resultados detallados en el subtema “Caminar juntas y compartir” en el que se describió el bienestar y la confianza manifestada por las madres cuando compartían el camino de aprendizaje con las abuelas. En 2007, el ya referenciado estudio de Grassley y Eschiti “Two generations learning together: facilitating grandmothers support of breastfeeding” puso de manifiesto la importancia y el deseo que tenían las abuelas de renovar sus conocimientos para que su apoyo fuese efectivo. Los mismos autores ampliaron la explicación de este aspecto en su estudio publicado en 2008 y también nombrado ya en esta discusión: “Grandmother Breastfeeding Support: What Do Mothers Need and Want?” en el que encontraron que las madres expresaban malestar por la falta de actualización de conocimientos de las abuelas, querían que las abuelas entendieran las nuevas pautas de LM y deseaban ser animadas desde el amor. Las

madres alegaron que no habían modificado la evolución de su amamantamiento pero sí la experiencia relacionada con éste, siendo unas más vulnerables que otras a este efecto, lo que estaría relacionado con los resultados del presente estudio sobre la interacción basada en la historia de vida, el vínculo y el conocimiento personal que otorga importancia a los mensajes de las abuelas, pero desde la actitud crítica del cuestionamiento de sus conocimientos.

En el ya citado estudio de Grassley y Nelms (2008), las madres describieron un gran contraste entre la información y las expectativas que tenían sobre amamantar y la realidad que encontraron en la práctica. Este fue un significado que permaneció tras el paso del tiempo y que según los resultados de esta tesis será transmisible a la siguiente generación. Las madres sintieron que este aspecto de la LM les supuso un choque emocional que las llenó de inseguridad y que estaba inmerso en el nuevo rol de madre, para lo que encontraron especialmente útil que las abuelas les adelantaran información sobre sensaciones físicas, afectivas y anímicas que las ayudaran a ubicarse en la realidad de una nueva función como madre lactante, y así disminuyera el estado de alerta y preocupación.

Grassley y Nelms concluyeron además que las abuelas con experiencia fueron las que suministraron un buen apoyo emocional y físico. Esto difiere de los resultados del presente estudio de investigación en el que los conocimientos prácticos eran contrastados por las madres buscando nuevas fuentes y querían más bien que las abuelas siguiesen una línea de apoyo comprensivo y respetuoso con los nuevos conocimientos de LM, lejos de interferir, para lo que no necesitaban ser unas expertas en amamantar, aunque bien es cierto que apreciaban sus indicaciones.

En esta línea, el estudio correlacional “Factors influencing the practice of exclusive breastfeeding among Hong Kong Chinese women: a questionnaire survey” (Ku & Chow, 2010) mostró la relación entre la presencia de la abuela paterna y el aumento del sentimiento de autoeficacia de las madres relacionado con el apoyo en la toma de decisiones y no con la experiencia previa de aquellas, aunque no tenía efectos positivos en cuanto a duración de la LM. Las autoras también establecieron que se obtenían buenos resultados en LM cuando las mujeres eran autodidactas por lo que estaba relacionado con el nivel de educación, lo que constituye una similitud con los resultados de este estudio ya que las participantes tuvieron un nivel de estudios medio a superior y expresaban su inquietud por buscar fuentes de información que las llevara a conocimientos que mejoraran sus dificultades en LM, pero contando con el apoyo de las abuelas estableciéndose una relación con el sentimiento de

lucha y la necesidad de un apoyo desde el vínculo y la presencia incondicional de las abuelas, que recorrieran el camino con ellas.

Deben tenerse en cuenta las características culturales y el significado del rol femenino y maternal cuando se establezcan programas de fomento de la LM, ya que la confianza que tenga la madre en las abuelas puede estar sustentada en estos aspectos, prescindiendo entonces de esa necesidad de ser críticas y contrastar los conocimientos de las abuelas, como demuestra el artículo ya citado anteriormente de Medeiros et al. (2011) en el que la seguridad y el confort de las mujeres brasileñas participantes en el estudio residía en el valor de la experiencia de las abuelas en la LM y la crianza de los niños, con gran carga tradicional y que corrobora la metasíntesis de De Sousa (2013).

Las aportaciones del estudio mencionado de Moreira et al. (2013) explican en este sentido que las mujeres suprimen o alientan el saber científico en favor de su propio estilo de vida y el proyecto de felicidad para esa experiencia, en el que hay un alejamiento del proceso enseñanza-aprendizaje donde se elaboraban los significados que reflejaban un modo de vivir, lo que está en consonancia con los hallazgos del presente estudio en el cual se constata que, con el paso del tiempo, las mujeres valoraron la congruencia del apoyo técnico y emocional de las abuelas con la práctica en sus propias vidas y el impacto sobre éstas, sus posibilidades y expectativas. De esta manera, ambos estudios en poblaciones culturalmente distintas, describen el peso del contexto individual de las madres, que hacen que se modifiquen los significados de generación en generación, adaptándose a las exigencias de los roles femeninos y maternales cambiantes en el tiempo, que además están influenciados por el entorno mediático, según Moreira et al. (2013) y Pilkauskas (2014), el cual se aleja del paradigma bio-médico que entiende la LM como un acto obligatorio y que las participantes de este estudio vivieron como una presión contraria a sus deseos de experimentar una LM feliz.

La transmisión de creencias y conocimientos en la presente investigación tenía una fuerte vinculación a la consecución de objetivos nutricionales y relacionados con el desarrollo de la inmunidad del lactante, lo que fue vivido con gran estrés por parte de las participantes pudiendo mantenerse sentimientos de culpabilidad o pena tras el paso del tiempo. La inseguridad que genera el no medir la cantidad ingerida o el comprotamiento demandante del niño junto con valoraciones ponderales o situacionales erróneas por parte del personal sanitario hicieron flaquear las fuerzas de las madres, que mantenían una visión social de que los niños tranquilos y rollizos estaban mejor alimentados. Estas razones llevaron a la creencia en la no capacidad para amamantar basada en la hipogalactia y al sentimiento de no cumplir

con la función esperada, al igual que fue descrito en los resultados de la revisión “Factors contributing to infant overfeeding with hispanic mothers” (Cartagena et al., 2014), en la que se hizo especial hincapié en este efecto en los casos de aculturación de las mujeres hispanas que habían emigrado a zonas con menor tradición familiar de amamantar. Otra revisión anteriormente mencionada, “El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna” (Bulla, 2015) también encontró que la abuela representaba la mayor fuente de apoyo en los aspectos prácticos, informativos y de actitud, por este orden, pero se transmitían mitos y creencias relacionados con un momento histórico en que la LM estaba desestimulada, a pesar de la buena disposición de las abuelas para la ayuda a sus hijas o nueras, pero con una mayor preocupación por el engorde de sus nietos, que creían fácilmente alcanzable con el aporte de fórmula.

CATEGORÍA: ANÁLISIS Y JUICIO

Tras el paso del tiempo, las participantes de este trabajo de investigación pudieron analizar las circunstancias de la relación madre-abuela durante el amamantamiento en base a dos tipos de juicio: el realizado por las madres sobre la conducta de las abuelas, y el que realizaron las abuelas sobre las conductas de la madre lactante que así mismo tuvo repercusión en ésta, en forma de sentimientos y percepciones sobre las críticas o los refuerzos positivos en cada caso.

Se encontró que las madres evaluaban negativamente la posición de las abuelas que las criticaban y cuestionaban, de manera que no necesitaban a abuelas expertas en LM sino una actitud que las reafirmara y defendiera ante las dificultades como también concluyeron Grassley y Eschiti (2008). Las madres expresaron su evaluación de las abuelas en función del cumplimiento de las expectativas que tenían sobre ellas tanto desde el punto de vista cultural (en el que la abuela materna actúa como guía y defensora y en que la paterna se espera que esté en la distancia) como desde el punto de vista personal, en el que las madres esperan una conducta de las abuelas en congruencia con las virtudes y defectos que conocen y que están acorde con sus historias de vida. Así mismo evaluaron si compartían con las abuelas las mismas convicciones y filosofía personal sobre amamantar. Sin embargo, Grassley y Eschiti no hicieron alusión a resultados relacionados con el juicio que las madres hacían de las intervenciones de las abuelas paternas que, en este estudio como se ha comentado, las madres evaluaron positivamente si había una posición de distanciamiento interpretando respeto a su nuevo espacio personal o a un espacio compartido únicamente con la abuela materna.

Un estudio posterior ya mencionado de las mismas autoras, “The value of listening to grandmothers’ infant-feeding stories” realizado en 2011, arrojó resultados en relación a la

conducta de las abuelas, que vinculaban su propia historia de lactancia con las de sus hijas o nueras por lo que expresaban emoción y orgullo al verlas amamantar o remordimientos si ellas mismas no lo consiguieron. Las participantes de esta investigación sintieron que amamantar tras haber sido a su vez amamantadas por sus madres era una fuente de motivación y satisfacción también para ellas, otorgando un mayor reconocimiento a la labor de sus madres y aumentando el acercamiento interpersonal entre ambas durante la lactancia, aunque interpretaron que el reconocimiento de las abuelas tras el paso del tiempo no les fue útil y perdía valor para ellas una vez que las dificultades habían pasado. De esta forma, en el presente estudio las madres dieron significado a los comportamientos y actitudes de las abuelas en LM haciendo una evaluación del modelo representado por éstas para tomar la decisión de seguirlo o no.

Un aspecto no descrito en investigaciones anteriores es que las madres evaluaron negativamente la actuación de las abuelas si no las liberaban de la sensación de culpa o incluso las inducían a sentirse atrapadas en una situación sin salida en que les recomendaban la LM pero no tenían las herramientas para poder ayudarlas en la práctica, influídas a veces más por la sociedad que por su propia experiencia.

Sobre el análisis y evaluación de las abuelas hacia las madres, el ya citado estudio de Moreno-Zabaleta y Granada-Echeverri (2014) explica que las madres, al sentir que son ellas quienes tienen la responsabilidad principal sobre el cuidado del hijo, se sienten obligadas a rendir cuentas ante los otros cuidadores y cuidadoras sobre los resultados de su cuidado, y si no eran favorables, manifestaban tristeza, culpabilidad y preocupación constante. Efectivamente, en los resultados de esta tesis quedó de manifiesto la percepción de las participantes de haber sido juzgadas por las abuelas en función de su opinión sobre los resultados obtenidos; cualquier juicio emitido por las abuelas tenía gran significado para las madres por provenir de una persona altamente significativa en sus vidas. Estos juicios fueron tenidos en cuenta como una continuidad de la valoración personal que realizaban tanto la abuela materna como la paterna, por lo que en la práctica asistencial con mujeres lactantes debe tenerse en cuenta las relaciones interpersonales previas a la maternidad y la vulnerabilidad personal de las madres para mejorar su estado emocional. El reconocimiento y la evaluación positiva de las abuelas significó una fuente de seguridad e incluso de satisfacción, más aún cuando la abuela había modificado sus opiniones o su posición al observar buenos resultados y reconocer el esfuerzo y valía de sus hijas o nueras. El trabajo de investigación de Reid et al. (2014) mencionado en esta discusión encontró que promover las conversaciones familiares ayudó a verbalizar el refuerzo positivo a las madres y por lo tanto a satisfacer la

necesidad de aprobación en el nuevo rol de madres lactantes, además de fomentar la expresión de sentimientos y necesidades de las madres, lo que a su vez podría repercutir en una mejor evaluación de las madres hacia el apoyo ofrecido por las abuelas. Por tanto, a la luz de los resultados de estos estudios y los de la presente tesis, es recomendable fomentar sesiones de comunicación familiar moderadas por un experto que regule el flujo de la misma, pero que también evite la transmisión de mitos o creencias erróneas sobre LM que pudiera aparecer en el transcurso de las reuniones, aunque no fuese el objetivo principal en este caso. Una razón para este enfoque en las intervenciones es que las participantes de este trabajo interpretaron las críticas de las abuelas como una extensión de las inseguridades que habían vivido en su época en relación a la LM y en ese caso, buscaban el apoyo del personal sanitario o experto para convencerlas o evitar su interferencia.

CATEGORÍA: EL FUTURO

No se ha investigado hasta el momento la proyección de las madres de esta generación como futuras abuelas, tras la exploración de los significados de amamantar asentados en la memoria remota y que puedan orientar el enfoque de los programas socio-sanitarios destinados a promover la LM y mejorar la satisfacción de las madres y sus familias. Los resultados con los que se discuten en este apartado por lo tanto, siempre estuvieron basados en estudios durante el amamantamiento, o en significados transmitidos por la generación anterior.

LA EXPERIENCIA POSITIVA Y NEGATIVA QUE CONTARÉ

Sobre amamantar

Löf-Johanson et al. (2013) realizaron, como ya se ha comentado, una investigación cualitativa descriptiva a tres generaciones de mujeres suecas, en el que expuso que las informantes de su estudio explicaron que el amamantamiento fue una experiencia positiva y poderosa llena de significado por sí sola y no vinculada al rol maternal, es decir, que suponía una experiencia rica y gratificante desde el punto de vista personal. El presente estudio aportó al respecto una explicación basada en el significado de la vivencia, ya que encontró que el deseo de vivir la experiencia física y emocional de amamantar que completaba las funciones fisiológicas maternas iniciadas con el embarazo supuso un enorme pilar de motivación para las participantes, de manera que conseguirlo las llevaba a una autoevaluación positiva y la consiguiente elevación de su autoestima personal. Sin embargo, este aspecto estaba sólo centrado en la propia madre; el otro pilar de motivación encontrado tuvo que ver con los

beneficios nutricionales e inmunológicos y la evolución ponderal del niño transmitidos por distintas fuentes sociales y sanitarias, pero cuyos resultados veían equiparados en la práctica con los de la fórmula. Por ello, probablemente la diferencia entre escoger un tipo de alimentación o no, esté relacionado con las vivencias personales más que con la falta de información en determinados casos, por lo que podría ser de utilidad una aproximación altamente personalizada a las madres lactantes desde un punto de vista sanitario que complementara las estrategias grupales.

Dicha atención personalizada debería ir encaminada a paliar los sentimientos de obligación que sintieron las madres de este estudio cuando no había motivación ni convencimiento, de manera que llevaron a cabo la lactancia con gran sufrimiento; otro objetivo a tomar en cuenta es conseguir una mayor congruencia entre lo esperado y lo experimentado en la medida de lo posible, ya que para las madres la realidad supuso un choque con sus expectativas. Este aspecto, por lo tanto, debe tocarse necesariamente antes del nacimiento de los hijos y posteriormente en seguimiento durante toda la lactancia ya que ésta es dinámica. Esto puede reforzar la vivencia de un sentimiento de bienestar en relación con el aprendizaje y el camino recorrido, terminando en la adaptación mutua madre-hijo que expusieron las participantes.

Los significados y percepciones positivos y negativos de la vivencia como madres lactantes fueron explorados por el mencionado estudio de Moreira et al. (2013) en tres generaciones de mujeres brasileñas de la misma familia. Los sentimientos positivos de placer alegría y satisfacción relacionados con amamantar también se encontraron en los distintos temas expuestos en los resultados de esta tesis. Los sentimientos negativos expuestos por Moreira relacionados con la impaciencia, el no placer y la falta de certeza en los beneficios, sin embargo fueron relativizados por las participantes de este trabajo de investigación con el paso del tiempo, y manifestadas en distintos temas interrelacionados. Sintieron que las dificultades podían ser paliadas con apoyo y que se necesitaba tiempo y paciencia para superarlas, aunque en el momento de la lactancia lo hubieran experimentado con nerviosismo, tristeza u opresión. Este hallazgo nuevamente lleva a recomendar unas intervenciones socio-sanitarias más realistas que informen a las mujeres no sólo de los beneficios y las técnicas, sino de los sentimientos, percepciones y dificultades que pueden tener, es decir, plantear el amamantamiento sin idealismos.

[La lactancia en mi vida](#)

Desde el punto de vista del impacto de la LM en la vida personal de las mujeres, Da Silva et al. (2013) comentaron que es importante tener en cuenta que las costumbres, creencias y

valores son algo que todo ser humano construye para su historia de vida. Esto pondría de manifiesto la relación entre lo vivido y la actitud hacia la LM, y entre lo vivido y las experiencias que contarán. Las participantes de la investigación realizada en esta tesis atribuyeron significados a las circunstancias de su lactancia en relación al momento social y a la posibilidad de compatibilizarla con su vida diaria y sus deseos como mujer y como madre buscando una congruencia. Es importante por lo tanto, que se trabaje en sesiones grupales con madres y abuelas en las que se fomente la comunicación de perspectivas y circunstancias personales para aumentar la flexibilidad del apoyo y la comprensión de éstas disminuyendo la presión.

Löf-Johanson et al. (2013) expusieron en sus resultados que las molestias físicas y la necesidad de dedicación provocaban un sentimiento de falta de libertad en contraste con los sentimientos esperados por la sociedad en una madre lactante, lo que coincide con los resultados del presente estudio, y que a la luz de lo aportado por el mismo, puede ser paliado en parte por la ayuda logística y la visión realista de la LM previa al parto. Desde este punto de vista, hay que tener en cuenta que las participantes sintieron con el paso del tiempo que la adaptación progresiva y la inversión inicial de tiempo se traducían en una mayor compatibilidad de la LM con sus vidas y la recuperación de la libertad, pero una nueva libertad distinta ya que su vida había cambiado para albergar un nuevo rol, el de madre.

También Löf-Johanson et al. hicieron mención al cambio en la vida social y laboral de las mujeres en su estudio. Encontraron que quedarse en casa para dedicarse a la crianza y la LM, aunque fuese una decisión consensuada con la pareja, producía en algunas mujeres una cierta incomodidad por la visión de género debido al conflicto que se produce entre el rol de madre y el de mujer. Los resultados de este trabajo de investigación aportan al respecto que las mujeres buscan un equilibrio entre todas las facetas en la mencionada construcción de su propia historia de vida, de manera que amamantar puede interferir o suplir otros aspectos en los que no estén realizadas. Hay que considerar en este tema, que las mujeres tienden a uno u otro rol según las tendencias socio-políticas del momento que generan “necesidades” de realización en uno u otro aspecto. La tendencia a repetir o huir del modelo familiar explicado en otros temas pudo influir igualmente en los deseos de construir una determinada historia de vida que confluyen o contrastan con otras generaciones.

[El cuerpo y la mente](#)

El artículo “Breastfeeding experiences in a group of women: the limits of ‘the body for the child’ and ‘the body for oneself’ ” fue publicado por Nakano (2003) sobre la investigación cualitativa descriptiva que realizó, y cuyas informantes fueron 20 mujeres lactantes primíparas

en los primeros 30 días postparto. Los resultados expresaron una gran carga social del concepto de LM que repercutía en su concepto de cuerpo funcionante como obligación y responsabilidad maternal y como deber de resignación ante el dolor. Las mujeres de dicho estudio describieron una conexión entre el funcionamiento de su propio cuerpo en cuanto a capacidad de amamantar haciéndolo responsable de la repercusión sobre el cuerpo del hijo, en forma de bienestar nutricional e inmunitario y evolución ponderal. Quizá debido a la diferencia cultural y económica entre la población del mencionado estudio y la de la presente investigación, se encontró un significado distinto de la vivencia del propio cuerpo en el que se hace referencia al descubrimiento de un cuerpo funcionante descrito también por las participantes californianas del estudio cualitativo de Stearn (2009) y las de de Lööf-Johanson et al. (2013). Las madres iban adquiriendo seguridad en su cuerpo progresivamente al comprobar que hacía su función desde una confianza en la Naturaleza y deseaban hacer uso de esa capacidad o, por el contrario, sentían que la posibilidad de producir leche era una cuestión de suerte o herencia que las llenaba de incertidumbre y las hacía vulnerables.

Este hallazgo fue similar al de Daglas y Antoniou (2012) alegaron en su revisión “Cultural views and practices related to breastfeeding”, que la sociedad había dado razones para alimentar con fórmula que generaron dudas en la mujer sobre su capacidad natural para alimentar a sus hijos. Así mismo encontraron que el interés social por la estética de las mamas dificultaba la LM que preocupaba a las mujeres ya que sus parejas podían sentirse menos atraídas por los cambios estéticos asociados y que esto tenía que ver con el tipo de población y su cultura de manera que se podía otorgar una mayor importancia a la función fisiológica o a la estética. Sin embargo, los resultados de la presente investigación, cuya población tiene gran influencia mediática de la consideración estética de las mamas, difieren en este aspecto ya que las participantes vivieron el cambio estético con normalidad tras el paso del tiempo, achacándolo más bien a un efecto de la vivencia del propio cuerpo de manera que no se plantearon la disyuntiva entre la conveniencia de amamantar o no amamantar por esta razón.

Un asunto importante reflejado en la vivencia de las madres respecto a su cuerpo fue el pudor. En este sentido se liberaron de él sintiendo que en su momento social no era importante ni tenía cabida o, por el contrario, le daban sentido y deseaban mantenerlo para seguir ejerciendo su rol de mujer, asociado corporalmente a las mamas como distintivo sexual e íntimo; si eran criticadas atribuían el hecho a la incongruencia de la sociedad que les recomendaba amamantar pero no estaba preparada para ver a madres lactantes ejercer esa función. La lactancia tenía repercusiones cuerpo-mente- sociedad en un círculo reconocido también en los interesantes hallazgos de Boyer (2011) en su estudio cualitativo realizado en

Gran Bretaña “Affect, corporeality and the limits of belonging: Breastfeeding in public in the contemporary UK” y que realizó el análisis en base a la teoría feminista de Sara Ahmed. De esta manera, encontraron que el cuerpo de la mujer lactante podía estar en una incómoda encrucijada entre la Naturaleza y la cultura de manera que cuando una mujer lactante amamanta en público se rompe la armonía en la que la sociedad está, produciendo discomfort en ésta ya que la mujer no se circunscribe al espacio íntimo del hogar ni a la función principal de las mamas desde el punto de vista social en este tiempo, que es la sexual.

Desde el punto de vista de Stearns (2009), ya mencionado por su estudio cualitativo descriptivo “The work of breastfeeding”, las madres ejercen un trabajo con su cuerpo durante la lactancia, que es evaluado en función de los resultados y que no está exento de pequeños y grandes problemas como el dolor, el sangrado o las mastitis y que sin embargo facilita la conexión con el bienestar que produce el apego a través del contacto físico. Para las participantes en la investigación de esta tesis la conexión cuerpo-mente en los momentos difíciles provocaban aversión a la LM y cambios en el carácter o la conducta, que tuvo repercusiones sobre el amamantamiento y que tras el paso del tiempo vivieron con culpabilidad.

De todo ello se desprende que han de tenerse en cuenta las preferencias de la mujer en cuanto a pudor, facilitando los cambios en la sociedad para normalizar la lactancia en público, pero también respetando a las mujeres que prefieren continuar sintiendo que las mamas forman parte de su intimidad y su estética sexual. Por otro lado, debe reforzarse el acompañamiento y guía prácticos y personalizados que reduzcan las complicaciones físicas para una vivencia más positiva que faciliten la armonía entre lo percibido por el cuerpo y la repercusión psico-social. Una información libre de presión fomentará de igual modo la liberación de la culpabilidad de sentir que la evolución física del niño es responsabilidad directa del funcionamiento del propio cuerpo y la abnegación.

[El apego](#)

Löf-Johanson et al. (2013) relacionaron en sus resultados el apego con ese cuerpo funcionante que se ha mencionado llegando a la conclusión de que la conexión entre ambos producía en las madres un sentimiento de felicidad además del placer percibido en las sensaciones de amamantar. Las participantes de este estudio sintieron igualmente que el apego era una intimidad insustituible y natural que reforzaba su autoconcepto y la capacidad para desempeñar el nuevo rol maternal de madre lactante y que reconocieron como un valor transmisible ya que lo deseaban para sus hijas o futuras nueras. No obstante hay que

considerar que todos estos sentimientos se dieron en participantes con lactancias exitosas. Si las circunstancias, la presión social y la inseguridad en la decisión de lactar les provocaban sentimientos de obligatoriedad, el sentimiento de apego se retrasó hasta solucionar los problemas o dificultades y alcanzar el bienestar, que a veces supuso dejar la LM. Este resultado pudo estar relacionado con la alteración en los pasos para el establecimiento del apego maternal descritos por Pinto (2007) y observados en las historias de vida de algunas participantes. Otra razón probable estableciendo relaciones con otros temas expuestos es la no cobertura de las necesidades de la madre en cuanto a apoyo hacia ellas mismas, focalizando la ayuda en la madre y no ejerciendo presión. La situación actual por lo tanto, requiere fomentar el bienestar y evitar el sufrimiento físico y emocional que pueda llevar a las madres a encontrar el bienestar lejos de la LM, ya que no se conseguirían los beneficios no sólo físicos sino emocionales asociados a la misma, en consonancia con la Teoría del Apego de Bowlby (Bowlby, 1958). Las participantes sintieron culpabilidad por esta situación vivida de desapego inmerso en las dificultades de la lactancia o de las circunstancias que las rodeaban y que las llevaron al abandono de la lactancia.

La sociedad

A la luz de los resultados encontrados, hay una fina línea que separa el apoyo social activo a la LM y la vehemencia que lo transforma en presión y condicionamiento, que llevó a las participantes a vivenciarlo con miedo y culpa. Los mensajes sociales iban encaminados a los resultados nutricionales en el niño pero significaban la invisibilidad para la madre, que se sentía como un medio para conseguir un fin, en un segundo plano. Argolo y Goncalves (2008) en su estudio basado en el interaccionismo simbólico realizado con tres diadas madre-abuela brasileñas, concluyó que es necesario colocarse en lo cotidiano para un cuidado sintonizado con la existencia real de las mujeres, en su manera de vivir, para entender las interacciones, creencias, valores y significados personales y de la cultura en la que están inmersas, en conexión con los hallazgos descritos en esta tesis, en que la individualidad de las circunstancias de las mujeres y su estado físico y emocional no es tenido en cuenta. La presión ejercida por las políticas de apoyo y el movimiento de “retorno a la Naturaleza”, son razones que da Colodro-Conde et al. (2011) en su estudio cuantitativo “Relationship between level of education and breastfeeding duration depends on social context: breastfeeding trends over a 40-Year period in Spain” que utilizó el modelo de regresión joinpoint, y que justificaba el aumento de la LM desde 1980, pero que ha tenido la doble repercusión comentada en las participantes de este estudio. Ese retorno a la Naturaleza sin embargo no estaba en consonancia con las vivencias de las participantes, ya que interpretaban los mensajes de la

sociedad como algo artificial y rodeado de consumismo y no como algo sencillo e instintivo; supuso por lo tanto tener que seguir unas normas que creían incongruentes y que las presionaba hacia el único camino entendido por la sociedad como “buena madre” o “madre perfecta”.

El ya mencionado estudio de Vásquez, Romero y Rivas (2012), aunque realizado con mujeres colombianas, culturalmente distintas a las españolas, también concluye que las construcciones sociales de lo que son los roles maternos influyen en las expectativas de la capacidad y deber de las madres de satisfacer las necesidades de sus hijos por lo que la satisfacción personal y la autoestima generada son importantes para la construcción de una identidad personal positiva de sí misma. Si la experiencia de amamantar es buena, la relación con esta percepción positiva es clara, pero si la experiencia positiva estaba relacionada con no dar LM, como les ocurrió a algunas participantes del presente estudio, cuestionaron la adecuación y veracidad de la presión social y mediática a favor de la LM. Esto debe tenerse en cuenta para fomentar no sólo el resultado final en forma de incidencia o prevalencia de lactancia, sino la atención al camino que las mujeres recorren en su período de amamantamiento, ya que si no es así, las políticas y esfuerzos de promoción pueden ser claramente menos efectivos.

Los sentimientos negativos que supone para algunas mujeres el mencionado status en segundo plano estuvo en relación con un rol femenino menos tradicional mostrado en la historia de vida, en la línea de los resultados arrojados en la revisión realizada por Demirtas (2012) que alegó en su estudio que el rol de género afecta a los estilos de vida, y por lo tanto a las conductas en lactancia.

[El personal sanitario](#)

La relación con el personal sanitario fue crucial en la experiencia vivida por las mujeres. Como se comentó en el apartado de resultados, las mujeres confiaron en el personal sanitario para que reforzaran y validaran su postura pro lactancia ante las abuelas cuando éstas eran contrarias a la LM, recurriendo así a una fuente que consideraban fiable en cuanto a información y evaluación de la situación. En ocasiones, por lo tanto, las participantes utilizaron al personal sanitario como herramienta para interceptar interferencias y como refuerzo en “la lucha”. Por lo tanto, la recomendación de Argolo y Goncalves (2008) de fomentar el cuidado y la evaluación en el domicilio toma sentido en consonancia con los resultados descritos en este trabajo, y con los de Persson, Fridlund, Kvist y Dykes (2011) que encontró en su estudio cualitativo descriptivo “Mothers’ sense of security in the first postnatal week: Interview study”

realizado en Suecia, que las madres querían saber a quién recurrir en su domicilio y tener seguimiento en el mismo. Demirtas (2012) aportó además basándose en su revisión que las intervenciones que tenían continuidad en el tiempo eran más efectivas que las ofrecidas puntualmente, lo que a la luz de todos los datos anteriores puede llevar a una mayor comprensión de las necesidades personales e intrafamiliares relacionadas con el apoyo que las mujeres esperan y necesitan del personal sanitario.

Esta necesidad de ayuda en la reafirmación, pero desde un punto de vista personal destinada a hacer acopio de fuerza para continuar y vencer las inseguridades, fue encontrada también por Guyer y Millward (2012) cuyo estudio fenomenológico interpretativo fue realizado con 6 mujeres inglesas utilizando la estrategia de análisis IPA. Tanto las madres del presente trabajo de investigación, como las del estudio de Guyer y Millward sintieron que el personal sanitario no estaba en armonía con ellas ni con su experiencia y que no tenían en cuenta su vulnerabilidad.

Las participantes deseaban que fuesen escuchados sus argumentos basados en lo que consideraron que era su intuición y que iba en consonancia con ese regreso de la tendencia a lo natural pero que chocaba con el poder y la medicalización ejercido por el personal sanitario, que además no les daba soluciones, sino solamente normas y una posterior evaluación vivida con connotaciones de juicio. La diferencia entre una intervención incongruente, poco útil e idealista y otra que las motivara y empoderara venía dado por los sentimientos de haber sido escuchada y de haberse tenido en cuenta su entorno psicosocial. El estudio ya citado de Moreno-Zabaleta (2014) explicaba al respecto que el servicio de salud cumple un rol importante proporcionando a la madre la información precisa para que ella tome las decisiones que requiere de manera oportuna sin cargar la responsabilidad en ella, que luego se siente débil o con poca claridad de lo que puede hacer. La presente investigación aporta el entendimiento de que en esta encrucijada, las madres toman las decisiones en función de lo que creen que les dicta su instinto por encima de cualquier indicación o información, apoyándose también en alguna persona cercana que empatice con ellas, recuperando su autonomía personal. Es necesario, por tanto, una atención empática, continua y progresiva, realizada por personal sanitario reciclado y entrenado en la valoración bio-psico social de las madres lactantes y dispuestos a trabajar en congruencia con el momento histórico, político y social.

El destete

El destete estuvo relacionado con un gran abanico de significados y sentimientos en la vida de las participantes.

Guyer y Millward (2012) exploraron este aspecto y explicaron en sus resultados que las mujeres del estudio sintieron sensación de fracaso y remordimiento si destetaban antes de los 6 meses o incluso más tarde, y se sentían malas madres por la culpabilidad que les generaba anteponer sus necesidades a las del niño relacionadas con la nutrición y la inmunidad. La muestra de su estudio fueron mujeres inglesas como ya se ha comentado, por lo que es posible la relación de estos sentimientos con la información ofrecida por las campañas de fomento de la LM y los consejos del personal sanitario relacionados con la promoción de la lactancia en Gran Bretaña. Igualmente, en España se han puesto en práctica esas políticas y acciones en los últimos años y se ha reflejado en los sentimientos de las participantes de este trabajo de investigación, que relacionaban el destete con una gran carga de responsabilidad para la toma de decisión que supone privar al hijo de los beneficios asociados a la LM.

Los citados autores hicieron referencia así mismo al estrés que supuso el destete en relación con la idealización que tenían de la lactancia y de la maternidad. En este sentido, las participantes del presente estudio realizaron un análisis después del tiempo llegando a la conclusión de que el destete no tuvo el resultado esperado como solución a sus problemas y como liberación del sentimiento de dependencia y los nuevos horarios, que luego entendieron que estuvieron más relacionados con la propia maternidad que con la lactancia en sí. En contraposición a esta toma de decisión basada en la idealización y en la necesidad de descarga de responsabilidades, las mujeres que basaron su determinación en un convencimiento de “deber cumplido” independientemente de la edad de destete, entendieron que la LM había sido una etapa finalizada pero también disfrutada, lejos de autoculparse.

Löf-Johanson et al. (2013) encontraron que se daba un conflicto entre el rol de madre y el de mujer a la hora de decidir si abandonaban la LM en el que las madres de su estudio creían que la pérdida era mayor para el niño que para la madre. En el apartado de resultados de esta tesis se vio al respecto que los significados positivos o negativos asociados al abandono de la LM tenían que ver igualmente con la libertad de romper con una actividad que no estaban convencidas de realizar, o por el contrario, la finalización de un vínculo emocional y físico que deseaban continuar ya que las realizaba en su rol deseado de madres.

En la práctica asistencial, por lo tanto, debe reforzarse la promoción realista de la LM para una toma de decisión firme y motivada, que como se expuso en la introducción de este estudio, se toma antes del embarazo o en el primer trimestre. La consideración de los proyectos de vida de las mujeres basados en la cultura y en la historia personal deben formar parte de la valoración y enfoque en los programas de seguimiento de LM ya que éstos determinan un movimiento hacia el bienestar y equilibrio personal y familiar alejándose de la visión que coloca las prácticas asociadas a la LM exclusiva en el centro maternal, familiar y social, como concluyó (Spencer, Greatrex-White, & Fraser, 2015).

LA FUTURA ABUELA

No se había realizado hasta el momento ninguna investigación sobre la proyección de las madres como futuras abuelas desde el punto de vista de sus deseos y percepciones basadas en sus experiencias de lactancia. El análisis desde la memoria remota, con significados ya asentados, permitió la reflexión para tener dicha perspectiva, que permitirá corregir estrategias de promoción y realizar otras de atención más completas, holísticas y satisfactorias para madres y profesionales, por lo que la discusión se realizó en este sentido.

Las participantes expresaron su deseo de ser un apoyo para sus hijas y nueras en aquellos temas en que percibieron un déficit del mismo en su propia vivencia, y recapitaron sobre sus limitaciones para ser fuente de apoyo técnico e informativo. Sintieron que caminar juntas en la búsqueda de profesionales cualificados será una estrategia válida a la vez que reconfortante para facilitar la lactancia de sus hijas desde dentro del núcleo familiar. Esto puede implicar una gran responsabilidad en el reciclaje y formación de profesionales y en la unificación de criterios para dar cobertura a esta necesidad de encontrar apoyo sanitario efectivo. Las futuras abuelas desean adaptarse a las nuevas pautas y reciclar sus conocimientos pero también desconfían de las normas cambiantes que experimentaron o la falta de apoyo profesional por lo que toma especial importancia la necesidad de la comentada unificación de criterios. La consecución de este objetivo puede aumentar la seguridad de las futuras madres y abuelas y promover la congruencia entre las visiones y experiencias de ambas para que no se den interferencias o conflictos y una menor necesidad de la lucha que ellas mismas tuvieron que afrontar.

Las futuras abuelas, aunque reconocen que es necesario respetar el espacio y la autonomía de sus hijas o nueras, creen necesario transmitir valores o conceptos esenciales aunque no cuenten con el deseo expreso de ellas por lo que es posible que en un futuro siga dándose una necesidad de comunicación que aclare lo que necesitan las madres y si hay congruencia con lo que ofrecerán ellas. Una excepción a este espacio de libertad que creían

tener que respetar es la toma de decisión, ya que no verían bien ciertas razones para no iniciar la LM como las estéticas, lo que llevará a la necesidad de realizar programas de información y comunicación intergeneracional pre y postparto. Igualmente puede ser útil un espacio de comunicación relacionado con la interferencia o apoyo que pueda suponer que las futuras abuelas expresen su incertidumbre sobre si serán o no un apoyo firme para la lactancia en caso de dificultades que produzcan sufrimiento físico o emocional a sus hijas y nueras, con presencia de profesionales que les informen de la posibilidad de un seguimiento personalizado y con consultas programadas y a demanda que cubran todas las necesidades físicas, sociales y emocionales de la madre lactante.

La capacidad de relativizar los problemas de lactancia sentida por las madres con el paso del tiempo, puede facilitar la coordinación del apoyo de las futuras abuelas con el del personal sanitario ya que la receptividad es mayor hacia una persona significativa que explique a las madres que no están en una posición sin salida y las anime a continuar bien hacia la consecución del bienestar que ellas mismas consiguieron, bien hacia los que no consiguieron y les produjo dolor y sufrimiento su renuncia.

La posición prevista como futuras abuelas paternas sigue cargada de connotaciones culturales que se podrían mejorar en términos de ayuda y bienestar para ambas mediante equipos multidisciplinares de expertos en lactancia, ya que desean sentirse valoradas y no evaluadas en función de estos roles culturales.

La importancia que las actuales madres dieron a la ayuda logística hace que tengan previsto ofrecerla como abuelas a las futuras madres, por lo que este aspecto sería positivo en la transmisión de la cultura prolactancia pero teniendo en cuenta que habrá más abuelas con ocupación laboral por lo que tendrá que contemplarse desde el punto de vista de la política social.

Las futuras abuelas también podrán actuar sustituyendo al personal sanitario en la transmisión de los beneficios que hoy como madres creen que no realiza, que son los aspectos emocionales que se perciben durante el amamantamiento en forma de vínculo pero desde una perspectiva más realista que la que transmite la sociedad o del que hablan los trabajos científicos.

Lo que han transmitido las madres de este estudio de investigación es que desean estar presentes como personas significativas y conocedoras del entorno personal y familiar de sus

hijas y que se mantenga esta figura de relevancia en la LM, por lo que se hace imprescindible que se tenga en cuenta en la mejora de la promoción y atención sanitaria.

EN RELACIÓN AL MARCO TEÓRICO

El objeto de estudio de esta investigación estuvo basado en el concepto de madre lactante desde el punto de vista del Dasein de *ser-en-el-mundo*, *ser de ahí*, de Heidegger y por lo tanto se discutirá con base en la terminología y teoría filosófica expuesta en su obra “Being and Time” (Heidegger, 1962) .

Ser-en-el mundo implicó que las vivencias no podían desvincularse del *tiempo y espacio* en el que estaban viviendo su época de amamantamiento. El papel de la abuela estuvo inmerso en el concepto Heideggeriano de que el Dasein, como *ser-en-el-mundo*, siempre está relacionado con otros seres humanos. Las madres iniciaban ese camino de búsqueda del significado ontológico de su nuevo rol de madre y la modificación de su rol como mujer apoyadas sobre todo en las abuelas maternas, como personas significativas que las habían acompañado en las dos dimensiones del Dasein, tiempo y espacio, a lo largo de su vida y que las podían ayudar con la experiencia que conectaba el tiempo pasado con el presente y lo cultural con lo personal. *Estar ahí y no estar ahí* tenía que ver con la necesidad de las madres de ir forjando una nueva búsqueda de bienestar e identidad en su nueva función (dimensión ontológica) en la que tenían que ir tomando decisiones y necesitaban a las abuelas para su interacción con el tiempo y espacio que les había tocado vivir, lo que explica el punto de vista de la fenomenología interpretativa de que puede haber distintos significados para una misma experiencia, que lleven a la satisfacción o a la frustración, al éxito o al fracaso, al abandono o a la lucha.

Las madres se sintieron verdaderamente *arrojadas*, como en el concepto del Dasein, a la experiencia de amamantar a sus hijos, pero les generó gran malestar la contraposición a dicho concepto en el que hay posibilidades de elección en el mundo que nos rodea, ya que muchas participantes se veían abocadas a tomar decisiones bajo la presión social o veían que estaban atrapadas en una situación en la que el mensaje era que debían amamantar pero no podían hacerlo y nadie podía ayudarlas en la práctica.

Las abuelas ejercían su influencia ayudando o no en la toma de decisiones y con su apoyo emocional redujeron la presión y la falta de seguridad que se daba en el “sentirse arrojada” en la experiencia de ser madres lactantes.

Heidegger explicaba las relaciones de unos con otros desde el término *ocuparse de, estar vuelto hacia* del Dasein y desde el término *solicitud* de los otros *seres-en-el-mundo*. En el contexto de este trabajo de investigación las abuelas estaban *vuelto hacia* las madres y éstas ejercían la *solicitud*.

Así, los distintos modos de solicitud que explicó podían entenderse de la siguiente manera, en consonancia con los resultados descritos relacionados con el apoyo ejercido por las abuelas:

- *Ser uno para otro*: la abuela interaccionaba desde el amor y el vínculo de una persona significativa cuyo apoyo era incondicional.
- *Estar uno contra otro*: podía suponer un foco de lucha.
- *Prescindir los unos de los otros*: en ocasiones era una presencia no deseada que generaba una necesidad de espacio.
- *No interesarse los unos por los otros*: La no necesidad de oferta/demanda de apoyo. La posición distante de las abuelas paternas independientemente de los deseos de cercanía que tenían algunas participantes.

Las madres podían realizar la solicitud desde dos extremos pero, como explicó Heidegger, con múltiples posibilidades de formas intermedias: *sustitutivo-dominante* y *anticipativo-liberadora*. En la *sustitutivo-dominante*, las mujeres dejaban en manos de las abuelas las decisiones a tomar en el nuevo rol o les solicitaban de alguna manera, que supusieran para ellas la sustitución de otros tipos de apoyo que no tenían (pareja, personal sanitario). Esta función iba dejando paso al empoderamiento en su nuevo papel, de manera que las madres tuvieron plena capacidad en la construcción del *llegar a ser*, o las abuelas iban dejando de *ocuparse de* las madres si éstas alargaban *la solicitud* de sustitución en el tiempo. La solicitud más común, sin embargo, dentro de estos conceptos de Heidegger fue la *anticipativo-liberadora*, ya que las madres deseaban que las abuelas supieran de antemano cómo ayudarlas, como personas que las conocían profundamente y que además eran capaces de adelantarles sensaciones y percepciones desde la comprensión de lo que les pasaba y que se relaciona con la afirmación de Heidegger de que el conocimiento recíproco se funda en el coestar y la comprensión. La función liberadora la ejercían las abuelas acompañándolas en la lucha, ofreciéndoles seguridad y amortiguando esa presión ejercida por la sociedad orientándolas hacia su vivencia propia basada en el instinto y en sus circunstancias personales como *seres-en-el-mundo*.

La relación con la abuela paterna estuvo más basada en el respeto y el espacio, y el bienestar que producía en la madre este distanciamiento. Aunque esto tiene sentido en la tradición cultural, la filosofía de Heidegger le da sentido desde la explicación de que la empatía sólo se puede dar desde el *coestar* y la abuela paterna no había compartido tanto tiempo y espacio como las abuelas maternas en la historia de vida de las madres y, sin embargo, las participantes que más habían *coestado* con las abuelas paternas contaban más con su comprensión y deseaban menos el distanciamiento.

Por otro lado, como se comentó en el encuadre metodológico de este trabajo de investigación, según Heidegger lo que se hace en el día a día está condicionado por la enculturación dentro de las prácticas y formas de vida de una comunidad en particular. Las abuelas en este caso fueron transmisoras más bien de su experiencia y de las actitudes propias de su modelo familiar y cultural, pero tanto ellas como las participantes quisieron caminar juntas en la búsqueda de la adaptación a nuevas formas de actuación en LM dando prioridad así a su *llegar a ser*.

Las participantes basaban esta necesidad de *llegar a ser* en lo que la sociedad les marcaba pero esto entraba en contraposición con su *ser-de-aquí*, es decir, con sus circunstancias, lo que derivó en los sentimientos descritos en los resultados, de culpabilidad y estar atrapadas, esto último debido a que el nexo que podía hacer compatible las circunstancias personales con lo exigido por la sociedad era el personal sanitario, que no ejerció su papel de ayuda en algunos casos, y las abuelas no podían sustituirlo al completo por falta de conocimientos y/o práctica.

Cuando las madres decidían *llegar a ser* una madre no lactante, es decir, cuando deseaban abandonar la LM y destetar aparecía culpabilidad. El término *culpabilidad* desde el punto de vista de Heidegger es ser *responsable* de algo o *fundamento de una deficiencia en la existencia del otro*. Las participantes sentían al respecto que privaban a sus hijos de unos beneficios incalculables en términos nutricionales e inmunitarios pero también se sentían responsables ante los demás, ante la sociedad, por lo que temían las críticas. En este sentido, filosóficamente era un *no-estar-ahí* en lo debido.

La cultura que rodeó a las participantes, por todo lo comentado, tenía relación con las vivencias de mente y cuerpo, puesto que las percepciones negativas en relación a su función de madres lactantes valoradas por la sociedad repercutían en sus decisiones de destetar o no, y éstas a su vez, de nuevo en sentimientos de culpabilidad. En los casos en los que el período de lactancia se alargaba, con sentimientos positivos tanto de apego como hacia el propio cuerpo, la sociedad y más cercanamente las abuelas, opinaban en contra, generando

sentimientos de lucha e interfiriendo en la propia determinación que tenían como Dasein de *llegar a ser*.

Los conceptos de *órgano* y *útil* (Basso, 2010) descritos en el encuadre fenomenológico-hermenéutico de este trabajo estuvieron influídos por la sociedad y la motivación, y los significados propios de cada participante. El *órgano* para ellas, y según la transmisión de las abuelas, sin embargo, no siempre era funcionante y sentían que su posibilidad de amamantar venía determinada por el azar de la capacidad o no de las mamas como *órgano*. Las mamas como *útil* las conectaban con su función de mujer por lo que utilizaban el pudor para seguir manteniendo ese rol personal y social de manera voluntaria que hacía que el nuevo rol de madre no tuviera relevancia. Otras participantes que no deseaban seguir los dictados de la sociedad sobre *el útil*, es decir, sobre las connotaciones estéticas y sexuales de las mamas, aprovechaban la relevancia de las mamas como *órgano* durante la lactancia para liberarse de la esclavitud que les suponía esa conceptualización del *útil*.

Haber vivido hasta el inicio de la lactancia sin considerar la función como *órgano*, supuso un descubrimiento sobre el funcionamiento y sobre la confianza que podían poner en la fisiología de sus mamas ejerciendo también su derecho a *llegar a ser*, es decir, eligiendo “hacer uso de” sus mamas.

La proyección de las madres como futuras abuelas estará determinada por distintos aspectos según la filosofía de Heidegger:

- *Ser-en-el-mundo*: las madres de hoy tuvieron en cuenta que el *tiempo* y el *espacio* que las rodea será distinto y afectará a su posición en cuanto a la LM. La proyección de lo que socialmente será lo correcto y la posibilidad de cambios en cuanto a los descubrimientos científicos y las pautas sanitarias hacen que se planteen ese futuro *ser-en-el-mundo* con flexibilidad, de manera que eviten con sus hijas y nueras la situación que vivieron en que las abuelas podían ejercer su función *estando en contra del otro* (madre lactante).
- *Cultura*: La cultura transmisible que se plantearon las participantes estuvo más enfocada a su rol cultural como guías de sus hijas. No se vieron como transmisoras de una cultura propia de la lactancia ya que sintieron de manera autocrítica que no están preparadas para ejercer la guía en cuanto a la práctica; sin embargo, su forma de guiar será a través del acompañamiento en la búsqueda de ayuda como una forma de *coestar* y de apoyo en el *llegar a ser* de sus hijas y nueras. En cuanto

a su papel como abuelas paternas serán transmisoras de la cultura vivida que afectará al *coestar*.

- *Estar ahí/No estar ahí*: En íntima relación con la culturalidad prevén estar ahí como personas significativamente imprescindibles en un papel deseado para su *llegar a ser*, aunque están dispuestas a *no estar* dando prioridad a la solicitud de interacción de las futuras madres, *sustitutivo-dominante*, *anticipativo-liberadora* o cualquier otro tipo intermedio, ya que la flexibilidad en el *coestar* permitirá a las nuevas madres la toma de decisiones para su propio *llegar a ser* en su condición de *arrojadas como ser-en-el-mundo*.

EN RELACIÓN A LA TEORÍA DE MERCER Y EL MODELO DE BRONFENBRENNER

Para Mercer (1981), la identidad materna es para la madre tener una visión interiorizada de sí misma como tal (Alligood & Tomey, 2014). Como se expuso en el apartado de aplicabilidad a los cuidados, la vivencia de la LM está relacionada con la percepción y desarrollo del rol maternal, en este trabajo de investigación bajo los términos empleados por las participantes como buena madre-mala madre.

La citada autora situó los entornos del apoyo para la consecución del rol dentro del modelo ecológico de Bronfenbrenner (1986). Éste integraba la ciencia del desarrollo humano con una estructura de orientación ecológica en el que las fuerzas dan forma al desarrollo humano en los ambientes reales en los que viven (Gifre & Esteban, 2012), de forma que la experiencia, o el modo de percibir e interpretar una situación puede ser diferente, y precisamente es su modo de percibir el entorno lo que hace que actúe de manera distinta. Concibe al ambiente ecológico como un conjunto de estructuras seriadas en diferentes niveles, en donde cada uno de esos niveles contiene al otro. Argumentó que la capacidad de formación de un sistema depende de la existencia de las interconexiones sociales entre ese sistema y otros. Todos los niveles dependen unos de otros y, por lo tanto, se requiere de una participación conjunta de los diferentes contextos y de una comunicación entre ellos. Bronfenbrenner denominó a esos niveles el microsistema, el mesosistema, el y el macrosistema (Bronfenbrenner, 1986) y Mercer los adoptó en su teoría (Ilustración 10).

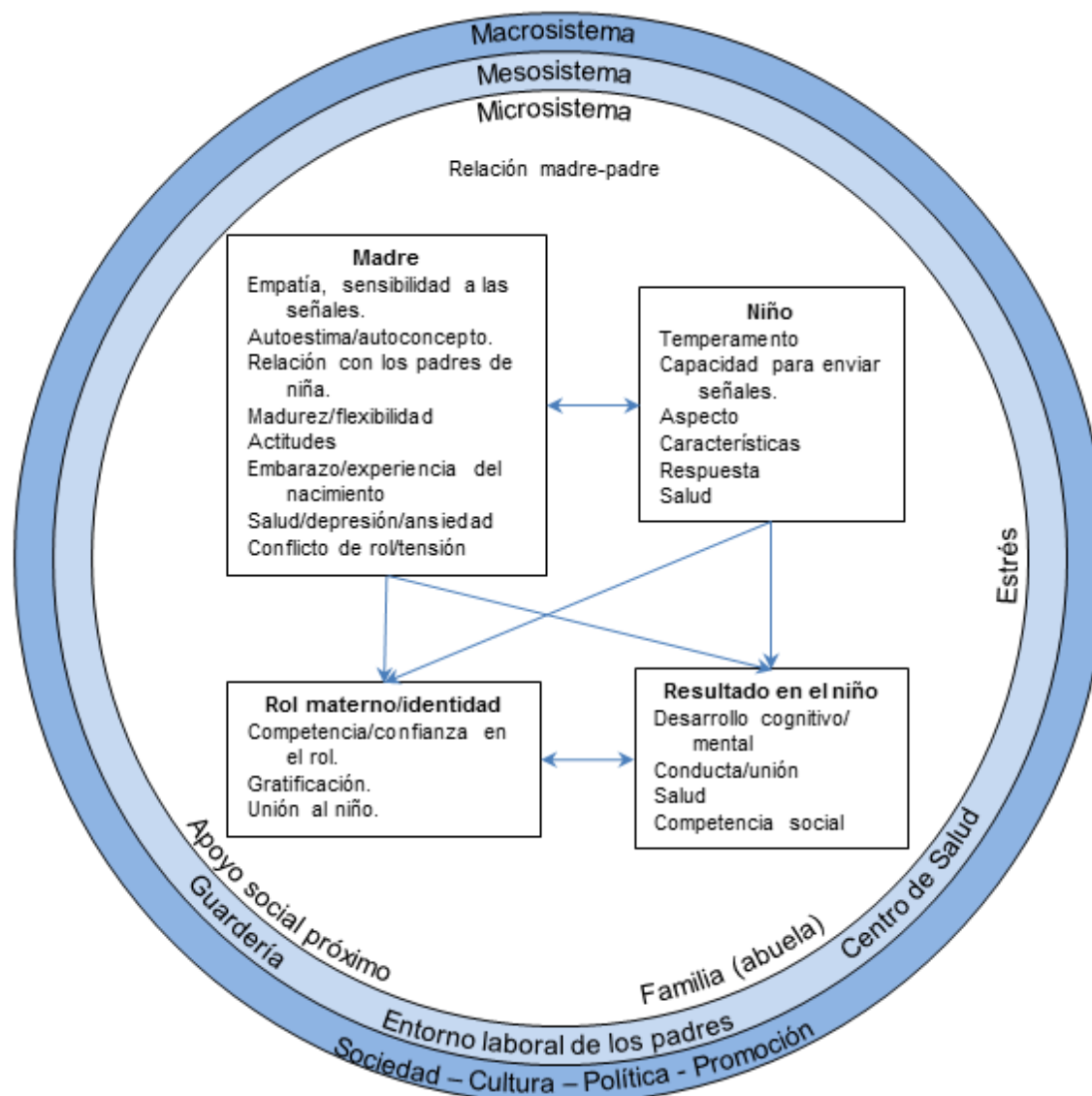


ILUSTRACIÓN 10. MODELO DE ADOPCIÓN DEL ROL DE MADRE LACTANTE (MODIFICADO DE ALLIGOOD Y TOMEY [2014]. MODELO DE ADOPCIÓN DEL ROL MATERNO)

Con base en estos sistemas integrados en la *Teoría de la adopción del rol* de Mercer (1981) se realizó la siguiente discusión en relación a los resultados de este estudio:

- El microsistema constituye el nivel más inmediato en el que se desarrolla el individuo. Usualmente es la familia, en la que la abuela estaba ubicada, de manera que pertenecía a la fuente más cercana de apoyo, en su papel de persona de referencia que ejercía el apoyo incondicional. El microsistema es la parte más influyente en la adopción del rol maternal. Mercer colocó a madre, padre y niño en el interior del círculo. Para ella, la pareja es la figura primordial en el proceso de adopción del rol, pero esto contrasta con los resultados de esta investigación,

en la que las madres ven a sus parejas como iguales, aprendiendo un nuevo rol y que es importante en la formación de un nuevo núcleo familiar, pero que tiene las mismas dudas e inseguridades, y que en ocasiones desearían que centraran más atención en ellas. Por lo tanto, la orientación y guía, el aporte de seguridad generado por las opiniones desde la experiencia externa al nuevo núcleo familiar y la ayuda centrada específicamente en las madres fueron papeles desempeñados por la abuela como suministradoras de apoyo en la lactancia. A la luz de los resultados obtenidos en este trabajo, aunque el nuevo núcleo familiar es el centro de la interacción y necesita espacio para asumir su nuevo rol, en lactancia materna debe tenerse en cuenta que la abuela (fundamentalmente ésta, o si no es posible o deseable, otra figura femenina) es la figura de referencia como fuente de apoyo en el microsistema.

- El mesosistema comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa, y donde quedarían ubicados los profesionales sanitarios de referencia a los que las madres acudieron en este estudio. Las abuelas pusieron de manifiesto la interrelación entre lo transmitido culturalmente y los mensajes provenientes del mesosistema y macrosistema.
- El macrosistema lo configuran la cultura y la subcultura en la que se desenvuelve la persona y todos los individuos de su sociedad; las políticas sanitarias pro lactancia, la promoción y los programas sanitarios globales con este enfoque, quedarían incluidos en este nivel. Las abuelas actuaban en ocasiones como conexión entre su generación y la de sus hijas o nueras, comparando las características del macrosistema en que vivieron con el vivido por éstas, en lo que Bronfenbrenner llamó *macrotiempo*, que sitúa las expectativas y sucesos cambiantes a través de las generaciones, y que afectan y son afectados por los procesos del desarrollo humano a lo largo del ciclo vital (Bronfenbrenner, 1999).

La estructura ecológico-social descrita supone la base para la discusión de los resultados del presente estudio de investigación con la terminología aportada por Mercer (Alligood & Tomey, 2014; R. T. Mercer, 2004) en relación a su *Teoría de la adopción del rol*:

- “Adopción del rol materno”: Según el modelo original de Mercer (R. T. Mercer, 1981): “El movimiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta un sentido de armonía confianza y competencia bio-psico-social en la realización del rol es el punto final para la adopción del rol materno: la identidad materna” (p.74).

Posteriormente lo redefinió como “convertirse en madre” (R. T. Mercer, 2004). Según el presente estudio de investigación, la LM tenía un significado asociado al proceso de maternidad en el que para las participantes que la habían elegido libremente, suponía un continuo indivisible junto con el embarazo y parto como conjunto de eventos fisiológicos y funciones asociadas al rol, por lo que no entendían el rol maternal sin el rol de mujer lactante. Deseaban ponerlo en práctica en consonancia con su modelo familiar vivido que deseaban seguir, para lo que las abuelas ejercían la transmisión de estos valores, y que influían en las “actitudes respecto a la crianza”, que según Mercer intervienen en la “identidad materna”. La confianza no se podía conseguir con la inseguridad que generaba ser madre, y que era paliada por la presencia de la abuela de referencia y su apoyo incondicional. La armonía vino dada por el camino recorrido con la abuela, compartiendo con ella los sentimientos positivos y también los negativos puesto que contaba con su comprensión, a veces hasta el punto de la mimetización, en la que la situación dejaba de ser objetiva a diferencia de lo que ocurre con la influencia del mesosistema o el macrosistema.

- “La autoestima”: En la teoría de esta autora es la percepción del individuo de cómo los otros lo ven y la autoaceptación de estas percepciones. La autoestima dependía para las participantes de la capacidad de la función fisiológica de producir leche, pero respecto a lo que la sociedad esperaba de ellas (macrosistema) o más cercanamente, lo que esperaban el personal sanitario que le daba las indicaciones (mesosistema). Tanto la autoestima como el autoconcepto, en el que Mercer hace referencia a la coherencia o discrepancia entre la identidad y la identidad ideal, estuvieron supeditadas al concepto cultural de “buena madre”, por un lado, y a la evaluación tanto positiva como negativa por parte de las abuelas, por lo que las madres reivindicaban no ser criticadas por unas u otras maneras de actuar como madres lactantes para evitar el sufrimiento emocional relacionado con la baja autoestima que generaba.
- “Flexibilidad”: Mercer se refirió con este término al potencial para responder de modo menos rígido en cuanto a las actitudes respecto a la crianza. Las participantes utilizaron esta capacidad de ser flexibles basándose en el instinto en contraposición a la rigidez de las normas impuestas por el personal sanitario que las atendía. Las abuelas se mostraron como defensoras de esta flexibilidad aportando sus experiencias y amortiguando el efecto de estar en la situación sin

salida explicada por las madres. La flexibilidad junto con la seguridad fueron las características que buscaban también en el personal sanitario y que podía constituir la conexión entre las normas y expectativas que provenían del macrosistema y las condiciones personales y familiares del microsistema.

- “Ansiedad”: Según Mercer se trataba de un estado específico relacionado con una situación peligrosa o amenazante. Las participantes vivieron con ansiedad los momentos en los que no se veían con capacidad física o emocional suficiente para amamantar pero creían con convicción que debían hacerlo. También vivieron con ansiedad la lucha física y emocional para mantener la LM, y que provenía de las interacciones microsistema-mesosistema y microsistema-macrosistema. La abuela ejercía su apoyo con una ecucha y comprensión activas ya que las participantes tuvieron la confianza suficiente para expresar sus sentimientos de manera libre y no coartada por una posible crítica o enjuiciamiento como ocurría con los mensajes que provenían del mesosistema y el macrosistema.
- “Depresión”: Mercer tomó en cuenta especialmente el componente afectivo del estado depresivo en su teoría. En la presente investigación, las participantes sintieron tristeza e inutilidad si no veían posible o efectivo el esfuerzo que realizaban en la lucha por mantener la LM. Las abuelas, en su papel de protectoras y guías de sus hijas (más la abuela materna), se mostraban a favor del abandono de la LM en un intento de protección del estado emocional, ya que suponían lo primero para ellas. Al estar las abuelas dentro del microsistema, esto podía convertirse en un impedimento para que los mensajes prolactancia del mesosistema y del macrosistema fuesen efectivos. Si finalmente destetaban, la tristeza se convertía en culpa.
- “Tensión debida al rol”: Definida por la autora como un conflicto o dificultad que tienen las mujeres cuando deben afrontar la obligación del rol maternal, quedó patente en relación con la lucha promovida por las abuelas en contra o a favor de la LM pero más aún por la necesidad de espacio para asumir ese nuevo rol, si no era respetado por las abuelas. La falta de capacidad para ofrecer ayuda práctica aumentó la tensión como traducción de una falta de herramientas para afrontar el papel de madre lactante. Se daba una gran falta de armonía por la contraposición del rol de madre con el rol de mujer ya que ambos eran transmitidos y reforzados

desde el mesosistema y el macrosistema pero no recibían de ellos ninguna herramienta para hacerlos compatibles con el microsistema.

- “Gratificación-satisfacción-unión”: El vínculo afectivo y emocional está relacionado con la satisfacción, alegría o recompensa en la terminología de Mercer. Las participantes de este trabajo lo percibieron como apego si la LM iba bien, de forma que, también según esta autora, hubiera autoestima materna y las señales de los lactantes respondieran adecuadamente al proceso de amamantar. Cuando no era así, no se daba la gratificación ni satisfacción pero sí buscaban la unión liberándose de la LM en busca de un vínculo emocional basado en el bienestar del abandono de la lucha. Buscaban en ese caso el apoyo emocional del microsistema, ya que en el mesosistema esperaban encontrar críticas por el no cumplimiento de unas indicaciones y un rol esperado cuyas normativas venían impuestas desde el macrosistema.

En cuanto a las etapas que conducen a la identidad del rol-convertirse en madre, los hallazgos de este trabajo de investigación pueden clarificar la adaptación de nuevas medidas asistenciales a las necesidades o problemas manifestados por las participantes:

1.- Compromiso y preparación (embarazo): Es necesario un enfoque realista de las situaciones, problemas y dificultades en lactancia materna, además de realizar un seguimiento personalizado y periódico no sólo encaminado al propio embarazo sino a la investigación de las circunstancias y el entorno que rodeará a la madre lactante para que tras el parto, no sólo se de un enfoque sanitario físico y autoritario, sino bio-psico-social, empático y flexible y que reduzca el efecto de contraste entre lo esperado y la realidad tanto en el propio proceso de amamantar como en la interacción con la abuela. Será por lo tanto un trabajo consistente en recopilar datos del microsistema (pareja, familia, características personales de la madre y sus perspectivas de rol) y mesosistema (entorno laboral, perspectivas de asistencia a guardería, seguimiento sanitario). Será útil en este aspecto realizar sesiones de comunicación e información con abuelas y madres, aparte de del seguimiento en consultas y la formación en los cursos de educación maternal.

2.- Conocimiento, práctica y recuperación física (primeras dos semanas): Seguimiento estrecho. Reforzar la posibilidad de realizar visitas domiciliarias para observar el entorno y las respuestas y características del recién nacido in situ; la valoración de las características y señales emitidas por el lactante que recomienda Mercer y las

reacciones de las madres expuestas en esta investigación relacionadas con la satisfacción, el bienestar, la frustración o los sentimientos de mala madre. Poner especial atención a las dificultades técnicas ya que la ayuda práctica a menudo no es suministrada por la abuela ni otros miembros del microsistema. Evaluar el establecimiento del apego. Atención sanitaria especial a mujeres que no cuenten con la abuela u otra figura de referencia en lactancia ya que podría haber un déficit en el apoyo emocional y la carga física y emocional por falta del apoyo logístico expuesto en los resultados de este trabajo, cuidados enfocados a la madre en el domicilio, y posibilidad de guía desde fuera del rol y comunicación de emociones. Puesta en comunicación con grupos de pares. Esta segunda fase estaría enfocada al trabajo con el microsistema fundamentalmente desde el punto de vista de la atención flexible y personalizada.

3.- Normalización (segunda semana a cuarto mes): Realizar apoyo en la compatibilización del rol de mujer con el de madre, compaginando la lactancia con la actividad laboral, social y un enfoque flexible en relación con el pudor y amamantar en público. Evaluar el vínculo y apego y su relación con la evolución de la LM. Esta tercera fase estaría enfocada al trabajo con el mesosistema primordialmente pero teniendo en cuenta el apoyo necesario del microsistema, en el que las abuelas pueden ejercer el apoyo consensuado con sus hijas o nueras y caminar con ellas aumentando el bienestar de ambas.

4.- Integración de la identidad materna: en el caso de la LM, se alargaría en el tiempo. Las madres que deciden seguir amamantando tras los 6 primeros meses y según las indicaciones de la OMS pueden tener dificultades por la presión mediática en contra, de manera que la sociedad (meso y macrosistema) las critique, pero las indicaciones y mensajes de las políticas y promoción sanitarias las motive. Existe por tanto, una necesidad de que haya congruencia en el macrosistema.

La proyección en cuanto al futuro papel de las abuelas deberá orientar el planteamiento de estas etapas en la siguiente generación, de manera que la elaboración de programas de salud contemplen la integración de estos hallazgos según el esquema planteado en la tabla 6.

RESULTADOS NO ESPERADOS

Los resultados que salieron de la línea de conocimiento descrita por la bibliografía existente con anterioridad o que aportaron un nuevo enfoque al significado de la experiencia de las madres lactantes se encontraron en distintos temas. Estos aspectos imprevistos posiblemente tuvieron que ver con la visión integral del estudio y su fundamentación en el asentamiento en la memoria remota.

Otro resultado no esperado fue que el apoyo que las madres deseaban de las abuelas como persona de referencia y basándose en ser lo primero para éstas, era que la abuela actuase de la manera en que solía hacerlo, en la línea esperada por la madre y basada en un conocimiento mútuo que es lo que le daba tranquilidad y no tanto un apoyo activo o de corte tradicional; deseaban que la abuela actuase de la forma en que sabía que su hija lo necesitaba.

Para algunas participantes, las personas que caminaban con ellas y compartían eran principalmente sus parejas, pero en un sentido en el que percibían que estaban tan perdidos en la nueva experiencia como ellas y que suponía una búsqueda conjunta del camino correcto en un nuevo rol común. En este camino la abuela también estaba presente y las acompañaba pero desde un punto de vista en el que su cercanía supuso una visión desde fuera y por lo tanto más clara, ya que pensaron que esto aportaría claridad en la toma de decisiones para que ambos miembros de la pareja pudieran tomar las decisiones comenzando su función en ese nuevo papel.

Otra participante dejó constancia de la influencia cultural del rol de madre y abuela en la historia de vida. En la bibliografía acerca de la influencia de la abuela en la LM de las hijas y nueras, siempre han sido consideradas como personas de referencia que transmiten conocimientos y pautas de actuación y que ejercen un gran poder como guía; sin embargo, en el caso de esta participante no se daba esta relación y sólo necesitaba su presencia y compartir con ella esa etapa de vida como persona significativa, sin la búsqueda de un apoyo o guía, de manera que se sentía incómoda e invadida con una abuela paterna que quería ejercer su rol de ayuda según lo tradicional y ofrecía continuamente su apoyo logístico y su cercanía.

En cuanto a la expresión de emociones, la abuela supuso un pilar importante por la confianza que podían depositar en las madres, pero quedó de manifiesto por otra parte que en ocasiones dudaban del efecto beneficioso de su presencia continua a este fin, ya que podía traducirse en un menor enfrentamiento a los problemas.

El apoyo ejercido por la abuela en la lucha para conseguir mantener la LM, se interpretó en ocasiones como una preocupación mayor por el niño que por la madre, que suponía un alejamiento de la confianza en “ser lo primero para ella” y que mostró una necesidad de equilibrio entre ambos aspectos.

Un resultado inesperado a destacar, fue que el espacio necesario para desarrollar la autonomía en el nuevo rol no siempre fue una necesidad de la madre, sino que en ocasiones fue una indicación de la abuela, que ejerciendo su rol de guía, creían necesaria la desvinculación de la dependencia que sus hijas tenían de ellas.

También se encontró que, con el paso del tiempo, no siempre se relacionó la experiencia de amamantamiento exitoso y basado en la propia motivación con la defensa vehemente de la LM, sino que tras la experiencia vivida, las madres fueron más conscientes de las dificultades y particularidades de la lactancia en la vida de las mujeres, por lo que algunas seguían teniendo el concepto de que amamantar es una opción óptima de alimentar a los hijos pero no la única válida, alejándose del posicionamiento mediático vehemente de la sociedad.

Uno de los resultados no esperados más llamativo fue el que relacionó el apego con el bienestar más que con la LM en sí. Algunas participantes sintieron que al amamantar les daban lo mejor, pero la sensación del amor, cercanía y vínculo especiales que esperaban sólo lo empezaron a sentir cuando abandonaron la lactancia, ya que no podían sentir apego mientras que aquella fuese una vivencia llena de opresión, inseguridad, enjuiciamiento, cansancio y dificultades sin fin; tras el paso del tiempo valoraron la situación dentro de la lógica argumentando que no era posible la vinculación con su hijo/a ya que no había congruencia con la situación que las llevaba a unos sentimientos negativos.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Que todas las participantes tuvieran un nivel educativo medio-alto y pertenecieran al mismo ámbito social supuso una limitación de este estudio de investigación. Esto puede hacer que los resultados en otros tipos de población pudieran mostrar significados muy distintos y orientaran hacia otras medidas políticas y asistenciales de promoción y protección de la lactancia. El presente estudio no hizo referencia tampoco a los significados de experiencias en casos especiales como la prematuridad, ni en función de las edades (adolescencia y madres añosas).

A pesar de las medidas metodológicas y de posicionamiento del investigador descritas, para conseguir que las participantes fueran lo más sinceras y sus respuestas lo más completas posible, no se puede descartar que las participantes hayan matizado u ocultado algún aspecto por la vinculación con la investigadora.

Otro aspecto que limita el estudio es que los significados expuestos por las participantes sobre su experiencia de amamantar pueden verse modificados en cierta medida en el momento de convertirse en abuelas ya que su reminiscencia dependerá de los objetivos del “yo” (J. O. Beltrán, Moreno, Polo, Zapata, & Acosta, 2012).

NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Los resultados y posterior discusión de este estudio podrán ser tomados como base para nuevas líneas de investigación orientadas a:

- Futuros estudios prospectivos de cohortes ya que aún no se han podido establecer los mecanismos de asociación y causalidad entre distintos factores relacionados con la prevalencia de la LM, como resalta Di Manno et al. (2015) en su revisión de estudios cuantitativos.
- Identificar las características personales y vinculares de madres y abuelas para el análisis y enfoque asistencial.
- La realización de programas de salud más realistas enfocados a salvaguardar la características individuales y situacionales de las mujeres lactantes para un seguimiento más exhaustivo y satisfactorio.
- Determinar la efectividad de las recomendaciones de este estudio en cuanto a la puesta en práctica de espacios de comunicación para el ajuste entre perspectivas y necesidades de apoyo de las abuelas en la próxima generación.
- Estudios sobre una promoción sanitaria más práctica y efectiva destinada a mejorar las tasas de inicio y prevalencia de la futura generación de madres lactantes, basada en los significados transmisibles, la proyección futura del rol de las abuelas y las características sociales, culturales y sanitarias previsibles.

CONCLUSIONES

1. La influencia de la abuela en la lactancia de hijas y nueras ha sido fundamentalmente un tipo de apoyo emocional. Las madres esperaban su presencia e interacción para vivir plenamente su período de amamantamiento ya que las abuelas les aportaban comprensión, bienestar, guía y seguridad en la línea del comportamiento esperado de ellas, basándose en su historia de vida.
2. Las madres experimentaron la necesidad de caminar con las abuelas ya que éstas eran las únicas que podían entender las alegrías y dificultades de la adaptación al nuevo rol de madre lactante, basadas en un conocimiento profundo de su personalidad y de su entorno que facilitaba la comunicación. Sin embargo la adquisición progresiva de seguridad en el rol fue dando paso a la necesidad de un espacio compartido con la nueva familia para desarrollar su identidad como madres.
3. La relación con las abuelas fomentaba la percepción de satisfacción basada en la guía y la seguridad que les transmitían o en el apoyo en la lucha para mantener la LM ante las dificultades o ante interferencias sociales o del personal sanitario. En otras ocasiones, la abuela era el foco de tal lucha cuando las presionaban para dejar la lactancia para que las madres estuvieran más descansadas, fuertes y relajadas. Las abuelas podían paliar la sensación de fracaso o frustración relacionada con el destete o el abandono de la LM en una sociedad en la que las mujeres se sienten presionadas por las indicaciones e información dada sin flexibilidad ni empatía y en la que no reciben apoyo práctico y personalizado suficiente.
4. Las participantes no percibieron que el apoyo técnico o informativo ofrecido por las abuelas hubieran modificado los resultados finales de su lactancia en términos de tiempo o producción, pero sí se sentían en su presencia protegidas por una persona de referencia para la que la LM no era sólo para el niño, sino que también eran un foco de cuidado para ellas, hasta el punto de ser lo primero. Podían expresar sus sentimientos con ellas sin el pudor que produce lo que la sociedad espera que sienta una mujer lactante.

5. La abuela materna era la persona de referencia que brindaba el apoyo emocional y físico y con la que había confianza suficiente como para regular el flujo de interacción. La relación con la abuela paterna estuvo basada en la distancia y el respeto que las participantes creyeron necesarios para una buena relación y su propio bienestar, ya que las opiniones y cercanía eran interpretadas como invasión del espacio propio o compartido con la abuela materna y huían de las críticas de éstas basadas en experiencias propias o creencias culturales.
6. Las madres necesitaron a las abuelas paternas o buscaban una mayor cercanía con ellas en función de la relación personal previa, lo compartido en la historia de vida, el modelo familiar deseado o la necesidad de sustitución de la abuela materna.
7. Finalmente, las participantes dieron un gran valor a la cercanía de la abuela tras el paso del tiempo, no tanto basadas en la transmisión de conocimientos y técnicas, como en relación al soporte emocional insustituible desde el punto de vista del amor y el cuidado incondicional, y que podía paliar y sustituir las deficiencias de otras fuentes de apoyo en términos de flexibilidad, comunicación y comprensión de manera que aumentaran su seguridad y disminuyeran la presión. La diferencia entre la interacción con ambas abuelas vino determinada por actitudes culturales pero también basadas en la historia de vida.
8. Con el paso de los años, los significados transmisibles estuvieron relacionados con el sentimiento de las madres de que amamantar había supuesto un camino en ocasiones difícil, en lucha con la sociedad y con las indicaciones inflexibles y poco prácticas del personal sanitario, pero siempre significativo desde un punto de vista como mujer y como madre.
9. Las futuras abuelas transmitirán su experiencia de descubrimiento del propio cuerpo que las llevaba a la seguridad en su funcionamiento o a la creencia de una capacidad o incapacidad innata o heredada para amamantar. Un cuerpo que se relacionó con el pudor que sentían como mujer o la liberación de ese pudor como madres.
10. Las madres reconocieron con el tiempo que sólo sintieron apego cuando alcanzaron el bienestar que les permitió conectar con su hijo y con la nueva identidad de madre.

11. El destete supuso una gran carga emocional en relación a la desvinculación física que suponía dejar de amamantar, culpabilidad por privar al niño de los beneficios nutricionales o, por el contrario, una liberación de la dependencia física.
12. La actitud prevista por las madres como futuras abuelas basándose en el significado de su experiencia será de apoyo más o menos activo dependiendo de la solicitud de intervención de sus hijas o nueras.
13. Las futuras abuelas desean tener un papel de soporte emocional y guía pero también necesitan compartir y disfrutar la etapa de lactancia materna de sus hijas y nueras como miembros del núcleo familiar. Desean caminar junto a ellas en las dificultades no como transmisoras de conocimientos y ayuda práctica, sino en la búsqueda activa de ayuda cualificada a nivel científico y humano.
14. Las madres proyectan su papel como abuelas influyendo en la toma de decisión sobre dar LM o no y en el afrontamiento más o menos activo de las dificultades.
15. De este modo, las futuras abuelas desean un papel activo pero congruente con las necesidades que expresen sus hijas y nueras y con el espacio que precisen pero buscando disfrutar y luchar con ellas, ejerciendo el rol de apoyo emocional, guía y transmisoras de sensaciones y opiniones pero no de prácticas o técnicas de lactancia, deseando que esto lo realice un personal sanitario y una sociedad flexible, respetuosa y preparada científicamente.



BIBLIOGRAFÍA

- AEP. (2015). Documentos sobre lactancia materna. Legislación y normativas. Retrieved May, 10 2015 from <http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos-sobre-lactancia-materna#l2>
- Aguayo, J., Riaño, I., & Arena, J. (2008). El código de la industria. In AEP (Ed.), Manual de lactancia materna: De la teoría a la práctica (pp. 141-146). Madrid, España: Panamericana.
- Aguilar, M. J., Baños, N. M., García, L. B., Villar, N. M., Barrilao, R. G., & López, A. M. S. (2015). Lactancia materna como método para prevenir alteraciones cardiovasculares en la madre y el niño. *Nutrición Hospitalaria*, 31(5), 1936-1946.
- Aguilar, M. J. (2005). Conceptos, definiciones e historia de la lactancia materna. In M. J. Aguilar (Ed.), *Lactancia materna* (pp. 3-13). Madrid, España: Elsevier.
- Alfonso, E. P., Acevedo, Y., Peña, E. R., Pinilla, E., Camargo, F. A., Orozco, L. C., & Villabona, L. N. (2011). Lactancia materna ineficaz: Prevalencia y factores asociados. *Revista Salud Uis*, 43(3), 271-279.
- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2014). *Modelos y teorías en enfermería* (8ª ed.). Barcelona, [etc.]: Elsevier.
- Amezcu, M., & Gálvez, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: Perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española De Salud Pública*, 76(5), 5. Retrieved June, 10 2015 from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=287094&orden=0&info=link>

- Amitay, E. L., & Keinan-Boker, L. (2015). Breastfeeding and childhood leukemia incidence: A meta-analysis and systematic review. *JAMA Pediatrics*, 169(6), e151025-e151025.
- Apostolakis-Kyrus, K., Valentine, C., & DeFranco, E. (2013). Factors associated with breastfeeding initiation in adolescent mothers. *Journal of Pediatrics*, 163(5), 1489-1494. doi:10.1016/j.jpeds.2013.06.027
- Araya, Z., & Brenes, G. (2012). Educación prenatal: Factor asociado al éxito de la lactancia materna. *Revista Enfermería Actual En Costa Rica*, (23) Retrieved June, 20 2015 from <http://dialnet.unirioja.es/download/articulo/5021189.pdf>
- Argolo, M., & Goncalves, R. (2008). Modelo de cuidar em enfermagem junto às mulheres-avós e sua família no cotidiano do processo de amamentação. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17(1), 183-191.
- Argolo, M., Goncalves, R., De Gasperi, P., & Joesting, M. (2006). Significados de avós sobre a prática do aleitamento materno no cotidiano familiar: A cultura do querer-poder amamentar. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15(1), 98-106.
- Argüeso, M. S., & De Jesús, N. E. (2014). De la conciliación a la corresponsabilidad en la regulación española del permiso de lactancia: Realidad o utopía. *Revista Facultad De Derecho Y Ciencias Políticas*, 44(120), 153-179.
- Aubel, J., Touré, I., & Diagne, M. (2004). Senegalese grandmothers promote improved maternal and child nutrition practices: The guardians of tradition are not averse to change. *Social Science & Medicine*, 59(5), 945-959. doi:10.1016/j.socscimed.2003.11.044
- Baby Milk Action. (2016). Monitoring baby food companies around the world. Retrieved May, 10 2015 from <http://www.babymilkaction.org/monitoring-global>



- Bai, D. L., Fong, D. Y. T., & Tarrant, M. (2015). Factors associated with breastfeeding duration and exclusivity in mothers returning to paid employment postpartum. *Maternal and Child Health Journal*, 19(5), 990-999. doi:10.1007/s10995-014-1596-7
- Baño, I., Canteras, M., Carrillo, C., López, A., & Martínez, M. E. (2015). Desarrollo y validación de un instrumento diseñado para medir el impacto de las redes de apoyo a la lactancia materna. *Nutrición Hospitalaria: Organó Oficial De La Sociedad Española De Nutrición Parenteral Y Enteral*, 31(4), 1525-1532. Retrieved June, 25 2015 from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5079017&orden=0&info=link>
- Barrio-Cantalejo, I. M., & Simón-Lorda, P. (2006). Problemas éticos de la investigación cualitativa. *Medicina Clínica*, 126(11), 418-423.
- Barrios, L. M. (2007). Ética de la investigación psicosocial. *Salud Mental*, 30(6), 25.
- Barriuso, L., De Miguel, M., & Sánchez, M. (2007). Lactancia materna: Factor de salud. Recuerdo histórico. *Anales Del Sistema Sanitario De Navarra*, 30(3), 383-391.
- Basso, L. (2010). Heidegger: Lo orgánico y lo artificial en la experiencia de mundo. *CTS: Revista Iberoamericana De Ciencia, Tecnología Y Sociedad*, 5(14), 5. Retrieved July, 10 2015 from <http://dialnet.unirioja.es/download/articulo/4232345.pdf>
- Beltrán, C. (2014). Estudio cualitativo sobre la experiencia vivida durante la lactancia materna en un grupo de madres adolescentes orientadas desde la consulta de la matrona. *Parainfo Digital Fundación Index Enfermería*, 8(20)
- Beltrán, J. O., Moreno, N. M., Polo, J., Zapata, M. E., & Acosta, M. R. (2012). Memoria autobiográfica: Un sistema funcionalmente definido. *International Journal of Psychological Research*, 5(2), 108-123. Retrieved May, 14 2015 from <http://dialnet.unirioja.es/download/articulo/5134694.pdf>



- Benayas, L. F. (2013). Ontología del hombre y deconstrucción: Heidegger, Sartre/Derrida, Sloterdijk. *Eikasia: Revista De Filosofía*, (51), 103-128.
- Berg, B. L. (2004). A dramaturgical look at interviewing. *Qualitative research methods for the social sciences* (5th ed., pp. 85-87) Pearson.
- Berlanga, S., Pérez, R. M., & Vizcaya, M. F. (2014). Satisfacción en la provisión de redes de apoyo social en grupos de acompañamiento a la maternidad. *Enfermería Global*, 13(33), 18-32.
- Beth, H., Nicolau, A. I., Américo, C. F., Ximenes, L. B., Bernheim, Ruth G., & Oriá, M. (2010). Factores socioculturales que influyen en la práctica de la lactancia entre mujeres de baja renta en Fortaleza, Ceará, Brasil: Una perspectiva a partir del modelo del sol naciente de leininger. *Enfermería Global: Revista Electrónica Semestral De Enfermería*, (19) Retrieved July, 10, 2015 from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3265764&orden=264325&info=link>
- Bezner, R., Dakishoni, L., Shumba, L., Msachi, R., & Chirwa, M. (2008). "We grandmothers know plenty": Breastfeeding, complementary feeding and the multifaceted role of grandmothers in Malawi. *Social Science & Medicine*, 66(5), 1095-1105. doi:10.1016/j.socscimed.2007.11.019
- Bica, O. C., & Giugliani, E. R. J. (2014). Influence of counseling sessions on the prevalence of breastfeeding in the first year of life: A randomized clinical trial with adolescent mothers and grandmothers. *Birth*, 41(1), 39-45. doi:10.1111/birt.12097
- Blázquez, M. J. (2000). Ventajas de la lactancia materna. *Medicina Naturista*, (1), 44-51.

- Boatella, J. (2009). Los primeros preparados destinados a la lactancia materna registrados en España (1919-1935). *Actividad Dietética*, 13(4), 173-177. Retrieved May, 2 2015 from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3142310&orden=237607&info=link>
- Boccolini, C., De Carvalho, M., De Oliveira, M., & Vasconcellos, A. (2011). Factors associated with breastfeeding in the first hour of life. *Revista De Saude Publica*, 45(1), 69-78.
- Boguñá, J. M., & Laila, J. M. (2006). Asistencia al parto normal. In J. González-Merlo (Ed.), *Obstetricia* (pp. 327). Barcelona [etc.]: Masson.
- Borrell i Sabater, M. (1995). Las amas de cría en el corregimiento de Girona en el siglo XVIII: Una interpretación sobre las causas de la lactancia de los niños expósitos. *Espacio, Tiempo Y Forma. Serie IV, Historia Moderna*, (8), 221-240. Retrieved April, 12 2015 from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=164658&orden=195942&info=link>
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 350.
- Boyer, K. (2011). "The way to break the taboo is to do the taboo thing" breastfeeding in public and citizen-activism in the UK. *Health and Place*, 17(2), 430-437. doi:10.1016/j.healthplace.2010.06.013
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723.
- Bronfenbrenner, U. (1999). Environments in developmental perspective: Theoretical and operational models. In S. L. Friedman (Ed.), *Measuring environment across the life span: Emerging methods and concepts*. (pp. 3-28). Washington: American Psychological Association.



- Brown, C., Dodds, L., Legge, A., Bryanton, J., & Semenic, S. (2014). Factors influencing the reasons why mothers stop breastfeeding. *Canadian Journal of Public Health Review*, 105(3), E179-E185.
- Brown, R. (1989). *Human agency and language. Philosophical papers by Charles Taylor* (book review). Newbury Park, California: Sage Periodicals Press.
- Bulla, F. B. (2015). El entorno familiar y social de la madre como factor que promueve o dificulta la lactancia materna. *Revista De La Facultad De Medicina*, 63(2), 217.
- Butt, S., Borgquist, S., Anagnostaki, L., Landberg, G., & Manjer, J. (2014). Breastfeeding in relation to risk of different breast cancer characteristics. *BMC Research Notes*, 7(1), 216-216. doi:10.1186/1756-0500-7-216
- Cagnolati, A. (2013). En defensa de los niños. La batalla por la lactancia materna en la Inglaterra del siglo XVII. *El Futuro Del Pasado: Revista Electrónica De Historia*, (4), 117-129. Retrieved April, 2 2015 from <http://dialnet.unirioja.es/download/articulo/4260339.pdf>
- Cárcamo, H. (2005). *Hermenéutica y análisis cualitativo. Cinta De Moebio. Revista De Epistemología De Ciencias Sociales*, (23)
- Cardenas, M. H., Montes, E., Varon, M., Arenas, N., & Reina, R. (2010). Perfil biopsicosocial de la madre y su relación con el abandono de lactancia materna exclusiva. *Enfermería Global: Revista Electrónica Semestral De Enfermería*, (20) Retrieved July, 7 2015 from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3681193&orden=302833&info=link>
- Cardoso, C., De Oliveira, I. E., Evangelista, I., & De Mello, E. M. (2012). Movimiento analítico-hermenéutico heideggeriano: Posibilidad metodológica para la investigación en

enfermería. *Acta Paulista De Enfermagem*, 25(6), 984-989. doi:10.1590/S0103-21002012000600025

Cartagena, D. C., Ameringer, S. W., McGrath, J., Jallo, N., Masho, S. W., & Myers, B. J. (2014). Factors contributing to infant overfeeding with hispanic mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 43(2), 139-159. doi:10.1111/1552-6909.12279

Carter, P., & Campling, J. (1995). *Feminism, breasts and breast feeding*. New York: St. Martin's Press.

Chárriez, M. (2012). Historias de vida: Una metodología de investigación cualitativa. *Revista Griot* (ISSN 1949-4742), 5(1), 50.

Clifford, J., & McIntyre, E. (2008). Who supports breastfeeding? *Breastfeeding Review*, 16(2), 9-19

Cohen, M. Z., Kahn, D. L., & Steeves, R. H. (2000). How to conduct research. Hermeneutic phenomenological research: A practical guide for nurse researchers (pp. 59-64) Sage Publications.

Cohen, M. Z. (2000). Introduction. In M. Z. Cohen, D. L. Kahn & R. H. Steeves (Eds.), *Hermeneutic phenomenological research. A practical guide for nurse researchers*. (pp. 2-12). London: Sage publications.

Coll, J. M. (1990). La intersubjetividad en Heidegger. *Taula: Quaderns De Pensament*, (13), 191-207.

Colodro-Conde, L., Sánchez-Romera, J. F., Tornero-Gómez, M. J., Pérez-Riquelme, F., Polo-Tomás, M., & Ordoñana, J. R. (2011). Relationship between level of education and breastfeeding duration depends on social context: Breastfeeding trends over a 40-year



period in Spain. *Journal of Human Lactation*, 27(3), 272-278.

doi:10.1177/0890334411403929

Comisión Europea, Dirección Pública de Salud y Asesoramiento de Riesgos. (2004). Protección, promoción y ayuda a la lactancia en Europa: Planes para la acción. Retrieved June, 25 2015 from <http://iblce.org/wp-content/uploads/2013/08/eu-blueprint-spanish.pdf>

Cope, D. (2014). Methods and meanings: Credibility and trustworthiness of qualitative research. *Oncology Nursing Forum*, 41(1), 89-91. doi:10.1188/14.ONF.89-91

Cornejo, M., Mendoza, F., & Rojas, R. C. (2008). La investigación con relatos de vida: Pistas y opciones del diseño metodológico. *Psyche (Santiago)*, 17(1), 29-39.

Cornejo, M., & Salas, N. (2011). Rigor y calidad metodológicos: Un reto a la investigación social cualitativa. *Psicoperspectivas*, 10(2), 12-34.

Creswell, J. W., & Miller, D. L. (2000). Determining validity in qualitative inquiry. *Theory into Practice*, 39(3), 124-130.

Da Silva, L. R., Da Cruz, L. A., Macedo, E. C., Da Silva, L. R., & Gomes, M. N. (2013). The influence of grandmothers on breastfeeding of her grandchildren: Beliefs and cultural practices. *Revista De Pesquisa: Cuidado É Fundamental Online*, 5(4), 643-651.

Da Silva, L. R., Souza, M. E., Silva, M. D., Dos Santos, I. M., DaSouza, K., & De Carvalho, S. (2012). Social factors that influence breastfeeding of premature newborns: Descriptive study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 11(1), 40-52.

Daglas, M., & Antoniou, E. (2012). Cultural views and practices related to breastfeeding. *Health Science Journal*, 6(2), 353-361.



- Daly, A., Pollard, C., Phillips, M., & Binns, C. (2014). Benefits, barriers and enablers of breastfeeding: Factor analysis of population perceptions in western australia. *PLOS ONE*, 9(2), e88204. doi:10.1371/journal.pone.0088204
- Damke, S., Kulkarni, S., & Lakhkar, B. (2012). Infant feeding education by trained grandmothers vs. doctors: Testing the third dimension of breastfeeding experience. *Journal of Datta Meghe Institute of Medical Sciences University*, 7(2), 75-78.
- Darbyshire, P., Diekelmann, J., & Diekelmann, N. (1999). Reading Heidegger and interpretive phenomenology: A response to the work of Michael Crotty. *Nursing Inquiry*, 6(1), 17-25.
- De Durán, R. I., & Londoño, A. P. (2011). Lactancia materna versus lactancia artificial en el contexto colombiano. *Población Y Salud En Mesoamérica*, 9(1)
- De Medeiros, F., Pacheco, I. C., Oliveira, N. M., & Beheregaray, F. (2011). Influence of grandmothers on infant feeding: What they say to their daughters and granddaughters. *Acta Paulista De Enfermagem*, 24(4), 534-540. doi:10.1590/S0103-21002011000400014
- De Oliveira, L., Giugliani, E., Santo, L., & Nunes, L. (2012). Impact of a strategy to prevent the introduction of non-breast milk and complementary foods during the first 6 months of life: A randomized clinical trial with adolescent mothers and grandmothers. *Early Human Development*, 88(6), 357-361. doi:10.1016/j.earlhumdev.2011.09.010
- De Sousa, A. M., Fracolli, L. A., & Zoboli, E. L. (2013). Family practices related to breast-feeding maintenance: Literature review and meta-synthesis/praticas familiares relacionadas a manutencao da amamentacao: Revisao da literatura e metassintese. *Revista Panamericana De Salud Publica*, 34(2), 127.
- De Witt, L., & Ploeg, J. (2006). Critical appraisal of rigour in interpretive phenomenological nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 55(2), 215-229.

- Deetz, S. (1973). An understanding of science and a hermeneutic science of understanding. *Journal of Communication*, 23(2), 139. Retrieved July, 10 2015 from <https://vpnssl.urjc.es:11023/docview/1302198756?accountid=14730>
- Demirtas, B. (2012). Strategies to support breastfeeding: A review. *International Nursing Review*, 59(4), 474-481. doi:10.1111/j.1466-7657.2012.01017.x
- Deoni, S. C. L., Dean, D. C., Piryatinsky, I., O'Muircheartaigh, J., Waskiewicz, N., Lehman, K., . . . Dirks, H. (2013). Breastfeeding and early white matter development: A cross-sectional study. *NeuroImage*, 82, 77-86. doi:10.1016/j.neuroimage.2013.05.090
- Devers, K. J., & Frankel, R. M. (2000). Study design in qualitative research 2: Sampling and data collection strategies. *Education for Health*, 13(2), 263-271.
- Di Manno, L., Macdonald, J. A., & Knight, T. (2015). The intergenerational continuity of breastfeeding intention, initiation, and duration: A systematic review. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 42(1), 5-15. doi:10.1111/birt.12148
- Diekelmann, N., Allen, D., & Tanner, C. A. (1989). *The NLN criteria for appraisal of baccalaureate programs: A critical hermeneutic analysis*. New York: National League for Nursing Press.
- Dowling, M. (2007). From husserl to van manen. A review of different phenomenological approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 44(1), 131-142. doi:10.1016/j.ijnurstu.2005.11.026
- Draucker, C. B. (1999). The critique of heideggerian hermeneutical nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 30(2), 360-373. doi:10.1046/j.1365-2648.1999.01091.x
- Drennan, V. (2013). Sociodemographic factors have most effect on breastfeeding rates. *Primary Health Care*, 23(7), 15.



- Ekstrom, A., Widstrom, A. M., & Nissen, E. (2003). Breastfeeding support from partners and grandmothers: Perceptions of swedish women. *Birth*, 30(4), 261-266. doi:10.1046/j.1523-536X.2003.00256.x
- Elliott, R., Fischer, C. T., & Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology*, 38(3), 215-229.
- Emanuel, E. J., Wendler, D., & Grady, C. (2000). What makes clinical research ethical? *JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION*, 283(20), 2701-2711.
- Escudero, J. A. (2011). El joven Heidegger y los presupuestos metodológicos de la fenomenología hermenéutica. *Thémata: Revista De Filosofía*, (44), 213-238.
- Escudero, V., Quirós, F., Herrero, M. B., Rodríguez, B. L., Rodríguez, A. V., Meneses, M. T., & Ruiz, E. (2010). La ética de la investigación enfermera. *Revista Enfermería CyL*, 2(2).
- Esparza, M. J., & García, C. (2009). Las intervenciones dirigidas a promocionar y mantener la lactancia materna son efectivas si se realizan antes y después del nacimiento y con apoyo de personal no sanitario. *Evidencias En Pediatría*, 5(1)
- Falcón, C., Llorca, R., Pérez, C., Ortiz, A., & Serra, L. (2009). Factores asociados a la intención de proporcionar lactancia materna. *Spanish Journal of Community Nutrition*, 15(1), 6-12.
- Fawcett, J., Watson, J., Neuman, B., Walker, P. H., & Fitzpatrick, J. J. (2001). On nursing theories and evidence. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(2), 115-119. doi:10.1111/j.1547-5069.2001.00115.x
- Frie, R. (2010). A hermeneutics of exploration: The interpretive turn from Binswanger to Gadamer. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, 30(2), 79.



- Fukuoka, H., & Haruna, M. (2003). Calcium and bone metabolism during pregnancy and lactation. *Clinical Calcium*, 13(11), 1425-1431. doi:031114251431 [pii]
- Gamboa, E. H. (2008). Genealogía histórica de la lactancia materna. *Revista Enfermería Actual En Costa Rica*, (15), 1.
- García, J. A. (2010). El desarrollo cognitivo en la edad adulta y el envejecimiento. In J. A. García, & J. Delval (Eds.), *Psicología del desarrollo*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- García, M. A., & Ros, O. (2010). Factores socioculturales y perinatales relacionados con la lactancia materna exclusiva. *Enfermería Clínica*, 20(2), 109-113.
- García-López, R. (2011). Composición e inmunología de la leche humana. *Acta Pediátrica De México*, 32(4), 223-230.
- Gentles, S., Charles, C., Ploeg, J., & McKibbin, K. A. (2015). Sampling in qualitative research: Insights from an overview of the methods literature. *The Qualitative Report*, 20(11), 1772.
- Gifre, M., & Esteban, M. (2012). Consideraciones educativas de la perspectiva ecológica de Urie Bronferbrenner. *Contextos Educativos. Revista De Educación.*, 15, 79-92.
- González, M. A. (2012). La lactancia y la madre. *Revista Médicas UIS*, 25(1), 55-62. Retrieved July, 20 2015 from <http://dialnet.unirioja.es/download/articulo/4054434.pdf>
- Graffy, J., & Taylor, J. (2005). What information, advice, and support do women want with breastfeeding? *Birth: Issues in Perinatal Care*, 32(3), 179-186. doi:10.1111/j.0730-7659.2005.00367.x



- Grassley, J. S., & Nelms, T. P. (2008). Understanding maternal breastfeeding confidence: A gadamerian hermeneutic analysis of women's stories. *Health Care for Women International*, 29(8-9), 841-862.
- Grassley, J. S., & Eschiti, V. S. (2007). Two generations learning together: Facilitating grandmothers' support of breastfeeding. *International Journal of Childbirth Education*, 22(3), 23-26. Retrieved September, 3 2015 from <https://vpnssl.urjc.es:11023/docview/212809626?accountid=14730>
- Grassley, J. S. (2010). Adolescent mothers' breastfeeding social support needs. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 39(6), 713-722. doi:10.1111/j.1552-6909.2010.01181.x
- Grassley, J. S., & Eschiti, V. (2008). Grandmother breastfeeding support: What do mothers need and want? *Birth*, 35(4), 329-335. doi:10.1111/j.1523-536X.2008.00260.x
- Grassley, J. S., & Eschiti, V. (2011). The value of listening to grandmothers' infant-feeding stories. *The Journal of Perinatal Education*, 20(3), 134-141. doi:10.1891/1058-1243.20.3.134
- Grassley, J. S., Spencer, B. S., & Law, B. (2012). A grandmothers' tea: Evaluation of a breastfeeding support intervention. *The Journal of Perinatal Education*, 21(2), 80-89. doi:10.1891/1058-1243.21.2.80
- Guba, E. G. (1981). Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *Educational Communication & Technology*, 29(2), 75-91.
- Guignon, C. (2012). Becoming a person: Hermeneutic phenomenology's contribution. *New Ideas in Psychology*, 30(1), 97-106.

Guyer, J., & Millward, L. J. (2012). Mothers' breastfeeding experiences and implications for professionals. *British Journal of Midwifery*, 20(10), 724-733. doi:10.12968/bjom.2012.20.10.724

Heidegger, M. (1962). *Being and time* (7^a ed.). New York: Harper & Row.

Heikkila, K., Kelly, Y., Renfrew, M., Sacker, A., & Quigley, M. (2014). Breastfeeding and educational achievement at age 5. *Maternal and Child Nutrition*, 10(1), 92-101. doi:10.1111/j.1740-8709.2012.00402.x

Hein, S. F., & Austin, W. J. (2001). Empirical and hermeneutic approaches to phenomenological research in psychology: A comparison. *Psychological Methods*, 6(1), 3-17. doi:10.1037/1082-989X.6.1.3

Henderson, J., & Redshaw, M. (2011). Midwifery factors associated with successful breastfeeding. *Child: Care, Health and Development*, 37(5), 744-753. doi:10.1111/j.1365-2214.2010.01177.x

Hernáiz, L., & Saiz, M. (2011). *La vida láctea: Historia del amamantamiento* (2nd ed.). Madrid: Foren21.

Hernández, F., López del Castillo, A., López del Castillo, R., & Marzo, M. (1997). Grado de conocimiento sobre algunas cuestiones técnicas de la lactancia materna. *Revista Cubana De Medicina General Integral*, 13(5), 429-433.

Hernández, M. T., Aguayo, J., & Gómez, A. (2008). *Decisión informada. Manual de lactancia materna: De la teoría a la práctica*. (pp. 41-53). Madrid: Panamericana.

Holland, A. C., & Kensinger, E. A. (2010). Emotion and autobiographical memory. *Physics of Life Reviews*, 7(1), 88-131.



- Holstein, J. A., & Gubrium, J. F. (2004). The active interview. *Qualitative Research: Theory, Method and Practice*, 2, 140-161.
- House, J. S., Umberson, D., & Landis, K. R. (1988). Structures and processes of social support. *Annual Review of Sociology*, 14(1), 293-318. doi:10.1146/annurev.so.14.080188.001453
- IBFAN. (2015). IBFAN.our history. Retrieved May, 10 2015 from <http://ibfan.org/our-history>
- Iglesias, S. (2008). Lactancia materna en un hospital comarcal: Factores socioculturales y sanitarios que pueden influir en su elección y mantenimiento. *Enfermería Clínica*, 18(3), 142-146.
- IHAN. (2011). Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia. Retrieved May, 26 2015 from <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/IHANIntro.htm>
- IHAN. (2015). Centros sanitarios. Retrieved May, 26 2015 from <https://www.ihan.es/centros-sanitarios/>
- Illanes, X. (2013). Historias entrecruzadas: El período de la lactancia de niñas y niños abandonados en el mundo femenino de las nodrizas durante la primera mitad del siglo XV. *Anuario De Estudios Medievales*, (43), 159-197. Retrieved May, 10 2015 from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4405887&orden=414196&info=link>
- Instituto Nacional de Estadística[INE]. (2012). Determinantes de salud. Retrieved June, 10 2015 from http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926457058&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout
- International Board of Lactation Consultant Examiners[IBLCE]. (2015). IBLCE: Vision and mission. Retrieved June, 17 2015 from <http://iblce.org/about-iblce/strategic-plan/>



- Iseki, A., & Ohashi, K. (2014). Relationship in japan between maternal grandmothers' perinatal support and their self-esteem. *Nursing & Health Sciences*, 16(2), 157-163. doi:10.1111/nhs.12079
- Jaimes, J. O. B., López, N. M. M., Díaz, J. P., Zabala, M. E. Z., & Barreto, M. R. A. (2012). Memoria autobiográfica: Un sistema funcionalmente definido. *International Journal of Psychological Research*, 5(2), 108-123.
- Jones, J. R., Kogan, M. D., Singh, G. K., Dee, D. L., & Grummer-Strawn, L. M. (2011). Factors associated with exclusive breastfeeding in the united states. *Pediatrics*, 128(6), 1117-1125. doi:10.1542/peds.2011-0841
- Kanhadilok, S., & McGrath, J. M. (2015). An integrative review of factors influencing breastfeeding in adolescent mothers. *The Journal of Perinatal Education*, 24(2), 119-127. doi:10.1891/1946-6560.24.2.119
- Kaunonen, M., Hannula, L., & Tarkka, M. (2012). A systematic review of peer support interventions for breastfeeding. *Journal of Clinical Nursing*, 21(13-14), 1943-1954. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04071.x
- Krause, M. (1995). La investigación cualitativa: Un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas De Educación*, 7, 19-40.
- Krawinkel, M. B. (2011). Benefits from longer breastfeeding: Do we need to revise the recommendations? *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 41(9), 240-243. doi:10.1016/j.cppeds.2011.04.003
- Krupp, E. C. (1995). Negotiating the highwire of heaven: The milky way and the itinerary of the soul. *Vistas in Astronomy*, 39(4), 405-430. doi:10.1016/0083-6656(95)00014-3



- Ku, C., & Chow, S. K. Y. (2010). Factors influencing the practice of exclusive breastfeeding among hong kong chinese women: A questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*, 19(17-18), 2434-2445. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03302.x
- La Liga de la Leche. (2015). La liga de la leche. Retrieved May, 25 2015 from <http://www.laligadelaleche.es/>
- Landa, L., & Paricio, J. M. (2008). Historia de la lactancia. Manual de lactancia materna: De la teoría a la práctica. (pp. 9-23). Madrid: Panamericana.
- Larsen, J. S., Hall, E. O. C., & Aagaard, H. (2008). Shattered expectations: When mothers' confidence in breastfeeding is undermined: A metasynthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(4), 653-661. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00572.x
- Larsen, J. S., & Kronborg, H. (2013). When breastfeeding is unsuccessful – mothers' experiences after giving up breastfeeding. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 848-856. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01091.x
- Legrand, M. (1992). L'Approche biographique: Théorie, méthode, pratiques. *Análise Psicológica*, 4(X), 499-514.
- Legrand, M. (1999). La contra-transferencia del investigador en los relatos de vida. *Proposiciones*, 29, 115-121.
- León, E. A. (2009). El giro hermenéutico de la fenomenológica en Martín Heidegger. *Polis (Santiago)*, 8(22), 267-283.
- Lolas, F. (2006). Bioética para los profesionales de la salud. *Bioética Informa.Unidad De Bioética.Organización Panamericana De La Salud*, 39(3)



- Lööf-Johanson, M., Foldevi, M., & Rudebeck, C. E. (2013). Breastfeeding as a specific value in women's lives: The experiences and decisions of breastfeeding women. *Breastfeeding Medicine*, 8(1), 38-44. doi:10.1089/bfm.2012.0008
- Lopez, K. A., & Willis, D. G. (2004). Descriptive versus interpretive phenomenology: Their contributions to nursing knowledge. *Qualitative Health Research*, 14(5), 726-735. doi:10.1177/1049732304263638 [doi]
- Losa, M. E., Rodríguez, R., & Bengoa-Vallejo, R. (2013). Papel de la abuela en la lactancia materna. *Aquichan*, 13(2), 270-279.
- Lozano, M. J. (2006). Beneficios de la lactancia materna. *Jano: Medicina Y Humanidades*, (1594), 45.
- Luan, N. N., Wu, Q. J., Gong, T. T., Vogtmann, E., Wang, Y. L., & Lin, B. (2013). Breastfeeding and ovarian cancer risk: A meta-analysis of epidemiologic studies. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 98(4), 1020-1031. doi:10.3945/ajcn.113.062794 [doi]
- Lutter, C., & Morrow, A. (2013). Protection, promotion and support and global trends in breastfeeding. *Advances in Nutrition*, 4, 213-219.
- Machado, M. C. M., Assis, K. F., Oliveira, Fabiana de Cássia Carvalho, Ribeiro, A. Q., Araújo, R. M. A., Cury, A. F., . . . Franceschini, Sylvia do Carmo Castro. (2014). Determinants of the exclusive breastfeeding abandonment: Psychosocial factors. *Revista De Saude Publica*, 48(6), 985-994.
- Machado, J., & Rauber, P. L. (2013). Exclusive breastfeeding: Motivations and disincentives for nursing mothers in eldorado do sul, brazil. *Investigación Y Educación En Enfermería*, 31(3), 377-384. Retrieved September, 10 2015 from <http://dialnet.unirioja.es/download/articulo/4614181.pdf>

- Macías, S. M., Rodríguez, S., & Ronayne de Ferrer, P. A. (2006). Leche materna: Composición y factores condicionantes de la lactancia. *Archivos Argentinos De Pediatría*, 104(5), 423-430.
- Mackey, S. (2005). Phenomenological nursing research: Methodological insights derived from Heidegger's interpretive phenomenology. *International Journal of Nursing Studies*, 42(2), 179-186. doi:10.1016/j.ijnurstu.2004.06.011
- Mathur, N. B., & Dhingra, D. (2014). Breastfeeding. *The Indian Journal of Pediatrics*, 81(2), 143-149. doi:10.1007/s12098-013-1153-1
- Mathur-Helm, B., Neelam, K., Mahavir, S., Jagbir, S. M., & Meenakshi, K. (2014). Breastfeeding reduces breast cancer risk: A case-control study in. *International Journal of Preventive Medicine*, 5(6)
- McConnell-Henry, T., Chapman, Y., & Francis, K. (2009). Husserl and Heidegger: Exploring the disparity. *International Journal of Nursing Practice*, 15(1), 7-15. doi:10.1111/j.1440-172X.2008.01724.x
- McInnes, R. J., & Chambers, J. A. (2008). Supporting breastfeeding mothers: Qualitative synthesis. *Journal of Advanced Nursing*, 62(4), 407-427. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04618.x
- McKernan, J. (1999). *Investigación-acción y curriculum: Métodos y recursos para profesionales reflexivos*. Ediciones Morata.
- Meneses, M. T., & Cano, A. (2008). Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: La historia de vida (I y II). *Nure Investigación*, 37
- Mercer, J., Green-Jervis, C., & Brannigan, C. (2012). The legacy of a self-reported negative birth experience. *British Journal of Midwifery*, 20(10), 717-722.



- Mercer, R. T. (1981). A theoretical framework for studying factors that impact on the maternal role. *Nursing Research*, 30(2), 73-77.
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226-232. doi:10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x
- Mitchell, G. J. (1994). Discipline-specific inquiry: The hermeneutics of theory-guided nursing research. *Nursing Outlook*, 42(5), 224-228.
- Moreira, M. A., Nascimento, E. R. d., & Paiva, M. S. (2013). Representaciones sociales de mujeres de tres generaciones sobre prácticas de amamantamiento. *Texto & Contexto Enferm*, 22(2), 432-441.
- Moreno-Zavaleta, M. T., & Granada-Echeverri, P. (2014). Interacciones vinculares en el sistema de cuidado infantil. *Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales, Niñez Y Juventud*, 12(1), 121.
- Morillo, B., & Montero, L. (2010). Lactancia materna y relación materno filial en madres. *Enfermería Global: Revista Electrónica Semestral De Enfermería*, (19) Retrieved September, 10 2015 from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3266245&orden=264396&info=link>
- Morse, J. M. (2003). *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquía.
- Mortazavi, F., Mousavi, S. A., Chaman, R., Wambach, K. A., Mortazavi, S. S., & Khosravi, A. (2015). Breastfeeding practices during the first month postpartum and associated factors: Impact on breastfeeding survival. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(4)
- Mortensen, K., & Tawia, S. (2013). Sustained breastfeeding. *Breastfeeding Review*, 21(1), 22-34.



- Munhall, P. L. (1994a). Give meaning a chance. *Revisoning phenomenology: Nursing and health science research*. (pp. 181). New York: National league for nursing press.
- Munhall, P. L. (1994b). Paler shades of black and white. *Revisoning phenomenology: Nursing and health science research*. (pp. 203). New York: National league for nursing press.
- Muñoz, E. (2011). Planteamientos ante la intersubjetividad: El *sympathiebuch* de max scheler y su repercusión en ser y tiempo de Martin Heidegger. *Alpha (Osorno)*, (32), 199-214.
- Navas, V. (2004). Amamantar ayer y hoy. In J. Aguayo (Ed.), *La lactancia materna* (1ª ed., pp. 321-327). Sevilla, España: Publicaciones de la Universidad de Sevilla.
- Negishi, H., Kishida, T., Yamada, H., Hirayama, E., Mikuni, M., & Fujimoto, S. (1999). Changes in uterine size after vaginal delivery and cesarean section determined by vaginal sonography in the puerperium. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 263(1-2), 13-16.
- Noreña, A. L., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J. G., & Rebolledo-Malpica, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12(3), 263-274.
- Nursan, C., Dilek, K., & Sevin, A. (2014). Breastfeeding self-efficacy of mothers and the affecting factors. *Aquichan*, 14(3), 327-335.
- Odom, E., Li, R., Scanlon, K., Perrine, C., & Grummer-Strawn, L. (2014). Association of family and health care provider opinion on infant feeding with mother's breastfeeding decision. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 114(8), 1203-1207. doi:10.1016/j.jand.2013.08.001
- Olivares, O. J. (2010). Meaning making, uncertainty reduction, and the functions of autobiographical memory: A relational framework. *Review of General Psychology*, 14(3), 204.

- Oliver, A., Torras, N., & Martínez, L. (2003). Factores de influencia en la duración de la lactancia materna en el hospital de sant pau de barcelona. *Enfermería Clínica*, 13(6), 329-336.
- Olza, I., Serrano, E., & Muñoz, C. (2011). Lactancia para psiquiatras: Recomendaciones sobre el empleo de psicofármacos en madres lactantes. *Archivos De Psiquiatría*, 74(1), 2.
- Oosterhoff, A., Hutter, I., & Haisma, H. (2014). It takes a mother to practise breastfeeding: Women's perceptions of breastfeeding during the period of intention. *Women and Birth*, 27(4), E43-E50. doi:10.1016/j.wombi.2014.08.003
- Orb, A. (2007). Fenomenología e investigación en enfermería. *Metas De Enfermería*, 10(3), 14-19.
- Osorio, J. H., & Botero, B. E. (2012). Factors associated to the duration of exclusive breastfeeding factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva fatores associados com a duração da lactância materna exclusiva. *Investigación Y Educación En Enfermería*, 30(3), 390-397.
- Palau, M. A., Vega, V. M., Elvira, M. C., & Rivero, A. M. (2015). Factores asociados al mantenimiento de la lactancia materna iniciada al ingreso en una unidad de neonatología. *Metas De Enfermería*, 18(1)
- Pallás, C.R. (2006). Promoción de la lactancia materna. *PrevInfad AEPap/PAPPS infancia y adolescencia*. Retrieved September, 16 2015 from http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_lactancia.pdf
- Paredes, G., & Gustavo, A. (2009). Positivismo y hermenéutica: Divergencias ontológicas, metodológicas y epistemológicas. *Agora Trujillo*, 12(023)



- Paricio, J. M., Santos, L., Fernández, A., Martí, E., Bernal, A., Ferriol, M., & et al. (1999). Lactancia materna: Conocimientos, actitudes y ambigüedad sociocultural. *Atención Primaria*, 24(6), 337-343.
- Paricio, J. M. (2015a). E-lactancia. Retrieved June, 22 2015 from <http://www.e-lactancia.org/>
- Paricio, J. M. (2004). Aspectos históricos de la alimentación al seno materno. In Comité de Lactancia Materna. Asociación Española de Pediatría. (Ed.), *Lactancia materna: Guía para profesionales* (pp. 7-25). Madrid, España: Ergon.
- Paricio, J. M. (2015b). La importancia de la lactancia en nuestra sociedad.mito o realidad. VIII Congreso Español De Lactancia Materna, Bilbao.
- Paricio, J. M., Lizán-García, M., Puime, Á O., Muncharaz, M. J. B., Soto, B. B., Sánchez-Palomares, M., . . . Rivera, L. L. (2006). Full breastfeeding and hospitalization as a result of infections in the first year of life. *Pediatrics*, 118(1), e92-e99. doi:10.1542/peds.2005-1629
- Parkinson, J., Russell-Bennett, R., & Previte, J. (2012). Mum or bub? which influences breastfeeding loyalty. *Australasian Marketing Journal*, 20(1), 16-23. doi:10.1016/j.ausmj.2011.10.010
- Parsons, K. (2010). Exploring how heideggerian philosophy underpins phenomenolical research: Karen Parsons considers the use of Heidegger's philosophy and the methodological implications resulting from its application in the phenomenological study of the daily lives of people who experience memory loss. *Nurse Researcher*, 17(4), 60.
- Pechlivani, F., & Vivilaki, V. (2012). Breastfeeding and breast cancer. *Health Science Journal*, 6(4), 610-617.
- Persad, M. D., & Mensinger, J. L. (2008). Maternal breastfeeding attitudes: Association with breastfeeding intent and socio-demographics among urban primiparas. *Journal of*



Community Health: The Publication for Health Promotion and Disease Prevention, 33(2), 53-60. doi:10.1007/s10900-007-9068-2

Persson, E. K., Fridlund, B., Kvist, L. J., & Dykes, A. (2011). Mothers' sense of security in the first postnatal week: Interview study. *Journal of Advanced Nursing*, 67(1), 105-116. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05485.x

Pilkauskas, N. V. (2014). Breastfeeding initiation and duration in co-resident grandparent, mother and infant households. *Maternal and Child Health Journal*, 18(8), 1955. doi:10.1007/s10995-014-1441-z

Pinto L, F. (2007). Apego y lactancia natural. *Revista Chilena De Pediatría*, 78(1), 96-102.

Piolino, P., Desgranges, B., & Eustache, F. (2009). Episodic autobiographical memories over the course of time: Cognitive, neuropsychological and neuroimaging findings. *Neuropsychologia*, 47(11), 2314-2329.

Prieto, B. M. B., & Ruiz, C. H. (2013). Significados durante el puerperio: A partir de prácticas y creencias culturales. *Aquichan*, 13(1), 7-16.

Pujadas, J. J. (1992). El método biográfico: El uso de las historias de vida en ciencias sociales. *Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS)*.

Qu, S. Q., & Dumay, J. (2011). The qualitative research interview. *Qualitative Research in Accounting & Management*, 8(3), 238-264.

Rekkas, P. V., & Constable, R. T. (2005). Evidence that autobiographic memory retrieval does not become independent of the hippocampus: An fMRI study contrasting very recent with remote events. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 17(12), 1950-1961. doi:10.1162/089892905775008652



- Reverté, M., Aguirre, M. I., Álvarez, P., Barcos, S., & Millán, T. (2015). Lactancia materna: Factores relacionados con la iniciación, la exclusividad y la duración. *Metas De Enfermería*, 18(2)
- Reynolds, P. D. (2007). *A primer in theory construction*. New York: Routledge.
- Richards, H. M., & Schwartz, L. J. (2002). Ethics of qualitative research: Are there special issues for health services research? *Family Practice*, 19(2), 135-139.
- Rius, J. M., Ortuño, J. I., Rivas, C., Maravall, M., Calzado, M. A., Aguar, M., . . . López, A. (2014). Factores asociados al abandono precoz de la lactancia materna en una región del este de España. *Anales De Pediatría: Publicación Oficial De La Asociación Española De Pediatría (AEP)*), 80(1), 6-15. Retrieved October, 12 2015 from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4641034&orden=1&info=link>
- Roberts, T. (2013). Understanding the research methodology of interpretative phenomenological analysis. *British Journal of Midwifery*, 21(3), 215-218. doi:10.12968/bjom.2013.21.3.215
- Rodríguez, L. P. (2012). Heidegger y el fenómeno del cuerpo: Apuntes para una antropología postmetafísica. *Thémata: Revista De Filosofía*, (46), 209-216. Retrieved August, 17 2015 from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4663162&orden=1&info=link>
- Rojo, A. (1997). Los documentos personales en la investigación sociológica: Historias de vida, relatos, biografías, autobiografías. su diferenciación y pertinencia. *Revista General De Información Y Documentación*, 7(2), 385.
- Romero, S. A., García, E. M., & Góngora, J. (2014). La lactancia materna y el sincero motivo de su negación por parte de las madres hidrocálidas. *Acta Universitaria*, 24(2), 3-6. Retrieved

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5051647&orden=1&info=link>

Ruiz, J. I. (2012a). ¿A quiénes investigar? ¿A cuántos? ¿Cómo se les elige?. Metodología de la investigación cualitativa. (5th ed., pp. 49-69). Bilbao: Deusto.

Ruiz, J. I. (2012b). La entrevista. Metodología de la investigación cualitativa. (5th ed., pp. 76-79). Bilbao: Deusto.

Ruiz, P., & Martínez, J. M. (2014). Causas del abandono de la lactancia materna exclusiva en una zona básica urbana. ENE Revista De Enfermería, 8(2) Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4857965&orden=1&info=link>

Ryan-Nicholls, K. D., & Will, C. I. (2009). Rigour in qualitative research: Mechanisms for control. Nurse Researcher, 16(3), 70-85.

Sacristán, A. M., Lozano, J. E., & Gil, M. (2011). Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en castilla y león. Revista Pediatría De Atención Primaria, 13(49), 33-46. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3667671&orden=299400&info=link>

Sampedro, R. G., Pardavila, A. F., & Bello, J. M. B. (2003). El proceso de atención y la relación de ayuda en enfermería pediátrica. Cultura De Los Cuidados: Revista De Enfermería Y Humanidades, (13), 52-62.

Sandelowski, M. (1986). The problem of rigor in qualitative research. Advances in Nursing Science, 8(3), 27-37.

Sarabia, B. (1985). Historias de vida. Reis: Revista Española De Investigaciones Sociológicas, (29), 165-186. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/250539.pdf>

- Schmied, V., Beake, S., Sheehan, A., McCourt, C., & Dykes, F. (2009). A meta-synthesis of women's perceptions and experiences of breastfeeding support. *The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 7(14), 583-614.
- Sharpley, C. F., Munro, D. M., & Elly, M. J. (2005). Silence and rapport during initial interviews. *Counselling Psychology Quarterly*, 18(2), 149-159.
- Silva, M. C., Sorrell, J. M., & Sorrell, C. D. (1995). From carper's patterns of knowing to ways of being: An ontological philosophical shift in nursing. *Advances in Nursing Science*, 18(1), 1-13.
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. London: SAGE.
- Smith, J. A. (2007). Hermeneutics, human sciences and health: Linking theory and practice. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 2(1), 3-11.
- Spencer, R., Greatrex-White, S., & Fraser, D. (2015). 'I thought it would keep them all quiet'. Women's experiences of breastfeeding as illusions of compliance: An interpretive phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 71(5), 1076-1086. doi:10.1111/jan.12592
- Squire, L. R., & Zola-Morgan, S. (1991). The medial temporal lobe memory system. *Science* (New York, N.Y.), 253(5026), 1380-1386.
- Stearns, C. A. (2009). The work of breastfeeding. *Women's Studies Quarterly*, 37(3/4), 63-80.
- Suárez, P., Alonso, J. C., López, A. J., Martín, D., & Martínez, M. M. (2001). Prevalencia y duración de la lactancia materna en asturias. *Gaceta Sanitaria: Organó Oficial De La Sociedad Española De Salud Pública Y Administración Sanitaria*, 15(2), 104-110. Retrieved

from

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3582406&orden=288036&info=link>

Susin, L., Giugliani, E., & Kummer, S. (2005). Influence of grandmothers on breastfeeding practice. *Revista De Saude Publica*, 39(2), 141-147.

Suzuki, S., Hirohata, S., Uriu, K., Hutago, Y., & Murakami, M. (2013). Cesarean delivery as a factor promoting exclusive breastfeeding in japan. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 26(17), 1762-1763. doi:10.3109/14767058.2013.794216

Taylor, S. J., & Bogdan, R. (2006). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.

Toro, R. (2010). Evolución histórica de la lactancia materna: Derechos y conciliación familiar. *Revista ROL De Enfermería*, 33(12), 48-54.

UNICEF. (2005). Declaración de innocenti. Retrieved from http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/declaration_sp_p.pdf

UNICEF. (2013). *Improving child nutrition: The achievable imperative for global progress*. Retrieved from http://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/NutritionReport_UNICEF.pdf

Vahlquist, B. (2015). Modalidades de la lactancia materna. Informe sobre el estudio en colaboración de la OMS acerca de la lactancia natural (1981). Retrieved Septiembre/01, 2015, from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/40109/1/9243560670.pdf>

Valles, M. S. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Síntesis Editorial.



- Van der Zalm, J. E., & Bergum, V. (2000). Hermeneutic-phenomenology: Providing living knowledge for nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1), 211-218. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01244.x
- Van Manen, M. (1990). *Researching lived experience*. New York: State University of New York Press.
- Van Manen, M. (1997). From meaning to method. *Qualitative Health Research*, 7(3), 345-369.
- Vandermause, R., & Fleming, S. (2011). Philosophical hermeneutic interviewing. *International Journal of Qualitative Methods*, 10(4), 367-377.
- Vargas, I. (2012). La entrevista en la investigación cualitativa: Nuevas tendencias y retos. *Calidad En La Educación Superior*, 3(1), 119-139.
- Vásquez, M., Romero, A., & Rivas, A. (2012). Motivaciones de la madre para amamantar: Una experiencia a partir de la capacidad de escuchar. *Duazary*, 9(2), 116-122. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/download/articulo/4729442.pdf>
- Villanueva, M., Alvarez, J., & Peña, L. (2008). Factores condicionantes de la lactancia materna durante el puerperio inmediato en el Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias. *Spanish Journal of Community Nutrition*, 14(1), 30-41.
- Walsh-Gallagher, D., Mc Conkey, R., Sinclair, M., & Clarke, R. (2013). Normalising birth for women with a disability: The challenges facing practitioners. *Midwifery*, 29(4), 294-299.
- Walsh-Gallagher, D., Sinclair, M., & Mc Conkey, R. (2012). The ambiguity of disabled women's experiences of pregnancy, childbirth and motherhood: A phenomenological understanding. *Midwifery*, 28(2), 156-162.



WHO. (1998). Pruebas científicas de los diez pasos hacia una feliz lactancia natural. Retrieved from http://www.who.int/nutrition/publications/evidence_ten_step_spa.pdf

WHO. (2002). Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: Reseña de la evidencia. Retrieved from <http://www1.paho.org/spanish/ad/fch/bob-main.htm>

WHO. (2003). Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Retrieved from http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9243562215/es/

WHO. (2005). Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna y resoluciones relevantes. Retrieved from <http://www.aeped.es/sites/default/files/1-codigopaho.pdf>

WHO. (2009a). Infant and young child feeding - tools and materials. Retrieved from http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/iycf_brochure/en/

WHO. (2009b). Medical eligibility criteria for contraceptive use. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243563886_spa.pdf?ua=1

WHO. (2012). Global nutrition targets 2025: Breastfeeding policy brief. Retrieved from http://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_breastfeeding/en/

WHO. (2014a). Estrategias para la programación de la planificación familiar posparto. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112766/1/9789243506494_spa.pdf?ua=1

WHO. (2014b). Infant and young child feeding. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en/>



WHO. (2015). World health statistics 2015. Retrieved from

http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015/en/

Wickes, I. G. (1953). A history of infant feeding: Primitive peoples, ancient works, renaissance writers. *Archives of Disease in Childhood*, 28(138), 151-158.

Wilmott, R. W. (2012). Breastfeeding protects against asthma in children. *The Journal of Pediatrics*, 160(6), A1.

Wilson, C. (2013). Unstructured interviews. In M. Kauffmann (Ed.), *Interview techniques for UX practitioners: A user-centered design method* (pp. 43-62). Boston: Elsevier.

World Health Organization [WHO]. (2013). Enfermedades diarreicas. Retrieved from

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/es/>

Wright, D. B., & Nunn, J. A. (2000). Similarities within event clusters in autobiographical memory. *Applied Cognitive Psychology*, 14(5), 479-489.

Yan, J., Liu, L., Zhu, Y., Huang, G., & Wang, P. P. (2014). The association between breastfeeding and childhood obesity: A meta-analysis. *BMC Public Health*, 14(1), 1267.



ANEXOS

ANEXO I: RESUMEN EN 10 PUNTOS DEL CÓDIGO INTERNACIONAL DE COMERCIALIZACIÓN DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA Y RESOLUCIONES SUBSECUENTES DE LA AMS

1. Objetivo

El Código tiene por objeto proteger y fomentar la lactancia materna, mediante la reglamentación de una distribución y comercialización adecuadas de los sucedáneos de la leche materna.

2. Alcance

El Código se aplica a la comercialización de los sucedáneos de la leche materna, *cuando estén comercializados o cuando de otro modo se indique que pueden emplearse para substituir parcial o totalmente a la leche materna*. Los sucedáneos de la leche materna incluyen los siguientes alimentos y bebidas:

Fórmulas infantiles.

Leches de continuación.

Otros productos lácteos.

Cereales (en papillas), mezclas de verduras.

Tés y jugos para bebés.

El Código se aplica además a los biberones y tetinas.

3. Publicidad

El Código no permite ninguna publicidad destinada al público de los productos arriba mencionados.

4. Muestras

No se permiten muestras a las madres y sus familias ni a los agentes de salud.

5. Sistemas de atención de salud

No se permite ninguna promoción de los productos en los servicios de salud, es decir ninguna exposición de productos, afiches, ni distribución de materiales promocionales. No se

permite el uso de personal de las compañías fabricantes de dichos productos en los servicios de salud.

6. Agentes de salud

Los fabricantes no pueden dar regalos ni muestras a los agentes de salud. La información que distribuyan a los agentes de salud sobre productos debe ceñirse *a datos científicos y objetivos*.

7. Suministros

No se permite la distribución gratuita de suministros de sucedáneos de la leche materna a los hospitales y clínicas.

8. Información

El material informativo y educativo debe explicar los beneficios de la lactancia materna, los riesgos para la salud vinculados al uso del biberón y los costos del uso de las fórmulas infantiles.

9. Etiquetas

Las etiquetas de los productos deben decir claramente que la lactancia materna es superior, explicar la necesidad de consultar a un agente de salud antes de usar un sucedáneo y deben contener una advertencia sobre los riesgos de su uso para la salud.

10. Productos

Los productos que no son apropiados para lactantes, como la leche condensada azucarada, no se deben promover para bebés. Todos los productos deben ser de buena calidad, de acuerdo con las normas del Codex Alimentarius, y deben adecuarse al clima y a las condiciones de almacenamiento del país donde se usan.

ANEXO II: 10 PASOS PARA LA LACTANCIA MATERNA EFICAZ

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia materna que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia materna y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al alumbramiento.
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los lactantes durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia materna a libre demanda.
9. No dar a los niños alimentados al pecho chupetes.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.



COD. PARTICIPANTE

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN: PAPEL DE LA ABUELA SOBRE LA VIVENCIA DE LA MADRE LACTANTE. ESTUDIO FENOMENOLÓGICO

Nombre participante:.....

Le invitamos a participar en este estudio de investigación, que es la tesis doctoral de Dña Rocío Rodríguez Vázquez (matrona) y que se lleva a cabo en la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid.

Por favor, lea detenidamente este documento informativo antes de decidir libremente su participación o no en el mismo, y realice cuantas preguntas crea necesarias.

Si finalmente acepta participar, firme el documento y le entregaremos una copia.

1. Justificación del estudio: La lactancia materna no es un proceso sólo de salud sino que tiene factores sociales y psicológicos que influyen en la misma. Las abuelas tanto materna como paterna son figuras importantes en el proceso.
2. Objetivo: El objetivo de esta investigación es explorar e interpretar las experiencias y vivencias relacionadas con la influencia de las abuelas durante la lactancia materna.
3. Beneficios: Los beneficios de este estudio se traducirán en el mayor conocimiento de las experiencias descritas para una posterior mejora en la calidad de los cuidados y programas de lactancia materna.
4. Procedimiento: En el caso de que acepte participar, se le realizará una o varias entrevistas exploratorias sobre su experiencia, con un número variable de preguntas.
 - Le recordamos que su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria. El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes, se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter



personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al investigador principal del estudio.

- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Puede retirarse del proceso cuando lo crea necesario informando o no de las razones de su decisión.
- La participación es voluntaria y no remunerada.
- Puede solicitar nueva información, actualizarla o consultar dudas en cualquier momento del proceso a través de los medios de contacto que se facilitan.
- No será revelada su identidad. El contenido de la entrevista puede ser publicado parcialmente, (sin aparecer su identidad/datos) en forma de párrafos.

Si han sido resueltas sus dudas, ha comprendido plenamente la información de este documento y está conforme con su participación, por favor firme la carta de consentimiento:

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Acepto participar en este estudio de investigación y recibiré una copia firmada y fechada de este documento.

Firma del participante y fecha



Esta parte debe ser completada por el Investigador:

He explicado a Dña. la naturaleza y los objetivos de la investigación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar estudios de investigación de esta índole y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador y fecha

COPIA INVESTIGADOR

E-mail: rocio.rodriguez@matronaylactancia.es. Teléfono de contacto: 644 32 17 75



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN: PAPEL DE LA ABUELA SOBRE LA VIVENCIA DE LA MADRE LACTANTE. ESTUDIO FENOMENOLÓGICO

Nombre participante:.....

Le invitamos a participar en este estudio de investigación, que es la tesis doctoral de Dña Rocío Rodríguez Vázquez (matrona) y que se lleva a cabo en la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid.

Por favor, lea detenidamente este documento informativo antes de decidir libremente su participación o no en el mismo, y realice cuantas preguntas crea necesarias.

Si finalmente acepta participar, firme el documento y le entregaremos una copia.

1. Justificación del estudio: La lactancia materna no es un proceso sólo de salud sino que tiene factores sociales y psicológicos que influyen en la misma. Las abuelas tanto materna como paterna son figuras importantes en el proceso.
2. Objetivo: El objetivo de esta investigación es explorar e interpretar las experiencias y vivencias relacionadas con la influencia de las abuelas durante la lactancia materna.
3. Beneficios: Los beneficios de este estudio se traducirán en el mayor conocimiento de las experiencias descritas para una posterior mejora en la calidad de los cuidados y programas de lactancia materna.
4. Procedimiento: En el caso de que acepte participar, se le realizará una o varias entrevistas exploratorias sobre su experiencia, con un número variable de preguntas.
 - Le recordamos que su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria. El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes, se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al investigador principal del estudio.



- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Puede retirarse del proceso cuando lo crea necesario informando o no de las razones de su decisión.
- La participación es voluntaria y no remunerada.
- Puede solicitar nueva información, actualizarla o consultar dudas en cualquier momento del proceso a través de los medios de contacto que se facilitan.
- No será revelada su identidad. El contenido de la entrevista puede ser publicado parcialmente, (sin aparecer su identidad/datos) en forma de párrafos.

Si han sido resueltas sus dudas, ha comprendido plenamente la información de este documento y está conforme con su participación, por favor firme la carta de consentimiento:

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Acepto participar en este estudio de investigación y recibiré una copia firmada y fechada de este documento.

Firma del participante y fecha



Esta parte debe ser completada por el Investigador:

He explicado a Dña. la naturaleza y los objetivos de la investigación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar estudios de investigación de esta índole y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador y fecha

COPIA PARTICIPANTE

E-mail: rocio.rodriguez@matronaylactancia.es. Teléfono de contacto: 644 32 17 75



ANEXO IV: FICHAS DE RECOGIDA DE DATOS

COD. PARTICIPANTE

TRANSCRIPCIÓN REALIZADA:

SI

NO

FEED-BACK *:

SI

NO

- **Horario:**
- **Emplazamiento:**
- **Duración:**
- **Registro grabación:**

INFORMACIÓN:

- Presentación.**
- Propósito y proceso:** grabación, horario, toma de notas, posibilidad de feed-back.
- Consentimiento informado:** confidencialidad, aparición en informe publicación, desestimación, contacto.

NOTAS RELATO

(*) Referido a feed-back posterior al análisis.



NOTAS ENTREVISTA

ANEXO V: DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA

D. José Luis del Barrio Fernández, Secretario del Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Rey Juan Carlos,

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado el proyecto de investigación titulado:

**PAPEL DE LA ABUELA SOBRE LA VIVENCIA DE LA MADRE LACTANTE.
ESTUDIO FENOMENOLÓGICO**

Con número de registro interno: 190120160216

y considera que:

- Se cumplen los requisitos éticos necesarios del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para los participantes.
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Por lo que ha decidido emitir un dictamen **FAVORABLE** para la realización de dicho proyecto, cuya investigadora principal es **Doña ROCÍO RODRÍGUEZ VÁZQUEZ**

Lo que firmo en Móstoles a 5 de febrero de 2016

Firmado: D. José Luis del Barrio Fernández